

# Maatschappij en arts

Een explorierend onderzoek naar de relatie tussen de vraag om transparantie en de reactie daarop van de medisch specialistische opleidingen

**Jan-Willem Mulder**



UMCG, Wenckebach Instituut  
RUG, Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Sociologie



Groningen, juni 2009

**Studentenbureau UMCG**

Universitair Medisch Centrum Groningen



# Maatschappelijke ontwikkelingen en veranderingen in vervolgoopleidingen van medisch specialisten

Een exploratief onderzoek naar de relatie tussen de toenemende vraag om transparantie in de gezondheidszorg en veranderingen in medisch specialistische opleidingen

Groningen, juni 2009

Auteur

Jan-Willem Mulder

Studentnummer

1147684

Afstudeerscriptie in het kader van

Master Sociologie  
Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, RUG

Opdrachtgever

drs. J. Wouda  
Wenckebach Instituut, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

mw. dr. D.E.M.C. Jansen  
Disciplinegroep Sociologie  
RUG

Begeleider UMCG

dr. J. Pols, arts-onderwijskundige  
Wenckebach Instituut

ISBN [Klik hier en typ ISBN-nummer]  
NUR [Klik **hier** en typ NUR-gegevens]  
Trefw [Klik **hier** en typ trefwoorden]

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2010 Studentenbureau UMCG 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

Na ruim een jaar met stage en scriptie bezig te zijn geweest ligt nu dan deze scriptie voor u. Het was een jaar waarin ik in aanvulling op de vakken van de opleiding sociologie nog zeer veel heb bijgeleerd. Dat gaat dan vooral over het uitvoeren van kwalitatief onderzoek en de medische sector. Die kennis vormt in alle opzichten een verrijking, hoewel de tijd die met het verkrijgen ervan gepaard ging me soms te veel werd. Overigens speelden ook enkele persoonlijke omstandigheden waarover ik op deze plaats niet wil uitweiden een rol. Uiteindelijk werd de periode waarin ik aan deze scriptie heb gewerkt langer dan wenselijk.

Op deze plaats wil ik een aantal mensen graag danken voor hun inzet bij dit onderzoek. In de eerste plaats zijn dat Jan Pols (begeleider), Jan Wouda (externe begeleider / opdrachtgever) en Daniëlle Jansen (referent). Ik wil hen danken voor hun zinvolle commentaren en geduld. Het zal niet altijd zijn meegevallen een niet-geneeskundige te begeleiden in dit onderzoek. Ook dank ik alle respondenten voor hun bereidwilligheid mee te werken aan dit onderzoek. Tenslotte wil ik graag mijn ouders en huisgenoot danken. Zij allen hebben met enige regelmaat ongetwijfeld mijn (soms onbegrijpelijke) vragen, verhalen en frustraties moeten doorstaan. Maar desondanks hebben zij me altijd weten te motiveren voor het onderzoek. Mijn ouders wil ik daarenboven in het bijzonder danken voor de mogelijkheden die ze me gegeven hebben deze opleiding en dit onderzoek af te kunnen ronden.

Uiteindelijk ligt er dan nu een scriptie voor u, die ons in mijn ogen vooral laat zien hoe nuttig (verder) onderzoek is voor de omgang van artsen en patiënten met elkaar in de toekomst.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Jan-Willem Mulder  
Groningen, 30 juni 2009

## INHOUDSOPGAVE

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 AANLEIDING .....	3
1.2 ONDERWIJSVERANDERINGEN.....	4
1.3 RELEVANTIE.....	4
1.4 PROBLEEMSTELLING.....	5
1.5 DEFINITIES EN OPERATIONALISATIES.....	6
1.6 LEESWIJZER.....	7
<b>2 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>9</b>
2.1 PROFESSIONALISERING EN AUTONOMIE .....	9
2.2 MACHT EN INVLOED .....	11
2.3 STURINGSMODEL.....	11
2.4 ONDERHANDELING.....	12
2.5 ORGANISATIE VAN DE BEROEPSGROEP .....	13
2.6 HYPOTHESEN.....	13
<b>3 EMPIRISCH ONDERZOEK.....</b>	<b>15</b>
3.1 DEELSTUDIE 1: MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN .....	15
3.1.1 PROBLEEMSTELLING.....	15
3.1.2 METHODEN .....	15
3.1.3 RESULTATEN .....	15
3.1.4 SAMENVATTING .....	17
3.2 DEELSTUDIE 2: EXPLORATIE VAN DE REACTIE VAN DE BEROEPSGROEP .....	17
3.2.1 PROBLEEMSTELLING.....	17
3.2.2 METHODEN .....	18
3.2.3 RESULTATEN .....	20
3.2.5 SAMENVATTING .....	41
<b>4 DISCUSSIE .....</b>	<b>45</b>
4.1 CONCLUSIE.....	45
4.2 BESCHOUWING.....	47
4.3 BEPERKINGEN.....	48
4.4 AANBEVELINGEN .....	49



## SAMENVATTING

### Inleiding

In een verkennende studie bleek er in Nederland aanzienlijke variatie te bestaan in het communicatieonderwijs voor studenten geneeskunde en artsen in vervolgopleidingen. Een nadere analyse van de maatschappelijke ontwikkelingen die invloed hebben op de communicatieve aspecten van het werk van medisch specialisten liet zien dat er vijf zijn die nader onderzoek behoeven: patiëntemancipatie, toenemende media-aandacht, toenemend aantal klachten en tuchtrechtzaken die zijn terug te voeren op bejegening, de toenemende invloed van de patiëntenbeweging en een toenemend aantal overdrachtsmomenten, alsmede technologisering.

De variatie in communicatieonderwijs en de maatschappelijke ontwikkelingen roepen de vraag op hoe de variatie in onderwijs tot stand komt en waaruit zij te verklaren is. De centrale vraag is dan ook: welke ontwikkelingen en mechanismen in termen van veranderende werkwijzen en opleidingen bepalen de reactie van de beroepsgroep op maatschappelijke ontwikkelingen?

### Methode

Een kwalitatieve casestudy. Via interviews met een berede-nerde selectie van respondenten die actief zijn (geweest) in het medische specialistisch vervolgonderwijs of vanuit bestuurlijke of politieke hoek zicht op de opleidingen hebben, werd de data verzameld. De data-analyse is uitgevoerd als inhoudsanalyse: interviewtranscripties zijn gecodeerd aan de hand van het theoretisch kader over professionalisering, macht en invloed, onderhandeling en (financieel) sturingsmodel van de zorgsector. Bovendien werd ter verdere verdieping exploratief gecodeerd.

### Resultaten

Het resultaat is driedelig. (1) De beroepsgroep zelf ziet patiëntemancipatie, toenemende wet- en regelgeving over kwaliteit en informatievoorziening, toenemende media aandacht en klachten over bejegening, toenemende invloed van patiëntenbeweging en verdergaande specialisatie en arbeidsdeling als relevante ontwikkelingen die de noodzaak voor veranderingen van communicatieve aard in werk en opleiding bepalen. (2) De beroepsgroep reageert in opleidingen op het maatschappelijk appèl door de invoering van competentiegerichte opleidingen. (3) Er zijn twee maatschappelijke ontwikkelingen die de beroepsgroep rechtstreeks beïnvloedden: toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen en strengere arbeidstijdenwetgeving, welke beide bijdragen aan een toenemend aantal overdrachtsmomenten.

### Conclusies

- Er zijn meer relevante veranderingen en relaties tussen veranderingen, dan verondersteld, die de omgang van een beroepsgroep met maatschappelijke veranderingen van technische, sociale en onderwijskundige aard illustreren.
- Ontwikkelingen rond de beroepsgroepvorming van huisartsen in de jaren '70 is relevant vergelijkingsmateriaal voor de beroepsgroepinstandhouding van medische specialismen.
- Er lijkt een verandering gaande te zijn van minder autonomie en zelfsturing voor de beroepsgroep naar meer sturing en invloed vanuit de politiek en de maatschappij.





## 1 INLEIDING

### 1.1 AANLEIDING

*“Als mensen bij ons komen hebben ze pijn en zijn ze bang. Vervolgens gaan wij dan de meest vreselijke dingen met ze doen: we stoppen er allerlei slangen in en steken er messen in. Wees dan in Godsnaam lief voor ze!”<sup>1</sup>*

In deze uitspraak is het verband tussen de maatschappij (een zieke patiënt met angsten), de medische professie en de rol die bejegening daarin speelt eenvoudig en misschien licht provocatief tot uitdrukking gebracht. Maar hoe beïnvloedt de maatschappij nu wat een dokter doet?

Het onderwerp van deze scriptie is de relatie tussen het maatschappelijk appèl op transparantie van de medisch beroepsgroep en veranderingen in de medische specialistische vervolgopleidingen. De aanleiding om die relatie te onderzoeken is dat uit een inventarisatie van het communicatieonderwijs voor aios bij de acht UMC's grote variatie bleek. Inhoudelijk zijn er nog weinig verschillen per locatie: lastige gesprekken, eisende patiënten en conflicthantering staan centraal. In de omvang van het onderwijsaanbod en welke opleidingen hun aios het onderwijs aanbieden, bestaan echter wel grote verschillen tussen de UMC's. Omdat met name de communicatie tussen artsen en patiënten al jarenlang publieke belangstelling geniet, riep deze constatering de vraag op hoe verwachtingen vanuit de maatschappij leiden tot veranderingen in vervolgopleidingen. Dat is des te meer interessant, omdat men de vervolgopleidingen op dit moment inhoudelijk en onderwijskundig vernieuwt.

De onderwijsvernieuwing bestaat ondermeer uit het beschrijven van eindtermen en competenties (Ten Cate, Bleker, Büller en Scherpbier, 2005). Brand (2008) noemt de omslag naar competentiegericht leren de grote onderwijs

vernieuwing van de afgelopen jaren (Epstein e.a., 2002). Bovendien is er toenemende aandacht voor communicatieonderwijs (Ten Cate e.a., 2005). Tegelijkertijd en hieraan voorafgaand zijn uiteenlopende maatschappelijke ontwikkelingen aan te wijzen die mogelijk de beroepsgroep en de opleidingen beïnvloeden. In de eerste plaats is dat de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg. Marktwerking vereist inzicht in waar een beroepsgroep voor staat, omdat voor het kopen van een product of dienst kwaliteitsbeoordeling nodig is (Weimer & Vining, 2005). Een middel hiervoor is het formuleren van eindtermen of beschrijven van opleidingsplannen (Korthagen, 2004), bijvoorbeeld in de vorm van de invoering van Diagnose Behandelcombinaties. Maar ook wetgeving, zoals bijvoorbeeld de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst of de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, poogt bij te dragen aan de mogelijkheden voor kwaliteitsbeoordeling door de patiënt. De tweede ontwikkeling, is dat een veranderende bevolking andere eisen aan opleidingen stelt. Die verandering houdt in, dat percepties over gezondheid en de taak van de medische sector veranderen (Meininger, 2007). Bovendien speelt het mondiger worden van de patiënt mee. In het bijzonder worden andere eisen gesteld aan de communicatieve vaardigheden. Vooral de niet medisch-technische vakkennis krijgt dan ook meer aandacht (Ten Cate e.a., 2005).

De veranderende eisen (maatschappelijk appèl) en het gevraagde inzicht in waar een beroepsgroep voor staat (transparantie), zijn samen het onderwerp van dit onderzoek. Samengevat, gaat het erom dat de maatschappij een appèl doet op een beroepsgroep om transparantie te geven. Dit onderzoek kijkt naar hoe maatschappelijke ontwikkelingen opleidingen beïnvloeden, door een appèl te doen op de transparantie van een beroepsgroep.

<sup>1</sup> Wim van der Meeren, directeur St. Elizabeth Ziekenhuis Tilburg, 9 mei 2009 op Radio 1

## 1.2 ONDERWIJSVERANDERINGEN

De onderwijsverandering die plaatsvindt in de vervolgoopleidingen, is de invoering van het competentiegericht opleiden volgens het CanMEDS model. Tot deze opleidingsvernieuwing heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in 2005 besloten. Deze verandering zal in deze paragraaf beschreven en nader toegelicht worden.

Competentiegericht opleiden is steeds meer een leidend concept in opleidingen. Internationaal is een trend te zien waarbij competenties centraler komen te staan in het denken over opleidingsdidactiek. Dat is opmerkelijk omdat er geen empirisch bewijs bestaat dat competentiegericht opleiden effectief is (Korthagen, 2004). Als oorzaken voor de toegenomen competentiegerichtheid noemt Korthagen (2004) in de eerste plaats de populariteit van competentie management in het bedrijfsleven, hoewel ook in die context geen bewijs voor effectiviteit is (Thijssen & Lankhuijzen, 2000). Korthagen (2004) geeft aan dat het onderwijs deze 'hype' uit het bedrijfsleven heeft overgenomen, maar dat men daarbij wel achter loopt. In het bedrijfsleven is de competentiegerichte benadering inmiddels op zijn retour (Dewulf, 2003). Ook noemt Korthagen (2004) als voordeel van expliciteren van competenties, dat aan de maatschappij duidelijk wordt gemaakt wat een beroep is en waar de opleiding voor staat.

Ook het onderwijs voor artsen in opleiding tot specialist (aios) is de laatste jaren veranderd (Ten Cate e.a., 2005). De veranderingen behelzen onder andere de komst van eindtermen, meer beoordeling van het dagelijks werk en meer nadruk op communicatieve vaardigheid (Meyboom-de Jong, 2002). Het verband tussen de termen 'competenties' en 'eindtermen' bestaat er volgens Ten Cate e.a. (2005) uit dat het geheel van eindtermen op een bepaald terrein de competentie van een specialist weerspiegelt.

De invoering van competenties en eindtermen in de opleiding, gaat samen met veranderingen in de beoordeling.

Daarom zal ook hier kort op worden ingegaan. Ten Cate e.a. (2005) noemen als veranderingen in het onderwijs de invoering van gedragsobservaties met checklists, zoals de korte klinische beoordeling (KKB), het werken met portfolio over voortgang in competentie en beoordeling van brieven. Korthagen (2004) stelt echter dat er bij het beoordelen van competenties problemen ontstaan met validiteit, betrouwbaarheid en de praktische hanteerbaarheid. Bij validiteit noemt Korthagen dat het erg moeilijk is om een competentie objectief te meten, omdat het vaak om een geïntegreerd geheel van kennis, vaardigheden en vaak ook houdingen gaat. Uiteindelijk wordt dan ook vooral gedrag in bepaalde situaties beoordeelt en niet de beoogde competentie. Bovendien duiden de verschillende uitkomsten van beoordelingen van één competentie met meerdere methoden op uiteenlopende opvattingen over de inhoud van de competentie. Het precies formuleren van competenties teneinde de beoordeling te objectiveren noemt Korthagen (2004) een heilloze weg, terwijl de voorstellende waarde voor het opereren in de praktijk van de beroepsbeoefenaar (i.c. leraar) uiteindelijk gering is. Gelet op de door ten Cate e.a. (2005) aangehaalde invoering van portfolio's is de vraag interessant die Korthagen (2004) opwerpt of men daarmee niet vooral de verbale kwaliteiten van studenten om opleiders naar de mond te praten meet. Ten aanzien van de betrouwbaarheid, noemt hij dat eenzelfde competentie door verschillende beoordelaars vaak verschillend wordt beoordeeld. Hiertoe dient de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verhoogt te worden, bijvoorbeeld door beoordelaars regelmatig met elkaar te laten overleggen. Tenslotte noemt Korthagen (2004) dat de praktische hanteerbaarheid er niet bij is gebaat om teneinde de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten lange lijsten van gedetailleerde specificaties voor competenties op te stellen.

## 1.3 RELEVANTIE

De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek bestaat uit het bieden van inzichten in de relatie tussen maat-

schappij en beroepsgroep. Het onderzoek is dan ook relevant voor de beroepsgroep en voor de samenleving. Vanuit het perspectief van de medische beroepsbeoefenaar, in het bijzonder de aios, is dit onderzoek relevant, omdat in dit perspectief doelmatigheid van zorgverlening centraal staat (Harteloh & Casparie, 1998). Voor het bereiken van die doelmatigheid is goede communicatie behulpzaam, omdat in de arts-patiënt relatie doelmatigheid een streven om de kwaliteit van zorg te bevorderen is geworden (Scheepers & Klazinga, 2003). Het onderzoek levert een samenhangend beeld op van inzichten in de relatie tussen maatschappelijke druk, de medische specialistische beroepsgroep en onderwijs op niet medisch-technische thema's. Deze inzichten kunnen aanbevelingen voor de aanpassing en inrichting van opleidingsprogramma's voor aios opleveren. Doordat de beroepsgroep meer inzicht krijgt in de relatie met de maatschappij, kan de maatschappij daar baat bij hebben. Aanpassingen in opleidingen kunnen de kwaliteit van zorg zoals die wordt ervaren door de patiënt en de arts namelijk verhogen. Dit komt ondermeer, omdat de interactie tussen patiënten en zorgverleners de basis van de gezondheidszorg vormt. Communicatie in de relatie tussen zorgvrager en zorgaanbieder is een determinant van de kwaliteit van zorgverlening (Harteloh & Casparie, 1998). Vanuit het perspectief van de patiënt is tevredenheid met de geleverde zorg en kwaliteit van leven maatstaf voor de kwaliteit van zorg (Donabedian, 1980 in Harteloh & Casparie, 1998).

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek is de vorming van een model dat een uitgangspunt kan zijn tot het uitvoeren van nader onderzoek. Dat model wordt gestalte gegeven door de relatie tussen maatschappelijke vraag om transparantie, veranderende werkwijzen in de medische specialistische beroepsgroep, de ontwikkeling van opleidingen en communicatieonderwijs in het bijzonder te beschrijven. Zodoende ontstaat inzicht in de oorzaken van variatie en wat daarbij stimulerende en belemmerende factoren zijn. Die beschrijving bestaat uit inventarisatie van de activiteiten op het gebied van het communicatieonderwijs aan aios en uit kwalitatief onder-

zoek naar de reacties van de medisch specialistische beroepsgroep op maatschappelijke ontwikkelingen en de verklaringen daarvoor.

Hiermee kan het onderzoek een bijdrage leveren aan inzicht in de relatie tussen behoeften en wensen van patiënten en de wijze waarop deze in de medisch specialistische sector effectief kunnen worden vervuld. Een inventarisatie van patiëntenbehoeften, welke de basis vormt voor het CanMEDS (Frank, 2005) competentiemodel, kan meer effect hebben als de relatie tussen maatschappelijke vraag en de werkwijze van de medische beroepsgroep in de specifieke Nederlandse bekend is.

#### 1.4 PROBLEEMSTELLING

De vragen die zijn geformuleerd, hebben betrekking op de invloedsfactoren van onderwijsveranderingen.

De hoofdvraag is:

Welke aspecten of mechanismen bepalen de samenhang tussen (1) maatschappelijk appèl op transparantie, (2) de reactie daarop van de beroepsgroep, (3) de gevolgen van die reactie voor werkwijzen en (4) de gevolgen voor opleidingen, én communicatieonderwijs?

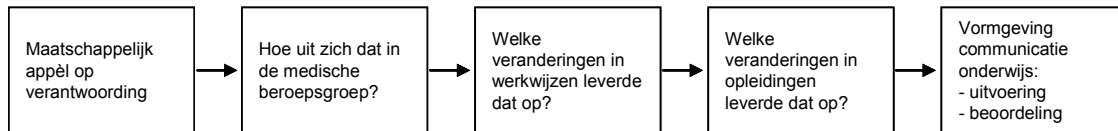
Om de hoofdvraag te beantwoorden worden de volgende deelvragen beantwoord:

In deelstudie 1:

- Welke maatschappelijke ontwikkelingen illustreren een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie?

In deelstudie 2:

- Welke maatschappelijke ontwikkelingen ziet de beroepsgroep zelf als relevant?
- Hoe reageert de medische beroepsgroep op een toenemend maatschappelijk appèl?
- Welke veranderingen in werkwijzen spelen een rol bij veranderingen in opleidingen?
- Welke verschillen tussen specialismen zijn er in de reacties op het toenemend appèl op verantwoording?



**Figuur 1** Te onderzoeken aspecten van de relatie tussen maatschappelijke ontwikkeling en onderwijs.

Het verband tussen deze vragen is weergegeven in figuur 1. In dit figuur worden geen relaties verondersteld, maar wordt zichtbaar gemaakt welke aspecten worden onderzocht.

## 1.5 DEFINITIES EN OPERATIONALISATIES

**Werkwijzen** Met dit begrip wordt in dit onderzoek bedoeld op de manier waarop de medische specialistische beroepsgroep haar vak uitoefent. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoe zij het werk heeft georganiseerd.

**Medisch-technisch en niet medisch-technisch** In dit onderzoek wordt een onderscheid gehanteerd tussen medisch-technische thema's en niet medische technische thema's. Medisch technisch thema's gaan over de technische en fysische aspecten van de zorg, terwijl met niet medische thema's samenwerking en communicatie wordt aangeduid.

**Opleiding** De opleiding tot specialist wordt gevolgd na de opleiding tot basisarts. De opleiding bestaat uit theorie en als assistent werkzaam zijn op verschillende afdelingen valend onder het specialisme waarvoor men wordt opgeleid. Algemene eindtermen voor de opleiding tot specialist en specialismegebonden eindtermen worden vastgesteld door het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) (Ten Cate e.a., 2005). De CCMS bestaat uit acht specialisten uit de periferie, acht hoogleraren, één vertegenwoordiger van

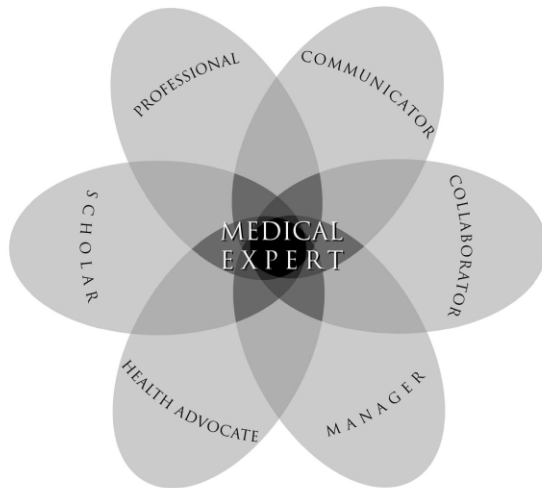
de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) en één vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Het opleidingsprogramma, waarin invulling wordt gegeven aan de eindtermen, wordt door de wetenschappelijke vereniging van ieder specialisme opgesteld. De Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ziet toe op de besluiten van het CCMS en toetst deze. De MSRC bestaat uit vertegenwoordigers van alle wetenschappelijke vereniging, drie leden vanuit de NVZ, drie leden vanuit de VAZ, twee adviseurs van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen (LVAG) en de secretaris van het CCMS als adviserend lid. De rechtsprekende taak ligt bij de Adviescommissie voor de Behandeling van Bezwaren (ten Cate e.a., 2005).

**Transparantie en legitimering** Transparantie is gedefinieerd als de openheid over opleidingen, met als achterliggend motief de activiteiten van de beroepsgroep daarmee te kunnen legitimeren. Legitimering is daarbij opgevat als 'het streven van beroepsbeoefenaren naar erkenning en aanvaarding door relevante anderen van hun verklaring en zingeving van dat deel van de werkelijkheid dat zij tot hun taakveld rekenen' (Mok, 1973b).

**CanMEDS** Op basis van patiëntenbehoeften is in Canada een competentiemodel voor medisch specialisten ontwikkeld. Het model bestaat uit zeven competenties, waarbij zes daarvan samenvallen in de zevende, 'medical expert' (Frank, 2005). De samenhang tussen deze competenties

wordt weergegeven in Figuur 2. Communicatie, samenwerking en professionaliteit zijn voor dit onderzoek de relevante competenties van de medisch specialist.

---



---

**Figuur 2** CanMEDS competentie gebieden (uit Frank, 2005).

## 1.6 LEESWIJZER

De deelstudies hebben een gemeenschappelijk theoretisch kader dat in hoofdstuk 2 aan de orde komt. In hoofdstuk 3 worden de deelstudies beschreven. Elke deelstudie kent een methodeverantwoording en beschrijving van de resultaten. In hoofdstuk 4 worden conclusies getrokken uit de deelstudies in samenhang met de literatuur. Ook bevat dit hoofdstuk discussie over dit onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek.



## 2 THEORETISCH KADER

Dit hoofdstuk bevat het interpretatiekader voor de drie deelstudies. De crux is de vorming van een beroepsgroep. Een beroepsgroep moet haar bestaansrecht aan de maatschappij duidelijk maken, om zich te kunnen vormen. Uit dat vormingsproces valt daarom inzicht te krijgen in de relatie tussen maatschappij en beroepsgroep. Aan de hand van literatuur worden processen en begrippen die spelen bij de vorming van een beroepsgroep behandeld. Daarbij staat de vraag centraal, hoe een beroepsgroep reageert op wat in de maatschappij gebeurt. Een onderzoek van De Jonge (1988) naar het opstarten van de huisartsenberoepsgroep biedt aanknopingspunten voor dit onderzoek. Die aanknopingspunten zijn processen en begrippen die spelen bij de totstandkoming van de huisartsenberoepsgroep, die door De Jonge (1988) zijn beschreven. De keuze voor die processen en begrippen, betekent dat geen uitputtende opsomming is weergegeven. Daarentegen zijn de gekozen begrippen en processen wel specifiek voor de medische context relevant gebleken.

In de eerste paragraaf komt aan de orde wat professionalisering inhoudt en hoe zich dat manifesteert in het geval van de medische beroepsgroep. Daarna wordt ingegaan op de rol die macht en invloed, de sturing van de gezondheidszorg en onderhandelingsprocessen hebben, bij de vorming en instandhouding van een beroepsgroep. Daarmee zal duidelijk worden gemaakt hoe de interactie tussen een beroepsgroep en de maatschappij verloopt.

### 2.1 PROFESSIONALISERING EN AUTONOMIE

De interactie tussen maatschappij en beroepsgroep wordt door Mok (1973a) genoemd in zijn definitie van professionalisering. Dit definieert Mok als *“het proces, waarbij een beroepsgroep zijn legitimeringsgronden aanwendt voor het teweegbrengen van maatschappelijke veranderingen”*. Het onderwerp van dit onderzoek is echter hoe maatschappelijke veranderingen de beroepsgroep beïnvloeden. Daartoe

biedt de machtsbenadering van het begrip professionalisering van Van der Krogt (1981) meer aanknopingspunten: *“De machtsbenadering ziet professionalisering (...) als het proces waarbij een beroepsgroep tracht de eigen machtspositie te beheersen; meer zeggenschap tracht te verwerven over de eigen werksituatie, over andere beroepen, over cliënten en dergelijke”*. Van der Krogt geeft bovendien aan dat het bezit van gespecialiseerde kennis relaties van afhankelijkheid schept. Daarmee wordt economische en sociale afstand opgeroepen. Dat laatste leidt tot onzekerheid tussen producenten en consumenten. Weimer & Vining (2005) beschrijven eveneens afhankelijkheid op grond van kennisverschillen en gebruiken daarvoor de term informatieasymmetrie. De onzekerheid biedt de mogelijkheid voor autonomie van een beroepsgroep. De machtsrelatie bepaalt of de onzekerheid ten koste gaat van de producent of consument. De Jonge (1988) geeft samenvattend een viertal aspecten dat in de literatuur kan worden gevonden over professionalisering:

- een dynamische benadering is geboden, want professionalisering is een proces en geen eindsituatie;
- er is aandacht voor belangen en spanning als wezenlijke elementen in professionaliseringsprocessen;
- er wordt gelet op de wisselwerking tussen beroepen en sociale omgeving;
- er is accentverlegging van ideologische aanvaarding naar de noodzaak tot legitimering.

Vooral de laatste twee aspecten die De Jonge (1988) noemt zijn in het kader van dit onderzoek relevant. In de beschrijving van die aspecten zit namelijk een relevant deelproces van professionalisering verborgen: legitimering. Mok (1973b) definieert legitimering als *“het streven van beroepsbeoefenaren naar erkenning en aanvaarding door relevante anderen van hun verklaring en zingeving van dat deel van de werkelijkheid dat zij tot hun taakveld rekenen”*. Transparantie wordt in dit onderzoek gedefinieerd als de maatschappelijke legitimering van de medische beroepsgroep. Het gaat er derhalve om, anderen (i.c. de maatschappij) de eigen beroepsopvatting te laten aanvaarden.



De legitimerende instanties, zoals bijvoorbeeld beroepsverenigingen, hebben in de eerste plaats dan ook de taak de maatschappij te overtuigen van de bijdrage aan de samenleving van het beroep. In de tweede plaats hebben zij de taak superioriteit ten opzichte van concurrerende beroeps-groepen te bewijzen. Dit vraagt onderhandeling met de omgeving (Van der Krogt, 1981). Bij de totstandkoming van het artsenberoep bijvoorbeeld, was tegen het einde van de 19de eeuw voldoende wetenschappelijke basis ontwikkeld, om het werk van de medicus superieur aan dat van ongeregelde genezers te laten zijn (Van Oorschoot, 1995). Legiti-meringgronden kunnen volgens Mok (1973a) kennis, macht en agogische actie zijn. Derhalve zijn ontwikkelingen in opleidingen (kennis) indicatief te noemen voor legitime-ring en professionalisering.

Een tweede deelproces van professionalisering dat Mok (1973b) benoemd, is institutionalisering. Van institutionali-sering is sprake wanneer op basis van gewoontevorming een vast patroon ontstaat in de activiteiten van een be-roepsgroep. Peper (1972) definieert institutionalisering als een proces *“waarbij zich rond een bepaald probleem een sociaal handelings- en middelenpatroon ontwikkeld”*. Voorwaarde daarbij is dat de omgeving steun verleent aan de probleemoplossingen en van de betrokken groep. Die steunverlening is relevant voor dit onderzoek. Mok neemt die voorwaarde op in zijn definitie van institutionalisering. Tevens onderscheidt hij twee vormen van institutionalise-ring, namelijk domeininstitutionalisering en sociale institu-tionalisering. Met het begrip domein doelt Mok op *“het veld van activiteiten waarop de beroepsbeoefenaren (...) een claim leggen”*. Dergelijke institutionalisering treedt op als men steun ontvangt voor een dergelijke claim. Sociale institutionalisering vindt plaats als beroepsbeoefenaren tot een vast patroon van sociale relaties en interacties komen, dat door de omgeving wordt gesteund.

Een derde en laatste deelproces van professionalisering is socialisering. Van Doorn en Lammers (1979) omschrijven socialisering als *“het integreren van cultuurelementen die het mogelijk maken zich op adequate wijze te bewegen in die sociale groeperingen welke voor de betrokkene rele-vant zijn”*. Mok (1973a) heeft een vergelijkbaar uitgangs-

punt: (beroepssocialisatie is) *“het proces waarbij de leden van een beroep hun definitie van de beroepsactiviteiten aan de nieuwelingen overdragen”*. De Jonge (1988) geeft aan dat het accent bij socialisering vooral intern in de betrokken beroepsgroep ligt, in tegenstelling tot professionalisering en institutionalisering. Onderzoek van Van Hove-Baeck (1978) naar de professionalisering van de Nederlandse huisarts, ondersteunt de these dat professionalisering in-vloed ondergaat van de sociale omgeving. Professionaliteit wordt daarmee, zoals de Jonge (1988) schrijft, een aangele-genheid voor de samenleving als geheel.

Volgens Van der Krogt (1981), is *professionalisering “een proces waarbij leden van een beroepsgroep op collectieve wijze, vooral gebruikmakend van kennis-macht, trachten een collectieve machtspositie te verwerven en/of te verde-digen, met het doel de gebruiks- of ruilwaarde van het be-roep te beheersen”*. In dat concept verloopt belangenbehartiging via het marktmodel. Beroepsgroepen proberen daarom zowel op collectief als individueel niveau hun marktcapaciteit te vergroten. De capaciteit heeft be-trekking op de kenmerken van de beroepsbeoefenaar die hij inzet als ruilmiddel, in casu kennis, kunde en arbeidsbe-schikbaarheid. In het concept van Van der Krogt spelen be-langen eveneens een cruciale rol. Als belangen noemt hij (1) handhaving en vergroting van behoeftebevredigingca-paciteit van een beroep, (2) het verkrijgen van steun van relevante groepen en (3) het realiseren van een optimale marktcapaciteit. De Jonge (1988) schrijft hierover vervol-gens dat het onderzoek de aandacht vestigt op het feit dat professies onder toenemende druk staan, doordat belan-gen van beroepsbeoefenaren, cliënten en de samenleving afnemend parallel lopen. Dit wakkert strategisch gedrag van beroepsgroepen aan, dat erop is gericht bedreigingen het hoofd te bieden en de machtspositie te handhaven. Voor het realiseren van beroepsbelangen is zelfbepaling volgens De Jonge (1988) een voorwaarde. Zij voegt eraan toe dat een beroep in dit streven wordt ingeperkt door on-dermeer overheidstoezicht. Baayens en Kik (1982) ontwik-kelden op basis van onderzoek naar toetredingsregulering bij een zestal vrije beroepen een strategiemodel. Zij maken een onderscheid in collectieve en particuliere strategieën, waarbij wordt opgemerkt dat ze voor de vrije beroepen

vaak overeenstemmen. Zij geven aan dat particuliere strategieën erop gericht zijn het individuele belang veilig te stellen. Dit strategisch handelen heeft betrekking op professionalisering, omdat de collectieve belangenbehartiging is toevertrouwd aan de beroepsgroep. Voorbeelden van collectieve strategieën die De Jonge (1988) noemt zijn ondermeer (1) het onontbeerlijk maken van de eigen activiteit en (2) onafhankelijkheid behouden ten opzichte van de eigen activiteit.

Van Oorschot e.a. (1995) noemen als gevaar van dit economische denken, waar voornoemde marktmodellen aan appelleren, dat de relatie tussen arts en patiënt een zakelijke transactie wordt. Elke beslissing is dan rationeel. Medisch handelen op grond van altruïstische motieven of mededogen raakt op de achtergrond. Dit is ten faveure van economisch gewin. Zij schrijven dat autonomie en economisch eigenbelang dan synoniemen zijn en dat langs die weg discussies over de professionele autonomie van medici economisch getint raken. Zij noemen als voorbeelden ondermeer het inkomensvraagstuk van de medisch specialisten en het consumentisme van patiënten.

## 2.2 MACHTEN INVLOED

Theorie over strategieën en professionalisering kan in samenhang met machtsdenken worden gezien. Het is dan ook zinvol op de manifestatie van machtsdenken in medische context nader in te gaan. Mok (1973) geeft immers aan dat conflicten en macht centraal staan in een beroepsgroep. Kernbegrippen daarbij zijn belangen, legitimeringsprocessen en sociale veranderingen. Freidson (1981) ziet professionele autonomie als het resultaat van de interactie tussen beroepsgroep, het politieke en economische krachtenspel. Van Oorschot e.a. (1995) constateren dat inmiddels veel gedacht wordt, dat medici met een beroep op hun professionele autonomie proberen om hun maatschappelijke positie te handhaven. Medici hebben hun op grond van deskundigheid verkregen macht kunnen inzetten om hun autonome domein uit te breiden, verder dan alleen medisch handelen. Dit zou een reden zijn dat buiten de beroepsgroep wel wordt gedacht dat medici naar machts-

vergroting streven. Maar medici hebben een zekere mate van macht nodig voor effectieve taakuitoefening. Door de nauwe verbanden tussen persoonlijke autonomie, macht en kwaliteit van de beroepsuitoefening, ervaren medici machtsaantastingen als inbreuk op de professionaliteit. Hierdoor kan het lastig zijn aspecten die de beroepsuitoefening hooguit indirect raken bij medici ter discussie te stellen.

## 2.3 STURINGSMODEL

Belangrijk is voorts het professionele sturingsmodel (Weimer & Vining, 2005), omdat dit inzicht geeft in de interactie tussen maatschappij en beroepsgroep. Anders dan bij de visies zoals hiervoor beschreven, waar het accent ligt op hoe de beroepsgroep zich in en jegens de maatschappij manifesteert, ligt het accent bij dit model op de invloed van de maatschappij op de beroepsgroep. Voor dit onderzoek vormt theorie over deze beïnvloeding dan ook een onmisbare toevoeging.

Het verband tussen het professionele sturingsmodel en voornoemde theorie over professionalisering is als volgt. Een beroepsgroep die volgens dit model is gestuurd, heeft daartoe een mandaat / licentie van de maatschappij verkregen. Daartoe verwerft zij een taakgebied, een vak (Hughes, 1958). Vergeleken in termen van Mok (1973a) en Van der Krogt (1981), is dit de steun van relevante anderen voor de claim die een beroepsgroep legt op een bepaald taakgebied. De kern van het model is dat de beroepsgroep zichzelf stuurt. Kenmerken hiervan zijn ondermeer het hebben van een specifieke deskundigheid, diensten verlenen met betrekking tot een maatschappelijk hoog gewaardeerd goed (zoals gezondheid), controle over de toelating tot het beroepen controle over de eigen opleiding (Van Oorschot, Jaspers e.a., 1995). Weimer & Vining (2005) noemen als kenmerk ook nog het hebben van tuchtrecht. Om in een vrije markt te kunnen kiezen, moet de consument beschikken over de mogelijkheid en vaardigheid om zich een oordeel over de kwaliteit van een product te kunnen vormen. Het verschil in kennis tussen arts en patiënt maakt dat er sprake is van informatieasymmetrie. Dat bemoeilijkt de

kwaliteitsbeoordeling. Daartoe is informatie over het product of de dienst noodzakelijk (Weimer & Vining, 2005). Dit kan bijvoorbeeld middels de expertise van zorgverzekeraars.

Een belangrijke doorontwikkeling die uit professionalisering volgt, is paradoxaal genoeg deprofessionalisering. Van Oorschot (1995) beschrijft dit proces als volgt. Des te professioneler een beroepsgroep wordt, des te meer standaarden, vaste afspraken, regels en protocollen er zullen zijn. Met als doel de kwaliteit te waarborgen, onderwerpt een beroepsgroep zich zodoende aan bureaucratische regels. Deze methodische aanpak biedt buitenstaanders inzicht in de beroepsuitoefening. Leken toetsen volgens Van Oorschot e.a. het beroep in toenemende mate op concrete resultaten beoordelen op basis van eigen toetsingsuitkomsten van de beroepsgroep. Hierdoor verliest het beroep een deel van zijn exclusiviteit en vermindert diens aanzien. Dit heeft tot gevolg dat de samenleving zal gaan tornen aan verworven (autonome) rechten van de professie. Dit roept uiteindelijk een tegenbeweging op binnen de beroepsgroep, die blijkt uit overspecialisatie en overprotocollering, hetgeen kan leiden tot fragmentatie van de groep en daarmee tot controleverlies. Dit resulteert uiteindelijk in de vorming van andere grenzen tussen professie en niet-professie en de professionals hergroeperen zich in een andere orde, bijvoorbeeld rond bepaalde kennisgebieden. De binding van een individuele beroepsbeoefenaar met de gehele beroepsgroep neemt hiervoor af en zij zullen andere bindingen zoeken (Van Oorschot, 1995).

Voorgaande inzichten over (de)professionalisering en professies zijn in de eerste plaats nuttig, omdat ze helpen te verklaren welke rol de vorming van beroepsorganisaties heeft. In de tweede plaats bieden zij inzicht in de rol van afscherpende criteria voor de beroepsgroep door formele toegangsvereisten (Steyaert, 1996). In de derde plaats is een belangrijk inzicht uit de beroepsociologie, genoemd door Mok (1973a) als onderdeel van het begrip professionalisering, dat een beroepsgroep gespecialiseerde kennis als draagvlak en herkenningbasis heeft.

## 2.4 ONDERHANDELING

Bij het proces van legitimering (en transparantie) speelt zoals al opgemerkt onderhandeling een belangrijke rol (Van der Krogt, 1981). Bij onderhandeling in de arts – patiënt relatie zijn de begrippen macht, informatieasymmetrie, vertrouwen en wederkerigheid cruciaal. Anders gezegd en een verkorte weergave van de vorige paragraaf: *professions are a relation of power* (Johnson, 1980, in Albrecht, 2000). De macht van de medisch specialist bestaat bij de gratie van informatieasymmetrie. Het vertrouwen gaat van twee kanten uit. In de eerste plaats is de patiënt afhankelijk van de arts. Maar in de tweede plaats is de arts in alles afhankelijk van het vertrouwen van de patiënt. Dat vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde om het werk als arts te kunnen uitvoeren (Van Oorschot e.a., 1995). De wederkerigheid in de relatie tussen arts en patiënt is gelegen in de vraag van de patiënt of hij wel normaal is of dat hem iets mankeert aan de ene kant en het onderzoek en de overweging van de arts of de beschreven symptomen afwijken van maatschappelijke aanvaardbare criteria aan de andere kant (Armstrong, 1981). Hierin zijn de twee werelden waarin arts en patiënt leven te herkennen.

Er zijn enkele gangbare theorieën over het functioneren van de relatie tussen beide. In de eerste plaats is er de interactionistische benadering. In deze benadering staan onderhandelingsprocessen centraal. Tussen de arts als professional en de patiënt als leek vindt onderhandeling plaats, over geruststelling, uitslag van onderzoek, anamnese, diagnose en behandeling. De interactie tussen arts en patiënt staat hierbij centraal; het betreft handelen op grond van de veronderstelde bedoeling van de ander. Zo wordt gedrag wordt op elkaar afgestemd. Interpretatie is hierbij cruciaal (Boot, 2001). Zoals De Jonge (1988) aangaf kan onderhandeling echter ook op het niveau van beroepsgroepen, overheden of andere relevante groepen plaatsvinden.

In de tweede plaats zijn er de consensus- en conflicttheorieën. De consensustheorie gaat uit van het belang van gemeenschappelijke waarden, waarover consensus bestaat. De arts en patiënt aanvaarden deze beide. De conflicttheorieën, behelzen dat er is sprake van dwang/overheersing

van delen van de samenleving over andere delen (vgl. informatieasymmetrie) (Boot, 2001, en Klinkert, 1981).

Onderhandeling vindt niet alleen plaats in de individuele arts-patiënt relatie. De arts heeft ook een onderhandelde relatie met collega's, mensen van de instelling waar hij zijn beroep uitoefent en zijn privé omgeving. Meer nog van belang voor dit onderzoek, is dat de arts ook een afhankelijkheidsrelatie met ziektekostenverzekeraars heeft. Daarin vindt onderhandeling plaats (Van Oorschot e.a., 1995). Dat is van belang omdat de patiënt als premiebetalers langs die weg als 'partij' van onderhandeling gezien zou kunnen worden. Overigens hoeft de patiënt zich hiervoor zelf niet als onderhandelaar te zien. De onderhandeling vindt immers indirect door de verzekeraars plaats.

## 2.5 ORGANISATIE VAN DE BEROEPSGROEP

Zoals al werd opgemerkt is institutionalisering een deelproces van professionalisering. Om de data te kunnen interpreteren moet tenslotte gekeken worden naar de organisatie van de medisch specialistische vervolgopleidingen. In het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), is de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) de organisatie die opleiding en registratie regelt voor ondermeer medisch specialisten. Het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) stelt de regels voor opleiding en registratie van specialisten. De Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) voert de regels uit. De Adviescommissie voor de behandeling van Bezwaren (ACO) heeft de rechtsprekende taak met betrekking tot uitvoering en besluiten van het MSRC. De wetenschappelijke verenigingen stellen de opleidingsprogramma's op, binnen de kaders van het CCMS en de MSRC (Ten Cate e.a., 2005).

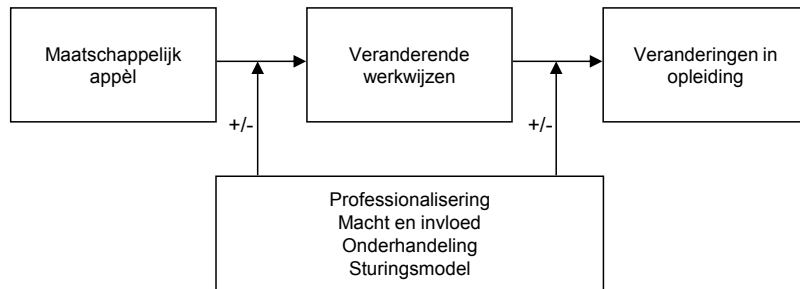
Behalve deze organisatie, is ook relatie van de medicus met zijn omgeving relevant om de data te kunnen interpreteren. Van Oorschot e.a. (1995) bieden daartoe een bruikbaar kader. Het gaat uit van de autonomie van individuen. Elk indi-

vidu heeft een taak, waarover een hij een zekere autonomie heeft (verworven). De grenzen van die autonomie zijn, zoals in paragraaf 2.4 al aan de orde kwam, door onderhandeling tot stand gekomen. De medicus in de eerste plaats te maken met patiënten, ziekenhuisorganisatie, ziektekostenverzekeraars, directe collega's, privé personen, de eigen beroepsgroep en andere beroepsgroepen. Hijzelf en de individuen in deze groepen hebben allen te maken met maatschappij.

## 2.6 HYPOTHESEN

Uit de theorie valt een voorlopig model en de hypothesen af te leiden, welke dit onderzoek nader zal bestuderen. In figuur 3 is het voorlopig model met daarin de te onderzoeken aspecten van de relatie tussen maatschappelijk appèl en onderwijs weergegeven. De uit dit voorlopig model af te leiden hypothesen luiden:

1. Er is een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie van de medische beroepsgroep, dat leidt tot
  - 1.1 Veranderende werkwijzen, die leiden tot
  - 1.2 Veranderingen in de opleiding
2. Professionalisering, macht en invloed, onderhandeling en sturing en financiering bepalen de mate waarin
  - 2.1 Maatschappelijk appèl leidt tot veranderende werkwijzen, en
  - 2.2 Veranderende werkwijzen leiden tot veranderingen in opleidingen



---

**Figuur 3** Conceptueel model.

## 3 EMPIRISCH ONDERZOEK

### 3.1 DEELSTUDIE 1: MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Sociale, technische, economische en culturele veranderingen zijn enkele maatschappelijke veranderingen, waar ook de medische beroepsgroep mee te maken heeft. Die veranderingen uit zich op uiteenlopende manieren. Zo speelt ondermeer de roep om openheid en informatie over de inhoud van een vak (Korthagen, 2004). Deze deelstudie is opgezet naar aanleiding van de grote variatie in aard en omvang van communicatieonderwijs in verschillende UMC's en vervolgopleidingen. De studie gaat dieper in op de relatie tussen maatschappelijk appèl op transparantie en communicatieonderwijs.

#### 3.1.1 PROBLEEMSTELLING

De probleemstelling van deze deelstudie is: welke maatschappelijke ontwikkelingen illustreren een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie en beïnvloeden de communicatieve aspecten van werk en communicatieonderwijs in opleidingen?

#### 3.1.2 METHODEN

In eerste instantie is een beperkt aantal interviews gehouden om de voor het maatschappelijk appèl meest relevante ontwikkelingen te achterhalen. In tweede instantie is daarbij beschrijvende literatuur gezocht.

**DATAVERZAMELING** Er zijn drie respondenten geïnterviewd. De selectiecriteria voor deze respondenten waren dat zij (1) een sleutelfiguur uit de artsenberoepsgroep zijn, met (2) kennis van en ervaring in de uitoefening van het beroep vanaf de jaren '70 en (3) vanuit de beroepsgroep in verbinding staan met de maatschappij door hun functie of geschreven werk. Met dat laatste wordt bijvoorbeeld bedoeld op het zitting hebben in landelijke bestuurlijke of vertegenwoordigende organen of dat respondenten publicaties geschreven heb-

ben over de relatie tussen maatschappij en beroepsgroep. Aan deze respondenten is in de eerste plaats gevraagd welke maatschappelijke ontwikkelingen volgens hen de toenemende vraag om transparantie illustreren. In de tweede plaats is hen gevraagd welke maatschappelijke ontwikkelingen bijdragen aan toenemende aandacht voor communicatieonderwijs voor specialisten, in het bijzonder voor aios. De interviews zijn opgezet als semi-gestructureerde interviews, waarbij vooraf een onderwerpenlijst is opgesteld. De lijst is opgenomen in Bijlage 1.

Na de analyse van deze interviews is literatuur gezocht, die de genoemde maatschappelijke ontwikkelingen nader beschrijft. De literatuur is gezocht door de naar voren gekomen maatschappelijke ontwikkelingen als trefwoorden te gebruiken. Met behulp van deze literatuur konden de door de respondenten aangereikte ontwikkelingen verder worden uitgewerkt.

**DATA-ANALYSE** Van de interviews zijn opnamen gemaakt. Bij het afluisteren van de opnamen zijn de daarin genoemde ontwikkelingen die het maatschappelijk appèl op transparantie illustreren genoteerd.

#### 3.1.3 RESULTATEN

Uit het onderzoek kwamen vijf maatschappelijke ontwikkelingen naar voren die een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie en toenemende aandacht voor onderwijs in niet-medische vaardigheden illustreren. Deze ontwikkelingen werden door alle drie respondenten uit de eerste interviewronde van belang geacht voor onderwijsvernieuwingen:

1. Patiëntemancipatie en de arts-patiënt relatie.
2. Toenemende media-aandacht.
3. Toenemend aantal klachten en tuchtzaken dat is terug te voeren op bejegening.
4. Toenemende invloed van de patiëntenbeweging.
5. Veranderende werkwijzen van het medische beroep.

In de komende vijf paragrafen zullen deze vijf ontwikkelingen nader worden beschreven. Hierbij is de literatuur ingezet om de door de respondenten genoemde ontwikkelingen nader toe te lichten.

#### EMANCIPATIE EN DE ARTS-PATIËNT RELATIE

In deze paragraaf wordt geschetst hoe de veranderende arts/patiënt relatie de toenemende vraag van de maatschappij om transparantie en aandacht voor communicatieonderwijs illustreert. De kenmerken van de arts/patiënt relatie zijn in de theorie in paragraaf 2.4 al aan de orde geweest. Daarom wordt hier volstaan met het benoemen van de aard van de verandering van die relatie en de gevolgen daarvan voor de vraag om transparantie.

De verandering van de arts/patiënt relatie betreft de omslag van een sterk paternalistische arts/patiënt verhouding naar een meer geëmancipeerder en patiëntgerichte verhouding (Johnson 1989 en Boot, 2001). De kenmerken van de rol van de arts leiden in een ideaaltypische opvatting tot het beeld van een afstandelijke, superieure en strikt vakgerichte deskundige (Boot, 2001). Uiteindelijk blijkt niet altijd aan deze kenmerken te worden voldaan (Persoon, 1991 en Bensing, 1998 in Boot 2001). Boot (2001) meldt vervolgens dat artsen zich ook laten leiden door de balans tussen meeleven met de patiënt en afstand houden en geld. Hij stelt uiteindelijk dat artsen de taak hebben een werkzame relatie op te bouwen met een patiënt en dat het daartoe noodzakelijk is in diagnostiek en therapie een meer tweezijdige communicatie te bewerkstelligen dan in het verleden. Communicatie is dan ook de crux van een patiëntgericht consult (Levenstein, 1989). Parallel aan het meer patiëntgericht worden van de benadering van de arts-patiënt relatie, komt de mondige patiënt op. Daarmee zal het model van wederzijdse participatie in de arts/patiëntverhouding meer voorkomen.

Samenvattend kan worden gezegd dat de relatie tussen arts en patiënt steeds verandert onder invloed van maatschappelijke en culturele ontwikkelingen (Boot, 2001). Uit interviews bleek dan ook dat de veranderende arts/patiënt verhouding zeker kan hebben bijgedragen aan het verstreken van meer transparantie.

#### MEDIA-AANDACHT

Door de toenemende media-aandacht voor de gezondheidszorg voelt de medische beroepsgroep zich in toenemende mate aangespoord op deze toenemende informatiebeschikbaarheid in te springen. Er zijn op TV de nodige programma's die gaan over de medische sector. De aard varieert van fictief drama, tot documentaires en non-fictief drama. In kranten verschijnen recent lijstjes met 'de beste ziekenhuizen'. Media-aandacht kan invloed hebben op de vraag van patiënten aan de zorgsector. Het kan ondermeer zorgen voor vraaginductie. Ook kan er een technisch operationele vraag door ontstaan: er ontstaat binnen consulten roep om een behandeling zoals de patiënt heeft gezien of gehoord. De autoriteit van de arts is in dit verband niet (meer) vanzelfsprekend. Vanwege deze relatie tussen media aandacht en de gevolgen voor de medische sector, vormt toenemende media aandacht een aanwijzing voor het maatschappelijk appèl op transparantie.

#### TUCHTRECHT

In 2007 maakten de medische tuchtcolleges melding van een record aantal klachten van 1441. Het aantal klachten over chirurgen daalt daarentegen, maar binnen die groep klachten is een interessante verschuiving gaande. Zo is in de periode 1996-2007 23% van de gegronde klachten (n=132) organisatorisch van aard, tegen 14% in de periode 1986-1995. Het blijkt hier vooral te gaan om problemen met registratie, verslaglegging, verantwoordelijkheidsverdeling en samenwerking (Bulstra, Wiggers en Hubben, 2008). De toename in klachten in totaal en de verschuiving binnen chirurgie vormen een aanwijzing voor een verband tussen tuchtzaken en maatschappelijk appèl op transparantie, omdat een tuchtzaak een middel is om verantwoording afgelegd te krijgen. Brand (2008) noemt in navolging van Festen, Van den Broek, Van Deijne, en Netten (2008) dat de meerderheid van de klachten en tuchtzaken niet gaat over het gebrek aan medische kennis, maar over gebrekkige communicatie.

#### PATIËNTENBEWEGING

Een andere ontwikkeling die van belang is voor een toenemende vraag om transparantie is de toenemende invloed van de patiëntenbewegingen. De organisatiegraad van patiënten is sterk toegenomen. Vooral organisaties van chronisch zieken en gehandicapten weten effectief de gezondheidszorg te betreden. Zij beïnvloeden in toenemende mate de gang van zaken binnen de gezondheidszorg (Geelen e.a., 2005).

#### VERANDERENDE WERKWIJZEN

Naast de in de vorige paragraaf genoemde maatschappelijke ontwikkelingen, kwamen ook enkele ontwikkelingen die in verband staan met maatschappelijke veranderingen naar voren. Dit zijn ontwikkelingen binnen de beroepsgroep. In deze paragraaf wordt aangegeven welke dat zijn en hoe deze in verband staan met de vraag om transparantie en aandacht voor communicatieonderwijs. In de eerste interviewronde bleek het belang van het aantal overdrachtsmomenten voor de toenemende aandacht voor communicatieonderwijs naar voren gebracht. Meer overdracht impliceert meer communicatie in de relatie van de arts of aios met collega's en andere medische beroepsbeoefenaren. De toename van het aantal overdrachtsmomenten kan mogelijk worden verklaard uit een toename van het werken in deeltijd, toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen en toenemende samenwerking in een keten van meer gespecialiseerde zorg (Ten Cate e.a., 2005). Toenemende technologisering draagt bij aan de verwachting van de patiënt dat de arts op een efficiënte en effectieve manier oordeelt. Bovendien verwacht de patiënt dat een arts duidelijk en toetsbare prestaties levert. De 'leek' wil de arts kunnen volgen, of in elk geval zijn handelen door anderen laten toetsen. De technologisering versterkt dat verwachtingspatroon, zodat het medisch beroep vermindert een 'uniek ambacht' te zijn. Die vraag om toetsbaarheid, samengevat als drang tot beheersing, levert bovendien rationalisering van werkmethoden op. Dit blijkt uit het vastleggen van werkzaamheden in regels, procedures en protocollen (Van Oorschot e.a. 1995).

#### 3.1.4 SAMENVATTING

De probleemstelling van deze deelstudie is: welke maatschappelijke ontwikkelingen illustreren een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie en beïnvloeden de communicatieve aspecten van werk en communicatieonderwijs in vervolgopleidingen?

Er kwamen vijf ontwikkelingen naar voren, die het toenemende maatschappelijk appèl op transparantie illustreren, of in dat kader relevante veranderingen in werkwijzen of opleidingen illustreren:

1. De meer geëmancipeerde arts-patiënt verhouding.
2. De toenemende media-aandacht voor de medische specialistische zorg.
3. Het toenemend aantal klachten en tuchtrechtzaken die zijn terug te voeren op bejegening
4. De toenemende invloed van de patiëntenbeweging
5. Toenemende aantal overdrachtsmomenten en technologisering

#### 3.2 DEELSTUDIE 2: EXPLORATIE VAN DE REACTIE VAN DE BEROEPSGROEP

Deze deelstudie gaat over de reactie van de beroepsgroep op de toenemende vraag om transparantie. In deelstudie 1 kwamen de relevante maatschappelijke ontwikkelingen aan de orde. Deze tweede deelstudie biedt inzicht in de relatie tussen maatschappelijke ontwikkelingen en de reactie daarop van de medische specialistische beroepsgroep.

#### 3.2.1 PROBLEEMSTELLING

In deelstudie 1 zijn vijf maatschappelijke ontwikkelingen gesignaleerd die werk en opleiding van medisch specialisten beïnvloedden. Eerder bleek al dat de omvang van het communicatieonderwijs niet gelijk is voor alle specialismen en opleidingscentra en dat de uitwerking van wettelijke eisen en andere kaders op het gebied van communicatie in eindtermen en opleidingsplannen verschilt per specialisme (Mulder, 2009). Dit roept de vraag op hoe deze verschillen tot stand komen en waaruit zij kunnen worden verklaard. Deze vraag staat centraal in deze deelstudie, de probleem-



stelling is: welke ontwikkelingen en mechanismen in termen van veranderende werkwijzen en opleidingen bepalen de reactie van de beroepsgroep op maatschappelijke ontwikkelingen?

Om die vraag te beantwoorden, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke maatschappelijke ontwikkelingen ziet de beroepsgroep zelf als relevant?
- Hoe reageert de medische beroepsgroep op een toenemend maatschappelijk appèl?
- Welke veranderingen in werkwijzen spelen een rol bij veranderingen in opleidingen op niet-medisch technisch gebied?
- Welke verschillen tussen specialismen zijn er in de reacties op het toenemend appèl op verantwoording?

### 3.2.2 METHODEN

Deze paragraaf behandelt de methode van deze deelstudie. Allereerst wordt het onderzoeksontwerp verantwoord, waarna achtereenvolgens zal worden ingegaan op de manier van dataverzameling en -analyse.

**ONDERZOEKSONTWERP** Dit onderzoek is opgezet als een kwalitatieve casestudy. De onderzoeksvraag naar de relatie tussen de maatschappelijke vraag om transparantie en de ontwikkeling van (communicatieonderwijs in) medisch specialistische vervolgoopleidingen is een complexe case. Die case moet in zijn geheel worden onderzocht om geldige inzichten te vergaren. Vanwege deze holistische benadering is gekozen voor een kwalitatieve casestudy naar de invloed die maatschappelijke ontwikkelingen hebben op (communicatieonderwijs in) medisch specialistische vervolgoopleidingen. Bij de bestudering van de onderzoekselementen is dat steeds het verbindende element. Bij de onderzoeksopzet is rekening gehouden met contextualiteit. Hiermee wordt aangeduid dat een fenomeen niet los kan worden gezien van de omgeving waarin het zich voordoet. Doordat 'maatschappelijk appèl' als eenheid integraal deel uitmaakt van deze onderzoeksopzet, is de context in het onderzoek betrokken.

**DATAVERZAMELING** Selectie van respondenten. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een beredeneerde selectie van te interviewen personen. Daarbij is tevens een praktische selectie tot stand gekomen, door de toegankelijkheid van interviewkandidaten en de mogelijkheden van het netwerk van waaruit de onderzoeker heeft geopereerd. Er zijn drie inclusiecriteria gehanteerd en een respondent moest tenminste aan één van de drie inclusiecriteria voldoen om te worden geselecteerd:

1. actief (geweest) in het medisch specialistisch vervolgonderwijs en/of de vernieuwing daarvan;
2. op grond van ervaring, functie of geschreven werk overzicht hebben over de geschiedenis van en aanleidingen voor onderwijsvernieuwing;
3. vanuit bestuurlijke, politieke en maatschappelijke kaders zicht hebben op de effecten van maatschappelijke ontwikkelingen op de medische beroepsgroep en in een enkel geval ook direct op opleidingen of zelfs communicatieonderwijs.

Behalve respondenten die aan de inclusiecriteria voldoen, is één andere respondent geraadpleegd met zicht op de aantallen tuchtrechtzaken en de aard daarvan en één met zicht op de ontwikkelingen in de patiëntenbeweging.

Er zijn zoveel respondenten benaderd als in het tijdsbestek van dit afstudeeronderzoek mogelijk was.

**VORMGEVING INTERVIEWS** De interviews zijn uitgevoerd als halfopen interviews met een topiclijst. Er is voor halfopen interviews gekozen om geen relevante onderwerpen te missen en respondenten de kans te geven onderwerpen aan de orde te stellen die zij met de hoofdvraag associëren (Baarda, De Goede en Teunissen, 2005). De respondenten kregen vooraf de onderwerpenlijst voor het interview. Door vooraf de gespreksonderwerpen te formuleren zonder daarin de vermoedens over samenhang en manifestaties van theorieën, is sturing van de antwoorden vermeden. Elk interview had dezelfde startvraag. Vervolgens werd doorgevraagd aan de hand van de deskundigheid en interesse van de respondent. Er is volgens een iteratief proces gewerkt waarbij analyse en interviews elkaar afwisselden.

Lacunes in de dataverzameling die bij de analyse naar voren kwamen zijn in volgende interviews opgevuld.

De onderwerpen die aan de orde kwamen en vragen die werden gesteld als aan inclusiecriteria (1) werd voldaan, zijn in bijlage 2 weergegeven. Voor inclusiecriteria (2) zijn deze in bijlage 3 te vinden en voor criterium (3) in bijlage 4.

**SATURATIE** Gedurende de analyse en uitvoering van interviews trad inhoudelijke saturatie (verzadiging) op ten aanzien van de maatschappelijke ontwikkelingen die in deelstudie 1 aan de orde zijn gekomen. De hoeveelheid lacunes in de dataverzameling nam af en het aantal overeenkomende bevindingen in de gesprekken nam toe. Dit was aanleiding om in latere interviews onderwerpen waar bij verzadiging in sterke mate optrad minder diepgaand te bespreken.

**DATA-ANALYSE** Vanwege de gekozen onderzoeksopzet (kwalitatieve case-study) bevat het onderzoek weinig elementen (respondenten), maar veel variabelen. Daarom is het noodzakelijk de data te analyseren door deze te coderen. De data-analyse is uitgevoerd als een inhoudsanalyse aan de hand van de in deelstudie 1 geïnventariseerde maatschappelijke ontwikkelingen en het theoretisch kader uit hoofdstuk 2.

Betrouwbaarheid van de resultaten en conclusies houdt in dat deze onafhankelijk zijn van het toeval. In dit onderzoek betekent die eis dat duidelijk moet zijn waarop de conclusies zijn gebaseerd. Hiertoe is gekozen de interviews op geluidsband vast te leggen en te transcriberen. Naderhand zijn de interviews geanalyseerd door fragmenten te coderen. Het op geluidsband vastleggen bevordert de betrouwbaarheid (Baarda e.a., 2005). De uitwerking van de interviews en diens codering is cruciaal voor geldige conclusievorming (Baarda e.a., 2005).

Aan de hand van de vooraf opgestelde onderwerpenlijsten voor de interviews en het theoretisch kader is de eerste coderingslaag aangebracht. De hoofdgroepen van codes uit het theoretisch kader, 'professionalisering', 'macht en invloed', 'sturing en financiering' en 'onderhandeling', zijn in eerste instantie toegewezen aan fragmenten. Daarbij is ge-

specificeerd wat de relatie is tussen de onderzochte ontwikkelingen en veranderingen waarop het fragment betrekking heeft. De specificaties in eerste instantie zijn 'maatschappelijk appèl', 'opleiding' en 'beroepsgroep'. Daarbinnen zijn codes aangebracht die betrekking hebben op de verschijningsvorm van de theoretische concepten. Enkele theoretische concepten konden niet eenduidig worden toegewezen aan een bepaalde relatie en vormen een zelfstandige hoofdgroep van codes.

Om te voorkomen, dat relevante resultaten niet naar voren komen in de analyse, zijn vervolgens meerdere coderingslagen binnen en naast de vooraf opgestelde hoofdgroepen aangebracht. Deze zijn exploratief van aard, doordat tijdens de interviewuitwerking de codeset werd uitgebreid. De uitbreiding is tot stand gekomen door in eerste instantie fragmenten die niet aan een vooraf voorgestelde code vielen toe te wijzen, maar wel relevant waren aan te merken als 'overig' of 'citaat'. Uit deze groepen zijn uiteindelijk toevoegingen op de codeset voortgekomen. Een ander belangrijk aandachtspunt bij de verwerking van interviews op deze wijze is de intra-interviewer betrouwbaarheid. Elk interview is na verwerking en codering terzijde gelegd en na enige tijd is de analyse nogmaals bekeken. Naar aanleiding daarvan heeft een verduidelijking van de definities van de codeset plaatsgevonden en zijn enkele inconsistenties in de aangebrachte codes opgespoord (Baarda e.a., 2005).

Bij dit onderzoek is er aandacht voor drie typen validiteit. In de eerste plaats is dat de interne validiteit, oftewel de mate waarin de onderzoeksopzet in staat is daadwerkelijk de onderzoeksvraag te beantwoorden. Gelet op het onderzoeken van een fenomeen, is gekozen voor de kwalitatieve case study. In de vorige paragraaf is uitgelegd waarom deze methode de meeste valide methode is voor het onderzoeken van de relatie tussen maatschappelijke ontwikkelingen en opleidingen. In de tweede plaats is er de externe validiteit. Door respondenten van uiteenlopende grote specialismen van zowel snijdende, niet-snijdende en beschouwende aard te selecteren, is gepoogd de reikwijdte te vergroten en daarmee de externe validiteit.

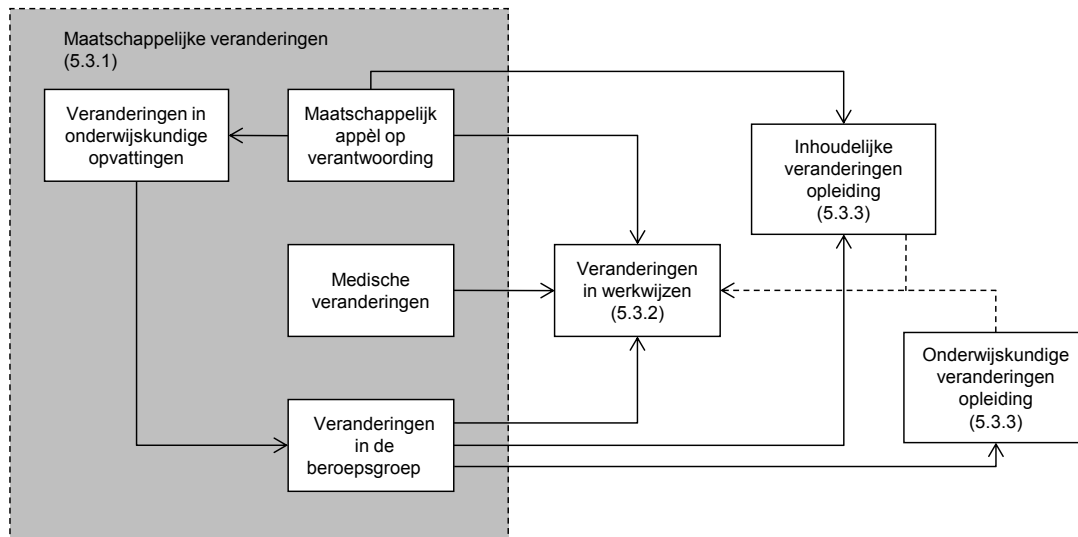
### 3.2.3 RESULTATEN

Eerst komt het model dat verbanden tussen maatschappelijke ontwikkelingen, de beroepsgroep en de opleidingen schetst aan bod (Figuur 4). Dit model komt naar voren uit de resultaten en is een aanpassing van het model dat in hoofdstuk 2 werd gepresenteerd. Het model wordt in de volgende paragrafen toegelicht en uitgewerkt per kader en verband. In het model zijn de paragraafnummers aangegeven. Bij veranderende werkwijzen en veranderende opleidingen, wordt bovendien ingegaan op de vraag hoe de theorie uit hoofdstuk 2 zich al of niet manifesteert.

Dit hoofdstuk behandelt achtereenvolgens:

- (I) maatschappelijk appèl;
- (II) veranderende werkwijzen en
- (III) veranderende opleidingen.

Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting.



**Figuur 4** Verbanden tussen maatschappelijke ontwikkelingen, werk en opleiden.

## I MAATSCHAPPELIJK APPÈL

Uit de gesprekken komt naar voren, dat men de manier waarop maatschappelijk appèl de afgelopen decennia zichtbaar werd, herkent. Dat wil zeggen, dat de ontwikkelingen die in deelstudie 1 naar voren kwamen, door de respondenten worden herkend als uitingen van een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie. Men geeft aan die ontwikkelingen nadere invulling en de respondenten werpen vragen op over of sommige veranderingen wel zo groot zijn als men denkt. Uit de gesprekken komen enkele nieuwe aspecten naar voren die het maatschappelijk appèl illustreren. Deze paragraaf gaat over bekende en extra naar voren gekomen uitingen van het maatschappelijk appèl op transparantie, de ervaringen daarmee en enkele kanttekeningen.

### UITINGEN VAN MAATSCHAPPELIJK APPÈL

De respondenten herkennen de maatschappelijke ontwikkelingen die in deelstudie 1 naar voren kwamen, namelijk (1) emancipatie van de patiënt, (2) toenemende media-aandacht voor de medische specialistische zorg, (3) het toenemend aantal klachten en tuchtrechtzaken die zijn terug te voeren op bejegening, (4) de toenemende invloed van de patiëntenbeweging en (5) toenemende specialisatie en arbeidsdeling beroepsgroep uiteenlopend ervaren (zie kader 1)

C<sub>1</sub> (praktiserend arts, man): *“Patiënten zijn meer geneigd om hun mond open te trekken als het ze niet bevalt wat er gebeurt of als ze klachten hebben of fouten ervaren.”*

C<sub>2</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Een van de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen is denk ik dat patiënten tegen dokters opkeken en dat veranderde.”*

C<sub>3</sub> (geen arts, man): *“De medische beroepsgroep is natuurlijk van een besloten groep, waarbij de regels helemaal intern werden genomen, (...) naar emancipatie van die beroepsgroep gegaan, je ziet meer programma's op TV.”*

C<sub>4</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Wat ook een belangrijke factor is, is die ontelbare hoeveelheid TV programma's over het ziekenhuis, en huisartsenpraktijken, als je dat 6 jaar lang elke avond bekijkt kun je hele medische opleidingen doen!”*

C<sub>5</sub> (geen arts, man): *“Je kunt doorgaans wel zien dat een bepaald type klachten wel regelmatig terugkeert. Vaak hebben die te maken met patiëntenrecht, informeren van de patiënt, gebrek aan toestemming gegeven door de patiënt, problemen met geheimhouding, privacy aspecten spelen meestal wel een rol.”*

C<sub>6</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Er zijn steeds meer mensen die klagen, dat is in onze maatschappij zo. Je wilt niet weten waar ze over klagen. Er zat geen kettinkje aan de trekker van de plee, het licht deed het niet, maar men klaagt vooral ook over bejegening.”*

C<sub>7</sub> (geen arts, man): *“Zo zie je dat een beweging tot stand komt en nu dan helemaal geprofessionaliseerd is. Dus van echt zo'n jaren '70 anti-beweging, naar een professionele organisatie met een bestuur, een directeur enz.”*

C<sub>8</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“De geneeskunst is veranderd, het aantal specialisaties nam toe.”*

C<sub>9</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Er zijn een hoop technieken bijgekomen en (sub) specialismen en van solitair is die arts naar groepsindividueel gegaan.”*

**Kader 1** Citaten die uitingen van maatschappelijk appèl uit deelstudie 1 onderschrijven

Naast de bevestigde ontwikkelingen, kwamen ook ontwikkelingen aan de orde die nog niet in deelstudie 1 naar voren kwamen. Die ontwikkelingen zijn (1) de veranderde financieringsstructuur van de artsenzorg en (2) de rol van verpleegkundigen. Ook deze ontwikkelingen illustreren het toenemende maatschappelijk appèl op transparantie.

Dat de veranderde de financiering het maatschappelijk appèl op transparantie illustreert, valt af te leiden uit de volgende citaten:

C<sub>10</sub> (geen arts, man): *“(...) ze hebben dus de verpleegkundige professie bereid gevonden om zich verder te professionaliseren, waardoor zij nog steeds een spreekuur van zeven minuten kunnen houden, maar waardoor je wel als patiënt nog een keer iemand krijgt die een half uur tijd voor je heeft (...). Daarmee houden zij dus hun inkomen, ze rekenen ook nog een bedrag voor dat half uur spreektijd, ze vangen dus nog wat extra, ze kunnen de verpleegkundige goed betalen. Dat is heel slim en handell!”*

C<sub>11</sub> (huisarts, vrouw): *“Met de nieuwe zorgverzekeringswet zijn patiënten geld, maar dan met name op basis van het aantal contacten, niet op basis van de duur van die contacten. Dat geldt voor DBC's in feite nog veel meer (...).”*

De veranderende financiering illustreert een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie, omdat de toenemende vraag om transparantie vanuit de maatschappij uitmond in wetgeving. Die wetgeving is het instrument om transparantie te vragen. Een van de verschijningsvormen van de veranderde wetgeving is de invoering van marktwerking.

De rol van verpleegkundigen bleek ook als een uiting van het maatschappelijk appèl te zijn ervaren. De ervaring is dat de verpleegkunde niet alleen zelf een verandering ondergaat in functie en werkwijzen, maar dat zij ook een bijdrage levert aan attitudeveranderingen onder artsen. Het volgende citaat maakt dit duidelijk:

C<sub>12</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“(...) je moet niet vergeten dat daarbij ook de verpleging een belangrijke rol speelt. (...) Die spelen dus wel degelijk een rol bij het accepteren of niet accepteren van veranderingen.”*

Citaat 10 en 12 illustreren dat de verpleegkundigen de relatie tussen het maatschappelijk appèl en de artsenberoeps-groep mediëren.

Nu de herkende en nieuwe uitingen van het maatschappelijk appèl op transparantie die dit onderzoek opbracht aan de orde zijn geweest, zal in de volgende paragraaf gekeken worden naar enkele detailleringen van en ervaringen met die uitingen.

DETAILLERING VAN HET ERVAREN MAATSCHAPPELIJK APPÈL  
Naast de ontwikkelingen op hoofdlijnen, kwamen gedetailleerder beschrijvingen en uitingen van ervaren maatschappelijk appèl naar voren. In Tabel 1 zijn genoemde ontwikkelingen of verfijningen daarvan weergegeven.

PATIËNTEMANCIPATIE Emancipatie van de patiënt is op meerdere manieren door de medisch specialistische beroeps-groep ervaren. Genoemd werden (1) dat patiënten mondiger werden en (2) dat patiënten beter geïnformeerd zijn en (3) willen worden. De ervaring met toegenomen mondigheid van patiënten werd ondermeer als volgt tot uitdrukking gebracht:

C<sub>13</sub> (arts, man): *“De patiënten zijn mondiger geworden en vragen om meer verantwoording, willen ook meer kijken naar kwaliteit van dokters, willen dat kunnen vergelijken met alle haken en ogen van dien, de politiek vraagt dat, het is de beweging tot meer marktwerking in de zorg.”*

De toegenomen informatiebehoefte komt in het volgende citaat naar voren:

C<sub>14</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Er moet dus gekozen kunnen worden, daartoe is informatie noodzakelijk (...).”*

In Tabel 1 is te zien dat het maatschappelijke appèl ook op het gebied van financiën wordt ervaren door de beroeps-groep. Gedoeld wordt daarbij op onderhandelingen met zorgverzekeraars en financieringsbases. Daardoor hebben

patiënten meer informatie over de kwaliteit, bijvoorbeeld in de vorm van lijstjes met de beste ziekenhuizen. Een ervaring van deze financieringsmethode, is geïllustreerd door één van de respondenten (praktiserend huisarts, vrouw) met de volgende uitspraak:

Ontwikkeling op hoofdlijn (deelstudie 1)	Verfijnde omschrijving of toevoeging van ontwikkeling
Patiëntenemancipatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patiënt mondiger</li> <li>– Patiënt beter geïnformeerd en meer informatiewensen</li> <li>– Invloed verpleegkundigen (verpleegkunde kreeg andere attitude)</li> <li>– Patiënt beter georganiseerd (belangengroepen, verzekeraars en politiek)</li> </ul>
Wet- en regelgeving	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Financieringsstructuur bevat meer elementen van marktwerking</li> <li>– Informatieplicht en registratieplicht beroepsbeoefenaren in wet vastgelegd</li> </ul>
Toename media-aandacht	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Media aandacht op initiatief van beroepsgroep</li> <li>– Media aandacht aan de beroepsgroep</li> </ul>
Toename klachten over bejegening	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ...leidend tot tuchtrecht</li> </ul>
Toename invloed patiëntenbeweging	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ...waarvan directe invloed op opleidingen</li> <li>– ...waarvan indirecte invloed op opleidingen</li> </ul>
Toename specialisatie en arbeidsdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Toenemende specialisatie</li> <li>– Toenemend aantal diensten door arbeidstijdenwetgeving</li> <li>– Toenemende instroom vrouwen</li> </ul>

**Tabel 1** ontwikkelingen die als illustratie van toenemend appèl op transparantie naar voren zijn gekomen

C<sub>15</sub> (huisarts, vrouw): “Je hebt een inschrijftarief, maar je wordt per verrichting betaald en dat heeft toch ook wel

weer verandering met zich mee gebracht. Je moet oppassen dat je patiënten niet als geldbron gaat zien.”

In het kader van patiëntenemancipatie, kwam bovendien naar voren, dat ook veranderingen in status van de specialist worden ervaren als een uiting van het maatschappelijk appèl op transparantie. De volgende citaten wijzen daarop. C<sub>16</sub> (niet meer praktiserend arts, man): “(...) de maatschappij is wat dat betreft totaal veranderd, dat zegt men ook tegen de politieagenten, het heeft te maken met status, met autoriteit en die positie is veranderd is veranderd in het licht van de algemene maatschappelijke ontwikkeling.”

C<sub>17</sub> (huisarts, man): “Het is gewoon dat in de hele maatschappij de status van dat soort gestudeerde mensen veranderd is, dat geldt ook voor specialisten en notarissen en dat soort mensen.”

**MEDIA-AANDACHT** Naast dat media naar de medici toekwamen, bleek dat de medici ook naar de media togen. Dit wordt duidelijk aan de hand van het volgende citaat:

C<sub>18</sub> (niet meer praktiserend arts, man): “We hebben ons nogal op de borst geklopt als medici de afgelopen decennia. Kijk naar al die TV programma’s waarin we hebben laten zien wat we allemaal deden.”

De media-aandacht is dan ook van twee kanten uit geïnitieerd: zowel vanuit maatschappelijk perspectief (bijvoorbeeld door de patiënt of de politiek), als vanuit de beroepsgroep zelf.

**KLACHTEN OVER BEJEGENING** Er komt naar voren, dat de wel eens veronderstelde claimcultuur niet (altijd) wordt ervaren. Het aantal verrichtingen met tuchtrechtelijk risico, neemt sterker toe dan het aantal gevallen dat uitmondt in een klacht. De bevinding dat er geen claimcultuur is, kan ook worden opgemaakt uit de ervaringen van de respondenten met het begrip claimcultuur:

C<sub>19</sub> (geen arts, man): *“Maar de algemene gedachte, dat de toegenomen mondigheid van de patiënten leidt tot meer aansprakelijkheidsstellingen, wordt niet bevestigd (...).”*

C<sub>20</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Ik denk niet dat er sprake is van een claimcultuur en ik denk ook niet dat het medisch tuchtcollege, een onevenredige stijging van het aantal gevallen heeft.”*

Bovendien is naar voren gekomen, dat bejegening op zichzelf een belangrijk middel is bij het hanteren van klachten. Dit wordt duidelijk aan de hand van onderstaand citaat:

C<sub>21</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Als die klachtenfunctionaris zegt, ‘als we nou volgende week de dokter hier vragen te komen om er eens over te praten’. ‘Dolgraag!’ In 9 van de 10 gevallen is het daarmee klaar. Je hoeft dan niet eens door de knieën, maar gewoon zeggen dat het stom is dat je niet even langs geweest bent.”*

Overigens valt daaruit de suggestie af te leiden, dat een klachtenfunctionaris in een ziekenhuis veel klachten oplost of wegneemt, voordat die tot tuchtzaak leiden.

**PATIËNTENBEWEGING** De toegenomen organisatiegraad van patiënten in patiëntenbewegingen is een detaillering van een uiting van maatschappelijk appèl. Geelen e.a. (2005) benoemen eveneens de toegenomen organisatiegraad van patiënten. De ervaring met toegenomen organisatiegraad wordt met het volgende citaat geïllustreerd.

C<sub>22</sub> (geen arts, man): *“(...). Zo zie je dat een beweging tot stand komt en nu dan helemaal geprofessionaliseerd is. Dus van echt zo’n jaren ’70 anti-beweging, naar een professionele organisatie met een bestuur, een directeur enz.”*

Ook werd nog genoemd dat de invloed van de patiënt er niet zozeer is in de individuele arts-patiënt relatie, maar voornamelijk vanuit de patiëntenorganisaties.

C<sub>23</sub> (geen arts, man): *“Nou, ik denk dat de patiëntenbeweging en organisatie wel beïnvloeden, maar de individuele arts-patiënt relatie is niet zoveel van invloed. Dan is er sprake van een afhankelijkheidsrelatie, en je bent daar met iets anders bezig dan wanneer je als patiëntenorganisatie aan tafel zit.”*

C<sub>24</sub> (huisarts, man): *“De individuele huisarts heeft niet zoveel met belangenverenigingen te maken. Dan moet je al in een bestuur zitten.”*

**SPECIALISATIE EN ARBEIDSDELING** Naast dat de toename van het aantal overdrachtsmomenten werd toegewezen aan verdergaande specialisering, kwam ook naar voren dat de toename van het aantal vrouwen dat de beroepsgroep instroomde zorgde voor meer overdrachtsmomenten. Daaraan ligt ten grondslag, dat vrouwen meer in deeltijd zouden werken. Dit verschijnsel is af te leiden uit de volgende citaten:

C<sub>25</sub> (huisarts, vrouw): *“Nou, (...) er zijn dus meer vrouwen gekomen, waardoor er meer part-time wordt gewerkt, daardoor heb je meer overdrachtsmomenten gekregen.”*

C<sub>26</sub> (geen arts, man): *“Ik denk wat ook veranderd is, is de samenstelling van maatschappen met betrekking tot mannen en vrouwen. Er zijn meer vrouwen dokter geworden. Ik heb nog de tijd meegemaakt dat bij de KNO specialisten het zelfs niet mogelijk was als vrouw opgeleid te worden tot KNO arts, tenzij ongetrouwd...”*

Bovendien wordt nog een nadere detaillering van de invloed van de komst van meer vrouwen aangeduid:

C<sub>27</sub> (huisarts, vrouw): *“(...) de feminisering, ja, vrouwen zijn denk ik toch in z’n algemeenheid toch iets meer gericht op communicatie en op onderhandelen en op met elkaar een plan maken.”*

Hierin komt naar voren dat de rol van meer vrouwen in de beroepsgroep niet alleen met een toenemende hoeveel-

heid deeltijdwerkers te maken heeft. In deze uitspraak ligt de veronderstelling dat vrouwen anders communiceren dan mannen verborgen.

#### KANTTEKENINGEN

Er zijn naast de bevestiging van de ontwikkelingen uit deelstudie 1, ook kanttekeningen geplaatst bij emancipatie van de patiënt en bij maatschappelijke veranderingen. Er bestaan uiteenlopende visies over de mate waarin deze ontwikkelingen de toenemende vraag om transparantie illustreren. Citaten waarin dit aan de orde komt zijn in kader 2 weergegeven.

C<sub>28</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Ik was altijd verontwaardigd dat alles aan krachten van buiten werd toe geschreven, terwijl de interne metamorfose er ook wel de gelijk was”.*

C<sub>29</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“De dokter weet meer dan de patiënt, het is volstrekt idioot om te denken dat dat van gelijk niveau is.”*

**Kader 2** Citaten waarin kanttekeningen ten aanzien van patiëntemancipatie worden geplaatst

Deze kanttekeningen over patiëntemancipatie, maken duidelijk dat over de omvang van de rol van patiëntemancipatie, kennelijk uiteenlopende opvattingen bestaan. Bovendien wordt duidelijk, dat het begrip emancipatie een vorm van gelijkheid in de arts-patiënt relatie zou veronderstellen, die niet (altijd) zo wordt ervaren. Overige kanttekeningen zijn niet aan de orde gekomen.

#### II VERANDERENDE WERKWIJZEN

Deze paragraaf gaat over de veranderingen in werkwijzen van de beroepsgroep. In de eerste plaats wordt ingegaan op de invloed van het maatschappelijk appèl op transparantie zoals de beroepsgroep die heeft ervaren en in de tweede plaats komt de invloed van medisch technische veranderingen aan de orde. Tenslotte is er aandacht voor ontwikkelingen binnen de beroepsgroep.

#### DOOR MAATSCHAPPELIJK APPÈL

In deze paragraaf komt aan de orde welke veranderingen in werkwijzen, volgens de beroepsgroep zijn beïnvloed door het maatschappelijk appèl op transparantie. Het blijkt dat er kennelijk druk is ervaren om meer uitleg en openheid van zaken te geven. Bovendien kwam naar voren, dat de beroepsgroep onder invloed van de maatschappij tot meer bewustzijn over eigen kennistekortkomingen en over de invulling van het begrip professionaliteit kwam.

De veranderingen in werkwijzen die de beroepsgroep aan geeft en die te maken hebben met maatschappelijk appèl, blijken in de eerste plaats te bestaan uit de indruk dat het noodzakelijk is meer informatie te geven. De motivatie daartoe is zowel het ervaren van die behoefte bij patiënten, als het ervaren van de noodzaak daartoe omwille van het in stand houden van de beroepsgroep. Dit is op te maken uit de citaten weergegeven in kader 3.

C<sub>30</sub> (huisarts, man): *“Ik denk dat huisartsen, omdat ze naar mijn gevoel altijd met één of twee benen in de wereld staan, (beter) die druk hebben gevoeld om mensen serieus te nemen, om geïnformeerd te worden enzo.”*

C<sub>31</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Men kreeg een auto, iedereen kreeg een koelkast, en dat gold dus ook voor de gezondheidszorg en iedereen wil dus ook geïnformeerd worden. En daar heeft de medische wereld geleidelijk aan steeds meer op ingespeeld, aanvankelijk met enige terughoudendheid. Dat is territorium gedrag, het is bescherming van de soort. (...). Nu moeten we dus steeds transparanter worden.”*

**Kader 3** citaten die wijzen op motivaties voor het geven van informatie en openheid

De citaten van kader 3 geven aan dat er een onderscheid kan worden gemaakt tussen de ervaringen met een uiting van het maatschappelijk appèl door een individuele arts enerzijds en anderzijds als beroepsgroep. Dit onderscheid tussen de individuele arts-patiënt relatie en de formele, meer geïnstitutionaliseerde relaties kwam ook al naar voren



in het kader van de invloed van de patiënt (zie de paragraaf over detaillering van het maatschappelijk appèl). Citaat C31 maakt tevens duidelijk, dat er een wending van sturing door de beroepsgroep zelf naar sturing van buitenaf lijkt plaats te vinden.

Er zijn nog twee andere ervaringen met uitingen van toenemende vraag om transparantie in de beroepsgroep naar voren gekomen. Dat is ten eerste een toenemend bewustzijn in de eigen gelederen van het begrip 'professionaliteit' (zie kader 4). En dat is ten tweede een toenemend bewustzijn van tekortkomingen in bepaalde competenties (zie kader 5). Daarbij werd bedoeld op niet-medisch technische competenties, bijvoorbeeld communicatie.

C<sub>32</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Ja, voor sommige mensen was het een eyeopener, dat er zoveel van die dingen in zaten, dat er onderdelen benoemd werden. Neem bijv. het stuk professionaliteit, de zogenaamde laatste competentie. Daar is heel veel discussie over geweest: wat is dat nou eigenlijk, professionaliteit?”*

C<sub>33</sub> (dezelfde respondent): *“(…) en je hebt de professionaliteit naar jezelf toe, hoe professioneel ga ik met m'n vak om, beheerst dat mij 24u / dag, of 8 uur / dag en mogen ze me daarna niet storen?”*

C<sub>34</sub> (praktiserend arts, man): *“Daarstraks hadden we het over idiote werktijden die er vroeger waren, nu zijn er heel terecht, (…) beperkingen door de algemene sociale wetgeving aangegeven.”*

C<sub>35</sub> (praktiserend arts, man): *“(…) dat een medicus kan functioneren als hij meer dan 48 uur wakker is, deze waanzin, waarvan natuurlijk al lang bekend was dat dat niet kon, werd blind toch gehanteerd voor aios, ongelooflijk als je daar aan terug denkt! Vaak ook nog met de nodige stoerheid omgeven, ziende blind en horende doof!”*

**Kader 4** Citaten die wijzen op bewustzijn van 'professionaliteit' onder de beroepsgroep

C<sub>36</sub> (niet praktiserend huisarts, man): *“Omdat de meeste huisartsen op het moment dat ze na hun artsexamen begonnen te praktiseren, merkten dat ze heel slecht toegerust waren voor het uitoefenen van hun vak. Ze hadden allerlei dingen geleerd die ze nauwelijks hoefden te gebruiken en ze hadden veel dingen niet geleerd die ze erg vaak nodig hadden, met name communicatie (…).”*

C<sub>37</sub> (praktiserend huisarts, vrouw): *“Ook op het gebied van organisatie, hoe je dat organiseert in je praktijk zelf. En als je dat weer terugbrengt naar de opleiding: ja er zijn een aantal zachte kwaliteiten waar de opleiding aandacht aan moet besteden, maar die wellicht toch anders zijn als toen ik de huisartsonderwijs deed.”*

**Kader 5** Citaten die wijzen op ervaren tekortkomingen in bepaalde competenties

#### DOOR MEDISCH TECHNISCHE VERANDERINGEN

Naast maatschappelijk appèl blijkt ook dat toenemende technologisering en toenemende kennis, leiden tot andere werkwijzen. Door toenemende technologisering en het voortdurend toenemen van de hoeveelheid kennis, ontstaan meer specialisaties. De toenemende specialisatie leidde tot meer samenwerking en overleg of afstemming tussen meerdere artsen. Dat impliceert een toename van het aantal overdrachtsmomenten. Deze verandering, wordt duidelijk aan de hand van de citaten in kader 6.

C<sub>38</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“In die tijd was het nog helemaal niet zo dat er tientallen artsen rondliepen op zo'n afdeling. Net voorbij, net na de oorlog is dat ongeveer afgelopen en is dat teloor gegaan. Het was altijd zo: er was één hoogleraar + een assistent. Dat was dus in feite de academische bezetting van het personeel. Als je dat vergelijkt met nu, dat er weliswaar geen tientallen, maar toch wel de nodige hoogleraren en tientallen assistenten rondlopen is er dus een hele grote verandering in de situatie geweest. Daarbij zijn misschien toch ook de technische ontwikkelingen relevant in dit verband. Vooruitgang in de geneeskunde hangt heel erg samen met de ontwikkeling van nieuwe technieken.”*

C<sub>39</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Omdat het gecompliceerd werd en men ook meer wist, kwamen er meer verschillende specialismen (...). Dus er kwamen meer specialisaties, maar dus ook méér dokters, verschillende dokters die samen moesten werken.”*

C<sub>40</sub> (geen arts, man): *“We weten steeds meer dat zorg niet meer alleen maar wordt verzorgd door één enkele hulpverlener, maar dat het steeds meer een samenwerking van verschillende hulpverleners wordt.”*

**Kader 6** Citaten die wijzen op toename van overdrachtsmomenten door specialisatie en kennis

In dit verband blijkt ook de toenemende hoeveelheid aan beschikbare informatie bij te dragen aan de toename van het aantal overdrachtsmomenten. Dat komt in onderstaand citaat naar voren:

C<sub>41</sub> (geen arts, man): *“Er verschijnt op gebied van de medische wetenschap zoveel, dat je het überhaupt niet bij kunt houden. Het zijn per dag zoveel artikelen, je kunt het niet allemaal lezen. En dan inderdaad de specialisatie doordat we gedegen kennis.... Dat is trouwens ook één van de redenen waarom je ziet dat er meer gedoe is met patiënten. Ze krijgen met veel meer mensen te maken.”*

Voorgaande citaten illustreren dat de keten van zorgverleners waar een patiënt zich in kan bevinden, tot meer overdracht en meer communicatie tussen zorgverleners kan leiden.

#### DOOR VERANDERINGEN BINNEN DE BEROEPSGROEP

Er bestaan veranderingen in de beroepsgroep die bijdragen aan meer aandacht voor niet-medische aspecten. Deze paragraaf gaat over die veranderingen in de beroepsgroep. Het beginpunt van toenemende aandacht voor niet-medische aspecten van het vak wordt in een citaat dat gaat over de periode 1963-1968 geïllustreerd:

C<sub>42</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Duidelijk was wel, en dat ik herinner ik me ook van die periode, dat we wel het gevoel kregen dat het zo niet langer kon, dat je mensen niet zo apodictisch kon benaderen en zeggen van ‘zo moet het’ en dat het dan klaar was.”*

Behalve emancipatie in de arts-patiënt relatie, werd emancipatie door de respondenten ook in verband gebracht met veranderingen in de beroepsgroep zélf. Die verandering betreft de instroom van meer vrouwen in de beroepsgroep en van mensen uit andere sociaal economische klassen.

Net als er toenemende kennis en technologisering, droeg ook de toename van het aantal vrouwen in de beroepsgroep bij aan een stijging van het aantal overdrachtsmomenten. Een ervaring daarmee:

C<sub>43</sub> (praktiserend huisarts, vrouw): *“(...) er dus meer vrouwen gekomen, waardoor er meer part-time wordt gewerkt, daardoor heb je meer overdrachtsmomenten gekregen.”*

De andere verandering in de sociale opbouw van de beroepsgroep, namelijk de instroom van mensen uit andere dan tot dan toe gebruikelijk sociaal-economische klassen, blijkt uit het volgende. Men gaf aan, dat er verweving van maatschappelijke veranderingen met veranderingen in de beroepsgroep bestaat. Dit werd naar voren gebracht in de citaten van kader 7.

C<sub>44</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Die jonge generatie specialisten emancipeerde ook natuurlijk, ik denk dat het een parallelle emancipatie was. Alleen die uitte zich natuurlijk bij de patiënt heel anders dan bij de arts. In de jaren '70 hebben we ook die periode gehad dat psychiaters hun witte jassen uittrokken en dat patiënten eigenlijk gelijk gesteld werden aan de arts.”*

C<sub>45</sub> (praktiserend arts, man): *“Nou, er gebeurt van alles in de omgeving om je heen en dat zet je aan het denken en dat zou je reactief kunnen noemen, maar het is niet zo dat*

*we afwachten wat ons wordt opgelegd en dan gaan we dat maar doen.”*

*C<sub>46</sub> (niet meer praktiserend arts, man): “Een van de belangrijkste (maatschappelijke veranderingen, aut.) is denk ik dat patiënten tegen dokters opkeken en dat veranderde. Dat had te maken met het feit dat er zo langzamerhand een hele andere groep mensen naar de universiteit ging, en dat ook het bereiken van de studie geneeskunde voor een heleboel mensen mogelijk werd. Dat betekent dat een hele andere beroepsgroep ook veel meer dingen over dokters hoorde. Het aantal dokters in Nederland nam toe, iedereen heeft wel iemand in z'n omgeving die dokter is en die hoort wel eens van 'een aantal dingen'. Daardoor kreeg je ook dat in de dokterswereld hele andere signalen uit de buitenwereld kwamen over behoeften die bij patiënten ontstaan. En dan gaat het natuurlijk over bejegening. Patiënten klagen wel eens over de behandeling, maar klagen vooral over de bejegening(...).”*

**Kader 7** Citaten die wijzen op de verweving van emancipatie in de maatschappij en de beroepsgroep

Voorgaande suggereert dat de brede maatschappelijke verandering die emancipatie inhield, ook leidde tot een veranderende sociale opbouw van de medisch specialistische beroepsgroep. De toetredingsdrempels werden verlaagd en het werd voor meer groepen eenvoudiger om een universitaire opleiding te volgen. Dit heeft bijgedragen aan veranderende eisen van patiënten. Door een respondent is verondersteld dat dit wordt veroorzaakt doordat mensen uit andere sociale lagen dokter werden, welke eveneens contacten hadden in andere sociale klassen dan dokters tot dan toe plachten te hebben. Derhalve ontstaat meer kennis over de medisch specialistische zorg onder groepen die dat tot dan toe niet hadden. Deze kennis gaf hen vervolgens aanleiding andere eisen te stellen. De aanleiding daartoe bestaat volgens dezelfde respondent voornamelijk uit de wens anders te worden bejegend door dokters.

*C<sub>47</sub> (geen arts, man): “Er was een hoogleraar oncologie en die zei (...): je moet patiënten niet te veel informatie geven, want daar worden ze alleen maar ongelukkig van. Dat is nu 25 jaar geleden.... In die 25 jaar is het dus helemaal gewijzigd, zelfs in de jaren erna al. Wij waren toen al helemaal verbijsterd dat iemand nog zo dacht.”*

De invloed van de instroom van een andere sociale klassen in de universitaire opleiding kan echter ook in de tegengestelde richting verlopen. Doordat mensen uit andere sociale klassen de beroepsgroep binnenstromen, veranderen de opvattingen van de beroepsgroep over bijvoorbeeld de arts-patiënt relatie. Citaat C<sub>47</sub> illustreert de tweezijdige invloed van de instroom van andere sociale klassen in de opleiding.

#### HOE VERANDERINGEN IN WERKWIJZEN TOT STAND KOMEN

In de vorige paragraaf werd duidelijk welke veranderingen er spelen. In deze paragraaf komt aan bod op welke manier werkwijzen veranderden. De theoretische concepten die dit onderzoek gebruikt om te kijken naar veranderingen in werkwijzen zijn (1) professionalisering, (2) macht en invloed, (3) onderhandeling en (4) de kenmerken van het sturingsmodel van de medische sector. Aan de hand van deze processen wordt gekeken hoe veranderingen tot stand komen. In de komende alinea's worden die processen nader uitgewerkt.

**PROFESSIONALISERING** De rol van professionalisering bij de totstandkoming van veranderingen in werkwijzen is bij twee van de drie deelprocessen van professionalisering zichtbaar gebleken. Legitimering en institutionalisering kwamen in dit onderzoek naar voren als manifestaties van professionalisering in het kader van veranderende werkwijzen. Socialisering bleek vooral te spelen in het kader van veranderingen in opleidingen. Het eerste deelproces is legitimering. Legitimeringgronden zijn (zie hoofdstuk 2) kennis, macht en agogische actie. In het kader van veranderende werkwijzen is voornamelijk kennis die de beroepsgroep heeft en verkrijgt een relevante

uiting van professionalisering. Het gaat dan om kennis met als doel de gebruiks- of ruilwaarde van de beroepsgroep te beheersen. In dit onderzoek bleek dit proces uit het belang dat door de beroepsgroep wordt gehecht aan 'evidence based medicine'. Dit proces is zichtbaar in onderstaande citaat:

C<sub>48</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"(...) hoe evidence based is het allemaal. Wat zit erachter... De bekende discussie dat mensen denken dat wat ze op internet vinden waar is en dat je dus moet uitleggen dat voor het merendeel er geen peer review heeft plaatsgevonden."*

Het streven van de beroepsgroep naar erkenning en aanvaarding, wordt bovendien geïllustreerd door het volgende citaat:

C<sub>49</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"Ik denk dat de bewustwording van de relatie arts-patiënt en de veranderingen die nodig zijn, pas de laatste jaren zowel bij het publiek als bij de professional zelf heeft plaatsgevonden. Het af te doen als vastloop-situatie in de jaren '50 - '70 die hard aan verandering toe was, omdat er ergens beweging in moest komen, zou ik een vals beeld vinden. Dat zou doen lijken dat de medische professie nooit gereageerd heeft op zijn omgeving."*

Dit citaat suggereert, dat de beroepsgroep actief is in het legitimeren. Dit citaat maakt ook duidelijk, dat de beroepsgroep vanuit de omgeving kennelijk prikkels heeft ervaren, die aanleiding waren om noodzakelijke veranderingen door te voeren.

De gebruikmaking van kennis-macht met het doel de gebruikswaarde van het beroep te beheersen wordt duidelijk aan de hand van het in stand houden van de numerus fixus. Hoewel dit voor de basisopleiding geldt, heeft een beperkte instroom in de basisopleiding vanzelfsprekend ook weerslag op de instroom in vervolgopleidingen. Onderstaand citaat maakt duidelijk wat de rol van de numerus fixus in termen van kennis-macht is:

C<sub>50</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"Het argument voor de numerus fixus is dat artsen niet in staat mochten worden gesteld hun eigen werk te creëren, het was dus aanbod georiënteerd."*

Citaat 50 suggereert dat de beroepsgroep de numerus-fixus inzet om kennis schaars te houden. Immers, wanneer de instroom onbeperkt zou zijn, zou de kennis minder schaars zijn. Daardoor zouden artsen in staat zijn om meer te doen dan de zorgvraag strikt genomen is. Zo wordt door de schaarste in stand te houden, de waarde van het beroep groot gehouden.

Naast deze uiting van legitimering, speelt ook het actueel houden van kennis een rol bij legitimering. Dit is van belang voor het verdedigen van de machtspositie. Kennisvergaring dient de superioriteit ten opzichte van andere groepen. Het volgende citaat illustreert dat de beroepsgroep kennisvergaring in het kader van behoud van een machtspositie belangrijk vindt:

C<sub>51</sub> praktiserend arts, man): *"als ik met een assistent spreek en ik stel vast dat hij te weinig literatuuronderzoek doet, of te weinig systematisch literatuuronderzoek doet, en ik breng het onderwerp 3 maanden later opnieuw bij de beoordeling aan de orde en hij doet het na een jaar nog steeds niet, dan moet het voor mij toch even maar niet door gaan."*

Daarmee wordt tot uitdrukking gebracht, dat een gebrekkelijke vaardigheid om op een goede manier kennis te vergaren, niet zou mogen leiden tot het afronden van de opleiding. Zo wordt voorkomen dat mensen die hierin naar het oordeel van de beroepsgroep onvoldoende bekwaam zijn, zelfstandig het beroep mogen uitoefenen. Op die manier is kennis in samenhang met agogische actie een grond voor het behoud van een machtspositie. Citaat 51 kan ook betrekking hebben op de kwaliteit van zorg. In dat geval blijkt professionalisering uitsluitend uit de agogische actie die erin wordt uitgelegd.

Het tweede deelproces van professionalisering is institutionalisering. In het kader van veranderende werkwijzen komt institutionalisering naar voren in de vorm van de toenemende organisatie van patiënten. Hoe deze vorm van institutionalisering zich voltrok, illustreert het volgende citaat:

C<sub>52</sub> (geen arts, man): *“Wat mij is opgevallen in de somatische zorg en in de ziekenhuizen, is dat je eigenlijk vanaf eind jaren '80 een beweging ziet ontstaan, waarin met name organisaties van chronisch zieken het voor elkaar krijgen om op de agenda te komen, zowel bij de politiek, als bij verenigingen van medisch specialisten, als ook bij zo'n blad als Medisch Contact en dat zij sterk de nadruk leggen op bejegening, omgaan met, informatievoorziening”.*

In voorgaande komt naar voren, dat rond het thema bejegening een vast patroon tot ontwikkeling is gekomen waarin de beroepsgroep en patiënt de steun van de patiënt aan de beroepsgroep proberen te handhaven, door overleg en contact.

ONDERHANDELING Het begrip onderhandeling manifesteert zich in het kader van de relatie tussen maatschappelijk apèl op transparantie als onderhandelingen tussen zorgverleners en zorgverzekeraars. Dat illustreert het volgende citaat:

C<sub>53</sub> (praktiserend huisarts, vrouw): *“Een ontwikkeling is natuurlijk dat je met de Zorgverzekeringswet meer moet onderhandelen met zorgverzekeraars en dat zij andere eisen aan je stellen, bijv. toegankelijkheid van je praktijk, of bereikbaarheid, heb je wel een spoedlijn, hoe lang moeten mensen wachten, heb je een receptenlijn, dat zijn wel dingen, dat heeft wel te maken met maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.”*

Ook manifesteert het zich in de individuele arts-patiënt relatie:

C<sub>54</sub> (praktiserend huisarts, vrouw): *“Misschien is het ook wel een tijdje geweest van dat je dan vooral moest vragen*

*van 'nou, wat u er zelf van gedacht?'. Aan de andere kant vind ik dat nog steeds wel een heel relevante vraag en dat hoort gewoon bij het onderhandelingsproces.”*

Hieruit valt op te maken dat de naar voren gekomen onderhandeling zowel op institutioneel niveau als in de arts-patiënt relatie, ook een manifestatie van professionalisering kan zijn. In de onderhandeling in de arts-patiënt relatie spelen macht, vertrouwen en wederkerigheid eveneens mee. De manifestatie daarvan, komt naar voren in het volgende citaat, die aangeven dat de arts-patiënt relatie een afhankelijkheidsrelatie is:

C<sub>55</sub> (geen arts, man): *“... in de individuele arts-patiënt relatie is niet zoveel van invloed. Dan is er sprake van een afhankelijkheidsrelatie, en je bent daar met iets anders bezig dan, wanneer je als patiëntenorganisatie aan tafel zit.”*

STURING, FINANCIERING, MACHT EN INVLOED Tenslotte komen de begrippen macht en invloed en de kenmerken van het sturingsmodel van de zorgsector aan de orde. Ook die begrippen manifesteren zich in het kader van veranderende werkwijzen van de medische beroepsgroep. Eén van de respondenten hierover:

C<sub>56</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Er is een machtsstrijd wie het voor het zeggen heeft: de beroepsgroep of de inspectie.”*

Dit citaat suggereert een spanningsveld tussen professionele sturing door beroepsgroep en invloed van de maatschappij. In een vakgebied waarin sterke informatieasymmetrie tussen aanbieder en vrager bestaat, is het moeilijk om de patiënt (de vrager) het voor marktwerking noodzakelijke oordeel over de kwaliteit van het aanbod te kunnen laten maken. Hiervoor is bepaalde regulering vereist, zoals inspectie of de zorgverzekeraars. Deze instanties moeten in staat zijn de benodigde kennis voor kwaliteitsbeoordeling te vergaren en in te zetten (zie hoofdstuk 2). In onderstaand citaat worden de activiteiten

van de inspectie in verband gebracht met de vraag om transparantie:

C<sub>57</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Wat minister Klink en zijn inspectie doet, is een gevolg van de transparantie-vraag.”*

Voorgaande kan bovendien gezien worden in het licht van de definitie van professionalisering (zie hoofdstuk 2). Dat er over machtsstrijd wordt gesproken, illustreert dan ook dit proces. Uit het feit dat gesproken wordt over de transparantievraag vanuit de patiëntenhoek, waarvan bekend is dat deze relatief recent is (zie hoofdstuk 2), valt op te maken dat momenteel een verdediging van de machtspositie plaatsvindt.

### III VERANDERENDE OPLEIDINGEN

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag welke maatschappelijke ontwikkelingen doorsijpelen in veranderingen in opleidingen. Er is onderscheid te maken in veranderingen in de opleidingen voorafgaand aan de modernisering en veranderingen die verband houden met de modernisering zelf. Veranderingen voorafgaand aan de modernisering zijn ingegeven door invloeden die continu voortgaan en veranderen. Het accent ligt echter op veranderingen tijdens de modernisering. Er is gekeken naar inhoudelijke veranderingen en onderwijskundige veranderingen. Bij inhoudelijke veranderingen is zowel gekeken naar medisch technische veranderingen als naar veranderingen op niet medisch technisch vlak. Het accent ligt op de niet medisch technische veranderingen.

#### III.1 VOORAFGAAND AAN DE MODERNISERING – CONTINUE INVLOEDEN

In deze paragraaf komen de veranderingen in de medische vervolgopleiding aan de orde die van belang zijn als opmaat naar de modernisering van de opleiding. Daarbij is onderscheid gemaakt in inhoudelijke veranderingen en onderwijskundige veranderingen. Zowel bij inhoudelijke als onderwijskundige veranderingen wordt ingegaan op (1) wat er veranderd is en (2) hoe veranderingen tot stand ko-

men. De vraag hoe de veranderingen tot stand komen, wordt beschouwd in het licht van de theorie van hoofdstuk 2. Daartoe wordt uitgewerkt op welke manier de begrippen professionalisering, macht en invloed, sturing en financiering en onderhandeling zich manifesteren in het kader van opleidingsveranderingen.

INHOUDELIJKE VERANDERINGEN Deze paragraaf gaat over welke veranderingen in de thema's van opleidingen van belang zijn als opmaat naar de modernisering van de opleiding. De toenemende kennis en technologie spelen een rol bij veel veranderingen in opleidingen. In de verfijnde uitwerking van veranderingen die nu volgt, zal de rol van toenemende kennis en technologie worden uitgewerkt.

VERANDERINGEN DOOR VERANDERENDE WERKWIJZEN Het blijkt dat diepgaander specialisatie noopte tot meer aandacht voor communicatievaardigheden. De reden die daarvoor werd aangedragen, is dat meer specialisatie leidt tot meer overdrachtsmomenten (ketenzorg). Voor een goede overdracht, zo werd steeds verondersteld door de respondenten, is goede communicatie noodzakelijk.

De tweede verandering die naar voren kwam, is dat omdat de gezondheidszorg steeds meer kan, de opvatting over gezondheid en de verwachtingen ten aanzien van de gezondheidszorg veranderen. Dit uit zich in het volgende citaat.

C<sub>58</sub> (geen arts, man): *“Het heeft natuurlijk ook te maken met wat voor aandacht er in de samenleving is voor gezondheidszorg, (...), dan zie je daar emancipatie van de beroepsgroep ontstaan, je ziet meer programma's op TV. Ons beeld van gezondheid: je mag bijna niet ziek zijn!”*

Daaruit valt op te maken, dat ook het geven van informatie vanuit de gezondheidszorg, er kennelijk toe bijdraagt, dat ziek zijn niet meer mag en verholpen kan of zou moeten worden door alles wat de sector kan. Dat de geneeskunde meer kan draagt uiteindelijk dan ook bij aan twee verande-

ringen in de opleiding. Dat is ten eerste de aanpassing en uitbreiding van de medische kennisoverdracht. Ten tweede is dat de toename in aandacht voor niet-medisch-technische aspecten. Daarin varieerden specialismen. Chirurgie blijkt een vak dat relatief vroeg aandacht besteedde aan communicatievaardigheden. In onderstaand citaat wordt dat duidelijk:

C<sub>59</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“(...) door met studenten en aios te praten over je eigen ervaring, als coach, en ook tegen hun te zeggen ‘wat heb je nou beleefd de afgelopen week’, (...). Destijds hebben we dit ingevoerd bij de vereniging voor Heelkunde, in de ‘90 ‘er jaren, toen heb ik dit ingevoerd bij een landelijk cursus voor aios,”*

Citaat 59 suggereert dat veranderingen in de opleiding vóór de modernisering voornamelijk een aangelegenheid zijn van de wetenschappelijke verenigingen.

VERANDERINGEN DOOR VERANDERINGEN IN DE BEROEPSGROEP Er kwam nog een vergelijkbare uitwerking van maatschappelijke ontwikkelingen in opleidingsvernieuwing naar voren. Deze houdt in, dat door kortere werktijden meer mensen met dezelfde zorgprocessen of dezelfde patiënt bezig zijn, zodat óók om deze reden meer overdrachtsmomenten plaatsvinden. Net als bij toenemende specialisatie, is daardoor de behoefte aan goede communicatie en samenwerking gestegen. Ook is specifiek de instroom van meer vrouwen als oorzaak voor de kortere werktijden genoemd. Bovendien is aangegeven, dat met de instroom van vrouwen een meer feminiene cultuur ontstaat en die zou ‘andere’ communicatie in zich hebben. ‘Andere’ communicatie zou in dit geval inhouden: meer patiëntgericht.

VERANDERINGEN DOOR DE INVLOED VAN PATIËNTENBEWEGINGEN Ervaringen van de beroepsgroep zelf vormen één onderdeel van deze resultaten, maar er is ook gekeken naar ervaringen mét de beroepsgroep zoals die vanuit de hoek van de patiëntenbeweging zijn opgemerkt. Eén van de respondenten die hierover is geïnterviewd, gaf aan dat de beroepsgroep vaak gesloten reageert als er wordt gevraagd

om openheid en toenemende aandacht voor communicatieonderwijs. In eerste instantie werd daarbij positief gereageerd, maar als meer informatie nodig is, bijvoorbeeld door onderzoek, blijkt uiteindelijk toch geringe openheid en matige veranderbereidheid te worden ervaren.

C<sub>60</sub> (geen arts, man): *“Het was voor mij soms onmogelijk informatie te krijgen, omdat ik geen dokter ben, (...), maar als het erop aankwam ging de deur toch dicht en zeiden ze ‘je krijgt geen...’. Latijn dekt Latijn, zei ik altijd.”*

In citaten van meerdere respondenten komt naar voren, dat de invloed van de patiënt op de beroepsgroep via invloed op de opleidingen er wel is, maar tamelijk indirect is. De volgende citaten illustreren dit:

C<sub>61</sub> (arts, man): *“De patiënt heeft niet invloed op opleidingen, niet direct, wel indirect.”*

C<sub>62</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Er is invloed op de basisopleiding via de Raamplancommissie, door twee vertegenwoordigers van de patiëntenbeweging in die commissie. Op de vervolgopleiding hebben patiënten invloed, doordat zij worden gevraagd naar hun oordeel in de evaluatie van opleidingen. Bij beide opleidingen heeft de patiënt dus invloed. Die invloed is ook toegenomen. Het zijn mensen die weten waar ze over praten, hoogopgeleid, geen schreeuwers, maar slimme onderhandelaars.”*

HOE VERANDERINGEN IN OPLEIDINGEN VOORAFGAAND AAN DE MODERNISERING TOT STAND KOMEN

In de vorige paragraaf werd duidelijk welke veranderingen er spelen. In deze paragraaf komt aan bod, op welke manier opleidingen veranderden. Aan de hand van de theoretische concepten die dit onderzoek gebruikt om te kijken naar veranderingen in opleidingen, wordt duidelijk gemaakt hoe de veranderingen tot stand komen. Die theoretische concepten zijn (1) professionalisering, (2) macht en invloed, (3) onderhandeling en (4) de kenmerken van het sturingsmodel van de medische sector. In de komende alinea's worden

die processen nader uitgewerkt in de context van opleidingsveranderingen voorafgaand aan de modernisering.

**PROFESSIONALISERING** De behoefte van een professionele beroepsgroep om de collectieve machtspositie te behouden en te verdedigen (zie hoofdstuk 2), komt in het volgende citaat aan de orde:

C<sub>63</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Ik was altijd verontwaardigd dat alles aan krachten van buiten werd toe geschreven, terwijl de interne metamorfose er ook wel degelijk was”.*

Dit citaat maakt duidelijk dat het proces van professionalisering wordt ervaren, omdat in de beroepsgroep de ervaring leeft dat initiatieven tot veranderingen met het beheersen van de collectieve machtspositie als achterliggend doel juist ook door de beroepsgroep zélf werden genomen.

Ook speelt het vergaren en actueel houden van kennis een rol bij professionalisering in het kader van opleidingsvernieuwing. Dit is net als professionalisering in het kader van veranderingen in werkwijzen van belang voor het verdedigen van de machtspositie. Het vergaren van kennis, helpt namelijk de superioriteit ten opzichte van andere beroepsgroepen in stand te houden. In het volgende citaat wordt het belang dat de beroepsgroep hecht aan kennis duidelijk gemaakt:

C<sub>64</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Zorginstellingen hebben bovendien belang bij veel opleiden, zodat ze de top eruit kunnen vissen voor onderzoek.”*

Dit suggereert dat de beroepsgroep kennisvergaring in het kader van behoud van een machtspositie belangrijk vindt. Uit het citaat valt namelijk af te leiden, dat kennis (onderzoek) kennelijk niet alleen voor patiënten van belang is om beter te worden, maar ook voor zorginstellingen en de beroepsbeoefenaren. Dit is sociale institutionalisering.

Tenslotte speelt ook socialisering, een deelproces van professionalisering, een rol. Socialisering in het kader van veranderende werkwijzen manifesteert zich in de vorm van het leren op de werkvloer. Daar worden beroepsdefinities overgebracht op de nieuwelingen. Sommige nieuwelingen gaven daarbij aan het idee te hebben, dat het anders zou moeten dan hun leermeesters tot dan toe deden. Een uiting daarvan is het volgende citaat:

C<sub>65</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Wij hadden wel het gevoel dat er iets moest veranderen. Dat was heel duidelijk.”*

Bovendien heeft socialisering een vertragend effect op veranderingen. Omdat de beroepsgroep nieuwelingen de definities van beroepsactiviteiten overdraagt, kunnen veranderingen in de eerste jaren van de basisopleiding soms moeilijk in de latere praktijk en vervolopleiding onderwezen worden. Immers, de supervisors kennen zelf het nieuwe metier niet. Dit kan leiden tot het overdragen van definities van beroepsactiviteiten die anders zijn dan de student in de nieuwe basisopleiding heeft geleerd.

C<sub>66</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“je introduceert een opleidings situatie waarin die dokter plotseling over de aios moet zeggen of het wel een goede communicator is. Ja, hoe moet hij dat nu weten?”*

Dit impliceert dat veranderingen pas volledig doorsijpelen, als de beroepsgroep deze geheel geïnternaliseerd heeft.

**MACHT EN INVLOED** De rol van macht en invloed in het kader van veranderingen voorafgaande aan de modernisering blijkt betrekking te hebben op de numerus fixus voor de instroom in de medische vervolopleidingen en de vraag hoe groot de invloed van de maatschappij bij monde van de politiek en inspectie nu eigenlijk moet zijn, ten koste van de professionele sturing.

Het gehanteerde argument voor numerus fixus voor de opleidingsinstroom is dat schaarste nodig is, om te zorgen



dat artsen niet hun eigen werk creëren. Tegelijkertijd wordt veel gehoord dat de beroepsgroep de numerus fixus in stand houdt voor het behoud van haar machtspositie (zie hoofdstuk 2). In dit onderzoek kwam bovendien naar voren, dat instroom zonder numerus fixus in staat zou zijn meer opleidingstijd te realiseren. Dit zou echter ten koste gaan van de inkomenspositie van gevestigde artsen. Die rol van de numerus fixus is vervat in onderstaand citaat:

C<sub>67</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Er speelt een capaciteitsprobleem: de beroepsgroep wil een numerus fixus, om zo schaarste in stand te houden, waarmee dus het eigen inkomen wordt zeker gesteld. In die omstandigheid komen basisartsen niet aan een plek..”*

Naast de rol van de numerus fixus in termen van inkomen, speelt zoals gezegd ook kwaliteit van de zorg mee. De veronderstelling is, dat als de numerus fixus zou worden losgelaten, de instroom van echt gemotiveerde en goede mensen niet langer geblokkeerd wordt door de kans op uitloting.

C<sub>68</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Het besluit tot een numerus fixus beïnvloedt de keuzes die middelbare scholieren maken. Iemand kan denken, laat ik maar mee loten, word ik ingeloot dan heb ik geluk en anders zie ik wel. Zo mis je een groep die zeer gemotiveerd is maar keer op keer wordt uitgeloot.”*

Bovendien zou het in het belang van zorginstellingen zijn de numerus fixus te laten vervallen, zoals onderstaand citaat suggereert:

C<sub>69</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Zorginstellingen hebben bovendien belang bij veel opleiden, zodat ze de top eruit kunnen vissen voor onderzoek.”*

Ten aanzien van invloed om tot veranderingen te komen, komt bovendien naar voren dat het belangrijk is, als dezelfde personen op meerdere posities macht hebben en er continuïteit zit in wat wordt verkondigd. Zo kan steeds en in meerdere organen in dezelfde richting worden beslist.

C<sub>70</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Sommige mensen zitten in meerdere gremia / instituten. Ik ben er zo eentje. Ik zit hier, in de beroepsgroep ben ik actief. Zo kun je op al die plaatsen hetzelfde verkondigen en besluiten.”*

**ONDERHANDELING** Onderhandeling speelt vooral langs formele weg een rol bij opleidingsveranderingen. De mate waarin patiëntenbewegingen invloed hebben op opleidingsveranderingen wordt als nihil of zeer gering bestempeld. De wel gesignaleerde invloed werd bestempeld als indirect, of op basis van sensitiviteit van een individuele arts hiervoor. De formeel geregelde invloed verloopt voor wat betreft de basisopleiding via de deskundigen in de Raamplancommissie. Deze deskundigen hebben oog voor het belang van patiënten. Voor specialistenopleidingen heeft geen enkele respondent directe invloed van de patiëntenbewegingen kunnen aanduiden. De invloed van patiëntenbewegingen in termen van onderhandeling kwam in dit onderzoek naar voren in de citaten uit kader 8.

C<sub>71</sub> (praktiserend arts, man): *“(…) als je mij zegt, is de patiëntenvereniging voor diabetes of nierziekten, hebben die invloed op de opleiding van de internist, dan is het antwoord gewoon nee, dat is niet zo.”*

C<sub>72</sub> (niet praktiserend arts, man): *“Het standpunt van de patiëntenbeweging heeft zich vooral zodanig ontwikkeld, dat voorlichting belangrijk wordt gevonden en dat ook vanuit die hoek de transparantievraag wordt gesteld.”*

C<sub>73</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“En het is wel zo dat artsen nogal gevoelig zijn voor die patiëntenorganisaties. Ze krijgen natuurlijk ook vaak goedgebekte mensen die per ongeluk in een bepaalde categorie van ziekte terecht gekomen zijn, daar wordt dus een patiëntenbehandelingsgroep voor gevormd en die zullen wel eens even zeggen hoe de artsen het moeten doen. En dat wekt nogal wat weerstand, dat zou nu misschien wel eens anders kunnen zijn.”*

**Kader 8** Citaten waarin de invloed van patiëntenbewegingen op de beroepsgroep naar voren komt

Eén respondent (geen arts) gaf aan dat de invloed van patiëntenbewegingen daarenboven ook indirect verloopt, doordat zij om openheid vragen. Deze manifestaties van het begrip onderhandeling blijken uit de volgende citaten:

C<sub>74</sub> (geen arts, man): *“Ik heb als verpleegkundige in de psychiatrie gewerkt. Daar was het verboden dat patiënten hun eigen dossier in mochten zien. Ik heb ook de wisseling meegemaakt, dat er werd gezegd dit stukje mogen ze wel zien dan dat niet. Dus wat de psychiater op had geschreven mochten ze niet zien, wat de verpleegkundige schreef wel. Dan wisten ze toch genoeg!”*

C<sub>75</sub> (geen arts, man): *“Je ziet gewoon dat het (in de patiëntenbeweging, aut.) gaat om ‘ik wil dat de organisatie van zorg beter gaat, ik wil dat de bejegening beter gaat, ik wil dat er meer tijd aan mij besteed wordt, ik wil dat ze mijn ervaringsdeskundigheid serieus nemen en me niet in een afhankelijkheidsrol plaatsen’. Dat heeft zondermeer z’n weerslag gehad op opleiding. Het beetje dat ik heb meegemaakt bij de geneeskunde studie hier als tutor, is dat inderdaad gesprekstechnieken versterkt zijn, maar ook de inhoud van een aantal algemene colleges sterk gewijzigd is.”*

Uit voorgaande, blijkt, dat onderhandelingsprocessen in de arts-patiënt relatie, vooral langs formele weg invloed hebben op de medische vervolgoledingen, hoewel die invloed als tamelijk gering en indirect wordt getypeerd.

**STURING EN FINANCIERING** De verandering naar meer marktwerking en informatiebeschikbaarheid in een vorm die patiënten in staat stelt te beoordelen en te kiezen, komt in de interviews naar voren. De respondenten geven aan die verandering te hebben ervaren. In hoofdstuk 2 kwam dit als voorwaarde naar voren, om marktwerking in een situatie van informatieasymmetrische relaties, te laten functioneren. Onderstaand citaat illustreert dat:

C<sub>76</sub> (niet praktiserend arts, man): *“De patiënten zijn mondiger geworden en vragen om meer verantwoording, willen*

*ook meer kijken naar kwaliteit van dokters, willen dat kunnen vergelijken met alle haken en ogen van dien, de politiek vraagt dat, het is de beweging tot meer marktwerking in de zorg.”*

Hieruit valt af te leiden, dat marktwerking ook door de beroepsgroep in verband wordt gebracht met het moeten geven van meer openheid. In hoofdstuk 2 kwam naar voren, dat het formuleren van competenties een manier is om openheid aan de buitenwereld te geven. Zo wordt duidelijk dat langs die weg de sturing en financiering van de sector invloed heeft op de opleidingen. Het kan daarbij zowel om inhoudelijke als onderwijskundige veranderingen gaan.

#### ONDERWIJSKUNDIGE VERANDERINGEN

In het onderzoek is kort gekeken naar onderwijskundige veranderingen de opleidingen ondergingen vóór de modernisering. Daaruit kwam naar voren dat veranderingen optraden in colleges (basisopleiding). Dat komt naar voren in onderstaande citaat.

C<sub>77</sub> (geen arts, man): *“De aandacht voor gesprekstechnieken is versterkt, maar ook de inhoud van een aantal algemene colleges. Het meest pregnante vond ik, ik weet niet of dat nu nog zo is, dat elke maandag het college begon met iemand die een chronische aandoening had en vertelde hoe zijn of haar leven eruit zag. En dat daarop gereflecteerd werd door de docent. Dat is natuurlijk sterk gewijzigd in de opleiding.”*

Er zijn in dit onderzoek geen onderwijskundige veranderingen in de vervolgoledingen naar voren gekomen.

#### III.2 VERANDERINGEN TIJDENS DE MODERNISERING

In deze paragraaf komen de veranderingen in de medische vervolgoleding aan de orde, die spelen tijdens en rond de besluitvorming tot de modernisering van de vervolgoleding. Daarbij is onderscheid gemaakt in inhoudelijke veranderingen en onderwijskundige veranderingen. Net als voorafgaand aan de modernisering, zal ook voor de periode

van de modernisering gekeken worden naar hoe de begrippen professionalisering, macht en invloed, sturing en financiering en onderhandeling zich manifesteren.

#### INHOUDELIJKE VERANDERINGEN

DOOR VERANDERINGEN IN WERKWIJZEN Toenemende aandacht voor niet-medische vaardigheden blijkt de voornaamste inhoudelijke veranderingen te zijn, die op zichzelf samenhangt met opleidingsvernieuwing. Medisch technische veranderingen sijpelen net als vóór de modernisering ook tijdens de modernisering door in de opleidingen. Het werken met de competentiegebieden CanMEDS levert meer (gestructureerde) aandacht op voor die niet-medische aspecten. Er is genoemd, dat de grootste activiteit van de beroepsgroep die in relatie te brengen valt met maatschappelijke ontwikkelingen, de aanvaarding van het competentiegerichte opleiden met het CanMEDS model is geweest.

C<sub>78</sub> (praktiserend arts, man): *“Fundamenteel was de keuze voor CanMEDS, waarbij het professioneel handelen, de chirurg en het chirurgenhandelen, de huisarts en het huisartshandelen, ingebed werd in een aantal andere competentievelden, die heel nadrukkelijk gedefinieerd aandacht verdienen in de opleiding. Niet alleen aandacht, maar benoeming en toetsing. Het laatste is denk ik van heel groot belang. Het is niet iets wat je vrijblijvend moet leren, en dat waren dan metname dingen als communicatieve vaardigheden, maar ook de invulling van de professionaliteit, van de researcher.”*

DOOR VERANDERINGEN IN DE BEROEPSGROEP De toenemende aandacht voor niet medisch technische competenties komt ook in het volgende citaat aan de orde. Daarin noemt een respondent een stimulerende factor voor het aandacht krijgen voor communicatievaardigheden in de opleiding.

C<sub>79</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Het opkomen van niet-medische specialismen binnen de opleiding, psycholo-*

*gen, dat soort mensen, die zich dus met communicatie bezighielden.”*

De toenemende aandacht voor niet medische aspecten wordt ook geïllustreerd door het volgende:

C<sub>80</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Ik herinner me een voorbeeld dat er een keer een internist kwam met een lijstje met de kosten van antibiotica. Ik wil dat helemaal niet weten! Dat illustreert dat specialisten zich bezighouden met ‘de hogere geneeskunde’, dat kosten, communicatie....dat was secundair.”*

#### ONDERWIJSKUNDIGE VERANDERINGEN

In deze paragraaf komt aan bod welke veranderingen de opleidingsvernieuwing inhield. Dat gebeurt aan de hand van het theoretische perspectief van maatschappelijk appèl. In de eerste plaats komt aan bod welke veranderingen relevant zijn in dat opzicht in de tweede plaats wordt de relatie met de theorie gelegd.

VERANDERINGEN DOOR VERANDERINGEN IN DE BEROEPSGROEP Het bleek, dat de voornaamste verandering die genoemd werd, de overgang van leren in een meester/gezel verhouding, naar een competentiegerichte benadering is. Wel werd daarbij de kanttekening geplaatst, dat in de vervolgoopleidingen een vertraagd effect van veranderingen optreedt. Bovendien zijn de opvattingen over toetsing veranderd, zoals blijkt uit het werken met KKB's / KPB's (korte klinische beoordelingen / korte praktijkbeoordelingen). De onderwijskundige verandering naar competentiegerichtheid wordt in onderstaand citaat duidelijk.

C<sub>81</sub> (praktiserend arts, man): *“twee dingen waar ik enorm veel waarde aan gehecht hebt, nou, het eerste was überhaupt het vastleggen van dat nieuwe competentiegerichte opleiden in die zeven deelgebieden in het kaderbesluit en ook de consequenties daarvan voor het toetsen en structureren”.*

De verandering naar competentiegerichtheid blijkt door de beroepsgroep deels te worden toegeschreven aan verande-

ringen door toedoen van de beroepsgroep zelf. Dit komt naar voren in het volgende citaat over de modernisering:

C<sub>82</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Particulier initiatief is altijd beter dan wanneer het van bovenaf opgelegd wordt. Dus in zeker opzicht was het bottom-up.”*

In samenhang met veranderingen voorafgaand aan de modernisering valt hieruit af te leiden, dat veranderingen in de beroepsgroep een effect hebben op de onderwijskundige opvattingen. Door de instroom in de beroepsgroep van een generatie die zelf uit de emancipatiegolf stamde, veranderden de opvattingen over het onderwijs zodanig, dat het thema bejegening meer aandacht kreeg. Dat heeft gevolgen voor de opleiding, zoals blijkt uit het besluit tot de modernisering (zie citaat C<sub>81</sub>).

#### HOE VERANDERINGEN TIJDENS DE MODERNISERING TOT STAND KOMEN

In de vorige paragraaf werd duidelijk welke veranderingen er spelen. In deze paragraaf komt aan bod, hoe die veranderingen tot stand komen. De theoretische concepten die dit onderzoek gebruikt om te kijken naar veranderingen in opleidingen zijn (1) professionalisering, (2) macht en invloed, (3) onderhandeling en (4) de kenmerken van het sturingsmodel van de medische sector. Aan de hand van deze processen wordt gekeken hoe veranderingen tot stand komen. In de komende alinea's worden die processen nader uitgewerkt in de context van opleidingsveranderingen rond de modernisering.

PROFESSIONALISERING. Professionalisering manifesteert zich tijdens de modernisering als volgt. Met behulp van de theorie uit hoofdstuk 2 kan een motief voor de invoering van competentiegericht opleiden worden afgeleid. In hoofdstuk 2 bleek, dat het inzichtelijk hebben van waar een vak voor staat middels het beschrijven van opleidingen, bijdraagt aan transparantie over het vak. De citaten C<sub>34</sub>, C<sub>35</sub>, C<sub>39</sub> en C<sub>43</sub> maken tezamen duidelijk hoe arbeidstijdenwetge-

ving, toenemende instroom van vrouwen en meer specialisatie tot toename van overdrachtsmomenten heeft geleid. Bovendien wordt daarmee geïllustreerd, dat er toenemende aandacht kwam voor niet-medische aspecten van het vak.

Het komt naar voren, dat de invoering van CanMEDS blijkt te worden ervaren als een middel om het handelen van de beroepsgroep te legitimeren. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende citaten:

C<sub>83</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Dus dit is een onderneming, waarvan iedereen zegt dat het goed is, maar het ontbreekt aan evidence. We weten nog steeds of we daarmee de patiënten beter beter maken.”*

C<sub>84</sub> (praktiserend arts, man): *“Er is op dit gebied toch vrij schaars evidence based medicine, dus wil je iets goed gedingen in elkaar zetten, dan kun je maar beter aansluiten bij een ontwikkeling waar al het nodig mee gewerkt was, waar al ervaring mee is opgedaan, dan dat je zelf iets heel nieuws en iets heel slims ging doen.”*

C<sub>85</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Maar nu komen de eerste berichten dat men het hele CanMEDS systeem op de helling zet, ja, dat is natuurlijk heel vervelend; (...) dan beginnen de mensen die kritiek hebben ‘nou, zie je wel, daar hadden we nooit aan moeten beginnen.’”*

Uit deze citaten, valt bovendien op te maken dat de steun voor de verandering binnen de beroepsgroep een voorwaarde is voor het welslagen ervan.

Het derde en laatste deelproces van professionalisering is socialisering. Een probleem dat hierbij naar voren kwam is de generatie-kloof. Dat wil zeggen, dat mensen door de oude garde worden opgeleid, maar dat daarbij oude beroepsdefinities worden overgedragen.

C<sub>86</sub> (geen arts, man): *“Dokters (...), dat is een meester-gezel relatie. Wat wij wel zagen is dat aardige jongens en*

*meisjes in de eerste jaren van de opleiding, soms vervelend werden en raar gingen doen naar patiënten - raar in de zin van wat heb je nou in de eerste vier jaar geleerd in de bejegening, omgaan en waarom doe je nu zo hufterig, koel afstandelijk. Dat heeft denk ik te maken dat ze te maken krijgen met wat oudere leermeester die zeggen van, je bent nu gewoon dokter en je moet even de boel onderzoeken....ik denk dat daar een effect zit."*

Uit bovenstaande citaat, valt af te leiden dat een jongere generatie bepaalde thema's kennelijk anders leert in de basisopleiding, dan de oudere generatie. Het volgende citaat verduidelijkt dat:

C<sub>87</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"Toen dat Can-MEDS kwam, rond 2000, is er wel een enorme discussie over gang gekomen. Dat ging over de grote kloof die er was tussen de initiële opleiding tot arts en de vervolgopleiding tot specialist."*

Dat duidt op een discrepantie tussen onderwijskundige opvattingen in de basisopleiding en die in de praktijk van de vervolgopleidingen.

**MACHT EN INVLOED** In het kader van professionalisering is duidelijk geworden, dat de modernisering ondermeer wordt ervaren als een middel om het handelen van de beroepsgroep te legitimeren. Daarnaast kwam ook naar voren, dat macht en invloed zich manifesteren rond de invoering van de modernisering. Een illustratie daarvan biedt het volgende citaat:

C<sub>88</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"Het is kuddegedrag, het hoort zo, het is opgelegd, het is wet en één van de dingen is dat als je er niet aan houdt, dat je opleiding niet wordt goedgekeurd."*

Hieruit valt af te leiden, dat er ruilprocessen plaatsvinden. Dat dit zich manifesteert in het kader van verandering van

onderwijskundige opvattingen rond de modernisering, suggereert het volgende citaat:

C<sub>89</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *"Als wij het niet op die manier doen, dan moet het van de regering."*

Daaruit valt af te leiden dat de ruil eruit bestaat dat de beroepsgroep een zekere autonomie behoudt in het zelf reguleren in ruil voor het ter hand nemen van de modernisering. Daarachter lijkt de gedachte schuil te gaan, dat als de beroepsgroep de modernisering niet ter hand zou nemen, deze vanuit de politiek - de regering zoals in het citaat staat – middels drang of dwang zou worden nagestreefd.

**STURING EN FINANCIERING** Geldelijke kwesties spelen een randvoorwaardelijke rol in het welslagen van opleidingsvernieuwing. Hiervoor zijn in dit onderzoek de volgende aanknopingspunten naar voren gekomen: toenemende behandeltijd en toenemende opleidingstijd / inspanningen. Meer communiceren met patiënten leidt tot een langere behandeltijd, waarvan het de vraag is wie dat financiert. Bovendien impliceert meer aandacht voor communicatie in de opleidingen, dat meer tijd van een supervisor in het begeleiden zou moeten gaan zitten. Dit illustreren de volgende citaten:

C<sub>90</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *Ja, dus, roepen de dokters dan: en wie gaat dat betalen?*

C<sub>91</sub> (praktiserend arts, man): *"Voor de algemene opleidingsziekenhuizen, (...), moest die opleidingsplaats bekostigd worden uit de resultaten van de onderhandelingen met de ziektekostenverzekeraars. Wat natuurlijk in dat plaatje van marktwerking heel slecht uitkwam, want het betekent per definitie dat je product hier duurder was, dan in ziekenhuizen zonder opleiding."*

Voorgaande citaten maken duidelijk dat het feit dat opleiden geld en capaciteit kost, een motief is, tegen opleidingsveranderingen die meer inspanningen en daarmee meer

tijd vergen. Hoewel een aios produceert, moet hij ook gesuperviseerd worden. Meer opleidingsinspanningen, impliceert dat zowel aios als superviserende specialist op dat moment geen zorg kunnen leveren, waar een vergoeding tegenover staat. Er werd ook aangegeven dat angst voor inkomensdaling als gevolg van opleidingsvernieuwing een tegenargument is. De volgende citaten maken dat duidelijk:

C<sub>92</sub> (geen arts, man): *“Je moet altijd, (...) zodra dokters zeggen dat iets niet kan, (...) altijd als extra hypothese hebben: gaat het hier ook nog om geld?”*

C<sub>93</sub> (niet meer praktiserend arts, man): *“Als je gewend bent om elke 5 minuten een nieuwe patiënt te hebben en je moet plotseling meer communiceren, dan moet je hele praktijkvoering veranderen. Dat is niet mis hoor. Want die praktijkvoering heeft met geld te maken en dat levert dus veel weerstand op.”*

Achterliggend mechanisme dat daarbij naar voren kwam, is dat de numerus fixus een zekere hoeveelheid werk per arts zekerstelt en dat een openstelling van de opleiding tot concurrentie en onzekerheid zou leiden. Ook is in dit kader genoemd, dat de strijd tussen de opleidingswerkzaamheden en productietaken van de aios eveneens meespeelt. Het mechanisme dat hieraan ten grondslag ligt is dat wanneer aios meer opleidingswerkzaamheden moeten doen, er meer geld nodig is voor de normale productie van de afdeling, omdat daarvoor dan specialisten – die duurder zijn dan een aios - zouden moeten worden ingezet. Als laatste motief tegen modernisering, is genoemd dat sommige opleidingsvernieuwing en toenemende aandacht voor communicatievaardigheden onzin vinden. Dat komt naar voren in de volgende citaten:

C<sub>94</sub> (praktiserend arts, man): *“Elke achterblijver heeft altijd wel een beetje gelijk, dat elke nieuwigheid niet altijd een verbetering is (...)”*

C<sub>95</sub> (niet meer praktiserend arts, man) over communicatie-onderwijs: *“Ik wil dat helemaal niet weten!”*

Hieruit valt af te leiden, dat geringe veranderbereidheid veranderingen in de opleiding belemmert.

ONDERHANDELING Onderhandeling over (1) veranderbereidheid en (2) de financiële ruimte om anders opleiden te betalen bepaalt de sterkte van het belemmerende effect. Onderhandeling over veranderbereidheid speelt zich af binnen de beroepsgroep, maar kan ook in het kader van professionalisering (legitimering) worden gezien. Daaruit blijkt namelijk, dat de onderhandeling bestaat uit discussies tussen voor- en tegenstanders van de modernisering. Op die manier heeft onderhandeling invloed op de voortgang van de modernisering. Het volgende citaat illustreert dat vertragende verschijnsel:

C<sub>96</sub> (praktiserend arts, man): *“Want op het moment dat je niet meer een draagvlak hebt, dachten wij dat het verloren was. Nou, je krijgt natuurlijk nooit helemaal consensus, soms moet je wel eens wat erdoorheen dringen en dwingen, maar als je vergeet dat je voor de grote lijn toch steun en consensus nodig hebt, dan kom je verkeerd uit. Dus daar hebben we veel tijd in gestoken, daarom is dat proces ook wat trager geweest dan misschien technisch in de uitvoering had gekund.”*

Naast veranderbereidheid is er nog manier waarop onderhandeling zich manifesteert in het kader van opleidingsvernieuwing. Dat is onderhandeling over financiering. De rol van financiën bij de modernisering, is dat financiën de ruimte voor opleiden mede bepalen. Het volgende citaat maakt de rol van onderhandeling duidelijk:

C<sub>97</sub> (praktiserend arts, man): *“Die opleidingsplaats moest bekostigd worden uit de resultaten van de onderhandelingen met de ziektekostenverzekeraars. Wat dat nou natuurlijk in dat plaatje van marktwerking heel slecht uitkwam, Want het betekent per definitie dat je product hier duurder was, dan in ziekenhuizen zonder opleiding.”*

Uit dit citaat valt af te leiden, dat net als bij veranderingen voorafgaand aan de modernisering er ook tijdens de mo-

dernisering een capaciteitsprobleem is. Anders opleiden, met meer tijd voor bijvoorbeeld communicatie en supervisie impliceert dat er meer geld moet komen. Ook in dat opzicht speelt onderhandeling dus een rol bij het realiseren onderwijskundige veranderingen.

**KANTTEKENINGEN** Bij de omvang van onderwijsvernieuwing zijn enkele kanttekeningen geplaatst door de respondenten. Deze gaan over de vraag of er daadwerkelijk zoveel veranderd zou zijn in de opleidingen onder invloed van maatschappelijk appèl (zie kader 9)

C<sub>98</sub> (geen arts, man): “(...)de vraag is of er zoveel veranderd is of dat het vooral anders is geformuleerd.”

C<sub>99</sub> (praktiserend arts, man): “We gingen het niet meer over vaardigheden hebben, maar over competenties, dat is voor een deel window-dressing geweest. Dat is één van de dingen zie mij na zoveel jaren ook tegen staat, het voortdurend wisselen van woordgebruik.”

**Kader 9** citaten waarin kanttekeningen ten aanzien van maatschappelijke veranderingen en opleidingsveranderingen worden geplaatst

Hieruit val af te leiden, dat ervaren is dat maatschappelijke veranderingen misschien meer aan woordgebruik veranderen, dan aan de inhoudelijke praktijk.

#### VARIATIES TUSSEN SPECIALISMEN BIJ DE MODERNISERING

In de gesprekken, bleek dat er verschillen bestaan in de voortgang van opleidingsvernieuwing tussen verschillende specialismen. In deze paragraaf komt aan de orde, welke verschillen er zijn in de reacties op het toenemend appèl op verantwoording en de toenemende aandacht voor competentiegericht opleiden. Daarbij wordt ingegaan op welke vakgebieden de voorlopers zijn en mogelijke verklaringen die de respondenten daarvoor konden aangeven.

In de eerste plaats bleek dat weinig respondenten achterblijvers konden noemen of bereid waren deze expliciet te benoemen.

C<sub>100</sub> (praktiserend arts, man): “Ik denk, de achterblijvers is niet zo belangrijk om te noemen. Dat geeft dan vooral aan wat ik vind dat achterblijvers zijn. Ik denk dat je veel objectiever kan zeggen hoeveel voorlopers er waren, wel, dat waren er twee. De kindergeneeskunde en de gynaecologie.”

Een tweede respondent hierover:

C<sub>101</sub> (niet praktiserend arts, man): “Het ene vak is ontvanke-lijker voor veranderingen dan het andere, er zit verschil in snijdende en beschouwende vakken. (...) Obstetrie / gynaecologie en kindergeneeskunde lopen voorop. Achterblijvers kan ik niet aanwijzen. Sommige hebben nog steeds geen plan ingediend, terwijl dat op 1 januari 2008 had ge- moeten.”

Over de oorzaak van het achterblijven, naast de veronderstelde ontvanke-lijkheden voor veranderingen, suggereerde deze respondent bovendien:

C<sub>102</sub> “Dit kan ermee te maken hebben dat zij de vraag te serieus opvatten en er zeer veel werk van maken, of door de ervaringen van vooroplopende vakken te betrekken in hun plan, en zo door voortschrijdend inzicht trachten een verbeterde uitwerking te realiseren.”

Eén respondent (man, niet praktiserend arts) noemde urologie en thoraxchirurgie als achterblijvers, beargumen- teerd met het feit dat deze ten tijde van het interview nog geen vernieuwd opleidingsplan hadden, terwijl dat op dat moment binnen 14 dagen af had moeten zijn. Als voorlopers werden gynaecologie en obstetrie genoemd, evenals de kindergeneeskunde. Ook werd gewezen op het belang van het ‘meegaan’ van heelkunde en interne geneeskun- de. Door één respondent (geen arts) werd tenslotte psy- chiatricie als voorloper aangeduid, vooral in het kader van openbaarheid van dossiers. Mogelijk verklaringen voor de- ze variaties komen nu per discipline aan de orde.

Voor wat betreft gynaecologie en obstetrie is toenemende specialisatie als mogelijke verklaring voor de voortvarendeheid in de opleidingsvernieuwing genoemd. Ten aanzien van kindergeneeskunde, is door één respondent een mogelijke verklaring aangegeven, namelijk, dat kindergeneeskundigen gewend zijn uitleg te moeten geven aan meer mensen dan alleen de patiënt, omdat die veelal te jong is om het zelf te begrijpen. Dit zou de aanleiding ertoe zijn, dat de kindergeneeskunde van huis uit veel aandacht voor communicatieve vaardigheden besteedt. De respondent die psychiatrie als voorloper aanduidde, noemde daarvoor als verklaring dat in de jaren '70 er in het algemeen meer roep om openheid over 'gestoorden' kwam.

### 3.2.5 SAMENVATTING

De probleemstelling van deze deelstudie is: *welke ontwikkelingen en mechanismen in termen van veranderende werkwijzen en opleidingen bepalen de reactie van de beroepsgroep op maatschappelijke ontwikkelingen?* In de nu volgende samenvatting volgt het antwoord op deze vraag, aan de hand van de deelvragen.

WELKE MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN ZIET DE BEROEPSGROEP ZELF ALS RELEVANT? De maatschappelijke ontwikkelingen die de beroepsgroep zelf als relevant aanduidt voor veranderingen in werkwijzen en opleidingen zijn de volgende:

1. Patiëntemancipatie. De beroepsgroep heeft ervaren dat de patiënt beter geïnformeerd is en meer informatie wil en daar bovendien makkelijker over praat. Dit wordt op institutioneel niveau mede vormgegeven, zoals uit het volgende punt zal blijken.
2. Toenemende wet- en regelgeving die kwaliteit en informatievoorziening regelt. De beroepsgroep geeft aan dat ook de invloed van zorgverzekeraars en de politiek is toegenomen als gevolg van patiëntemancipatie. De andere informatievrage en andere behoefte van kwaliteitsbeoordeling, hebben vorm gekregen in wet- en regelgeving. In de ogen van de beroepsgroep zijn vooral de WGBO, Wet BIG en de invoering van DBC's rele-

vante uitingen van patiëntemancipatie op institutioneel niveau.

3. Toenemende media-aandacht. Het komt naar voren, dat onderscheid gemaakt kan worden in media-aandacht geïnitieerd door de beroepsgroep en media-aandacht geïnitieerd vanuit patiëntenperspectief. Beide vormen zijn toegenomen in de ogen van de beroepsgroep. De eerste vorm heeft betrekking op het tonen van de mogelijkheden van medische stand. De tweede vorm is meer pluriform. Dit kan gaan om aandacht voor medische fouten, maar ook om de mogelijkheden te laten zien. Fictie in de vorm van soap of drama is daar eveneens een uiting van, maar ook dat stelt in toenemende mate de beroepsgroep in de aandacht.
4. Toenemende hoeveelheid klachten over bejegening. De beroepsgroep geeft aan dat een toenemend aantal klachten is terug te voeren op bejegening. Dat vormt een illustratie van een maatschappelijke ontwikkeling, in casu patiëntemancipatie. De klanttekening die hierbij moet worden gemaakt, is dat het aantal verrichtingen met een risico op een tuchtzaak sterker toeneemt dat het aantal tuchtzaken. Dat betekent, dat de klachten
5. Toenemende invloed van de patiëntenbeweging. De beroepsgroep geeft aan, dat de invloed van de patiëntenbeweging in algemene termen toeneemt. Dat wordt gezien als een relevante verandering voor opleidingen, maar op indirecte manier. Want ook komt naar voren, dat de invloed op opleidingen gering is. Voor de basisopleiding is de invloed groter dan voor de vervolgoopleiding. De invloed van de patiëntenweging wordt vooral ervaren langs politieke weg. En juist die weg, zo ervaart men, beïnvloedt opleidingen.
6. Specialisatie en arbeidsdeling. Tenslotte geeft de beroepsgroep aan dat toenemende kennis en meer overdrachtsmomenten van belang zijn voor veranderingen in werkwijzen en opleidingen. Dit heeft een directe invloed op veranderingen in werkwijzen en daarom wordt dit verder uitgewerkt bij de deelvraag over veranderende werkwijzen.



HOE REAGEERT DE MEDISCHE BEROEPSGROEP OP EEN TOENEMEND MAATSCHAPPELIJK APPËL? De reactie van de beroepsgroep heeft betrekking op veranderingen in werkwijzen en in opleidingen. De meest in het oog springende verandering in het kader van de modernisering van de vervolgoopleidingen is de invoering van het CanMEDS model.

Er kwamen vier veranderingen in werkwijzen naar voren, die voortvloeien uit maatschappelijk appèl. Dat is in de eerste plaats dat de beroepsgroep aangaf de noodzaak tot het geven van meer informatie te ervaren. De reden hiervoor blijkt zowel de vraag van de patiënt daarnaar te zijn als ook de behoefte van de beroepsgroep zelf om daarmee haar waarde in de samenleving aan te duiden. In de tweede plaats komt naar voren dat de beroepsgroep ervaren heeft dat de sturing van de beroepsgroep minder autonoom werd, maar meer van buitenaf gestalte kreeg. Dat uit zich ondermeer in het besluit tot modernisering en invoering van (elementen van) marktwerking. In de derde plaats bleek dat in de beroepsgroep een toenemend bewustzijn van het begrip professionaliteit ontstond, mede ingegeven door veranderende arbeidstijdenwetgeving. Doordat nieuwe wetgeving de lange werkdagen van aios heeft ingekort, ontstond ook het besef dat de oude situatie eigenlijk niet professioneel was. In de laatste plaats bleek nog dat het bewustzijn van tekortkomingen in kennis en vaardigheden toenam onder invloed van het maatschappelijk appèl. Dit ontvouwt zich in het verlengde van de toegenomen informatiebehoefte. De beroepsgroep, de huisartsen voorop, gaf aan dat het voor het goed geven van informatie noodzakelijk is de juiste communicatieve vaardigheden te bezitten.

Er komt naar voren dat veranderingen in opleidingen voorafgaand aan de modernisering langs drie wegen tot stand kunnen komen. In de eerste plaats zijn dat veranderingen die voortvloeien uit veranderende werkwijzen. Doordat de technische mogelijkheden van de gezondheidszorg toenemen, veranderen de opleidingen mee. Dat gaat niet alleen om het aanleren van nieuwe technieken zo bleek, maar ook om niet medische vaardigheden. Er kwam namelijk naar

voren dat toenemende specialisatie leidde tot meer behoefte aan communicatieonderwijs. In de tweede plaats blijken veranderingen voorafgaand aan de modernisering voort te vloeien uit veranderingen in de beroepsgroep. Het bleek namelijk dat kortere werktijden als gevolg van de instroom van meer vrouwen leidde tot meer behoefte aan communicatievaardigheid. Dit wordt veroorzaakt doordat vrouwen meer in deeltijd werken en er daarom meer overdrachtsmomenten zijn. In de derde plaats zijn er veranderingen die voortvloeien uit de invloed van de patiëntenbewegingen. De verandering is toenemende openheid. Daarbij wordt echter wel aangegeven dat invloed van de patiëntenbeweging op opleidingen indirect is. De invloed van patiëntenbewegingen verloopt meer langs politieke weg.

Veranderingen in opleidingen rond de modernisering, komen langs twee wegen tot stand. In de eerste plaats zijn dat veranderingen die voortvloeien uit veranderingen in werkwijzen. Het gaat dan om toenemende aandacht voor niet-medische vaardigheden. De aanloop daartoe staat beschreven bij veranderingen voorafgaand aan de modernisering. Op onderwijskundig vlak is de belangrijkste verandering de ontwikkeling van opleiden in een meester-gezel verhouding naar competentiegericht opleiden. De keuze voor het CanMEDS model wordt dan ook als de belangrijkste verandering gezien. In de tweede plaats zijn dat veranderingen die voortvloeien uit veranderingen in de beroepsgroep. Dat uit zich in het opkomen van niet medische specialismen binnen de opleiding, zoals psychologen. Dat had vooral veranderingen in thema's tot gevolg. Er werd meer aandacht besteed aan niet-medische vaardigheden. Daarnaast hebben veranderingen in de beroepsgroep ook geleid tot andere onderwijskundige opvattingen. De instroom van een generatie die zelf uit de emancipatiegolf stamt leidde ertoe dat de meester-gezel verhouding langzamerhand naar de achtergrond werd verdrongen.

WELKE VERANDERINGEN IN WERKWIJZEN SPELEN EEN ROL BIJ VERANDERINGEN IN OPLEIDINGEN OP NIET-MEDISCH TECHNISCH

GEBIED? Toenemende specialisatie komt naar voren als een belangrijke grondslag voor veranderingen in opleidingen. Doordat de technologie voortschrijdt en de hoeveelheid kennis toeneemt, ontstaat verdergaande specialisatie. Daardoor wordt de zorg in toenemende mate in een keten verleent. Dat wil zeggen dat een patiënt door meerdere specialisten wordt geholpen. Bovendien nam het aantal artsen dat in deeltijd werkt toe. Daaraan liggen twee maatschappelijke ontwikkelingen ten grondslag: (1) toenemende instroom van vrouwen in de opleiding, die meer in deeltijd werken en (2) veranderende arbeidstijdenwetgeving, die meer diensten vereisten. Daardoor nam het aantal overdrachtsmomenten toe. Zowel toenemende specialisatie (meer stof om over te dragen) als een toenemend aantal overdrachtsmomenten, roepen tot meer aandacht voor samenwerking, professionaliteit en communicatievaardigheden.

WELKE VERSCHILLEN TUSSEN SPECIALISMEN ZIJN ER IN DE REACTIES OP HET TOENEMEND APPËL OP VERANTWOORDING? Er zijn weinig grote verschillen naar voren gekomen in dit onderzoek. Enkele specialismen lopen echter duidelijk voorop in de uitvoering van de modernisering. Dat zijn kindergeneeskunde en obstetrie/ gynaecologie. Specialismen die achterblijven werden nauwelijks genoemd door de respondenten.

THEORIE De theoretische concepten zijn niet voor alle relaties die Figuur 4 weergeeft naar voren gekomen. Samengevat is het zich wel of niet voordoen in elke relatie van het model in Figuur 4 weergegeven in Tabel 2. Ter ondersteuning daarbij is in Figuur 5 het model uit Figuur 4 nogmaals weergegeven, uitgebreid met een label voor elke relatie. In Bijlage 5 staat per theoretisch concept samengevat hoe het concept in dit onderzoek naar voren kwam.

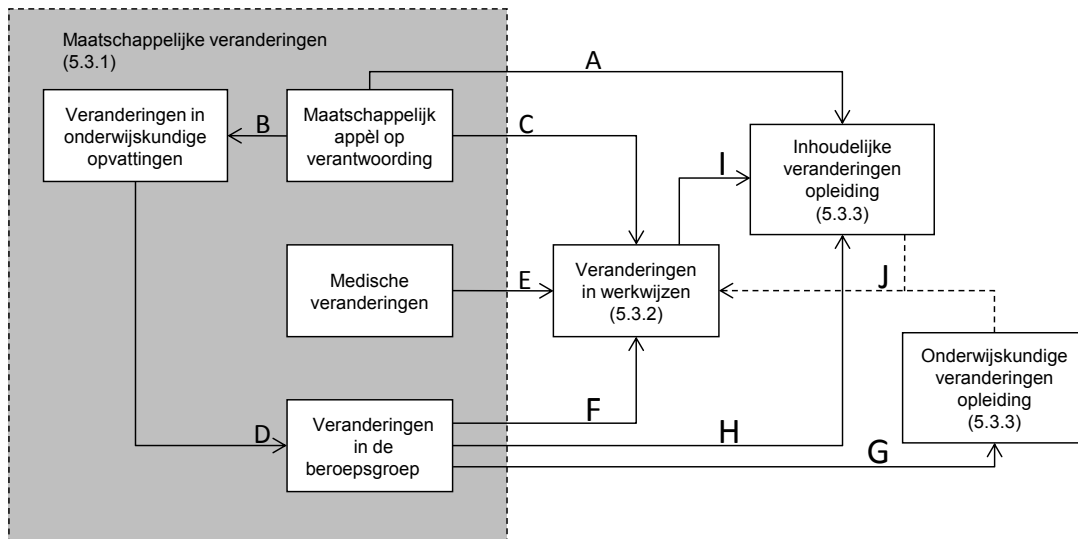
Relatie (figuur 5)	Professionalisering	Onderhandeling	Macht	Sturing
A	+	+	+	+
B	+	+	?	-
C	+	?	+	+
D	?	+	+	?
E	+	-	?	?
F	+	+	-	?
G	+	+	+ (via B en D)	?
H	+	+	+ (via B en D)	?
I	+	+	+	+
J	?	?	?	?

+ = komt in dit onderzoek naar voren

- = in dit onderzoek komt naar voren dat dit proces waarschijnlijk niet speelt in deze relatie

? = niet aan de orde geweest in dit onderzoek

**Tabel 2** Relaties tussen ontwikkelingen en theorie zoals die in het onderzoek naar voren kwamen



**Figuur 5** Weergave van geëxploreerde relaties in dit onderzoek met labels bij de relaties verwijzend naar Tabel 2.

## 4 DISCUSSIE

Dit hoofdstuk behandelt in paragraaf 4.1 de conclusies die uit de deelstudies kunnen worden getrokken. In paragraaf 4.2 volgt de beschouwing van dit onderzoek en in paragraaf 4.3 komen de beperkingen die dit onderzoek kent aan de orde. Tenslotte komen in paragraaf 4.4 aanbevelingen voor verder onderzoek aan bod.

### 4.1 CONCLUSIE

In deze paragraaf worden conclusies getrokken uit de deelstudies tezamen. De conclusies komen aan de hand van de probleemstelling en hypothesen aan de orde.

In dit onderzoek stond de volgende vraag centraal (probleemstelling): *welke aspecten of mechanismen bepalen de samenhang tussen (1) maatschappelijk appèl op transparantie, (2) de reactie daarop van de beroepsgroep, (3) de gevolgen van die reactie voor werkwijzen en (4) opleidingen en communicatieonderwijs?*

De veranderingen die naar voren zijn gekomen als aspecten die relevant zijn voor inzicht in de samenhang tussen het maatschappelijk appèl en de reactie van de beroepsgroep, zijn de volgende:

- toenemend maatschappelijke appèl
  - patiëntemancipatie en toename organisatiegraad van patiënten
  - veranderende sturing: van autonomie naar invloed van de maatschappij
  - arbeidsemancipatie
- veranderingen in werkwijzen
  - technische vooruitgang, leidend tot toenemende specialisatie
  - meer deeltijdwerk en specialisatie, leidend tot een toename aantal overdrachtsmomenten en overdrachtsonderwerpen

- veranderingen in de opleiding voorafgaande aan de modernisering
  - toenemende aandacht voor niet-medische-technische vaardigheden
  - verlaten van meester-gezel verhouding
  - grote verschillen per opleiding (specialisme)
- veranderingen in de opleiding rond de modernisering
  - invoering competentiegericht opleiden
  - toename van formele aandacht voor niet-medische-technische vaardigheden
  - geldt voor alle opleidingen (specialismen)

In het kader van hypothese 1 komt in dit onderzoek naar voren dat er een toenemend maatschappelijk appèl op transparantie van de medische beroepsgroep wordt ervaren door de respondenten. In deelstudie 2 is er sprake van herkenning van alle ontwikkelingen die in deelstudie 1 naar voren kwamen. Bovendien kwam naar voren dat de respondenten verband leggen tussen die ontwikkelingen en de vraag om transparantie.

Ten aanzien van hypothese 1.1, dat het toenemende maatschappelijke appèl leidt tot veranderende werkwijzen, is naar voren gekomen dat maatschappelijke ontwikkelingen in bredere context leiden tot andere werkwijzen. Daarbij werd bedoeld op toenemende kennis en het meer toepassen van technologie in de zorg.

In het kader van hypothese 1.2, dat veranderende werkwijzen leiden tot veranderende opleidingen, is het volgende naar voren gekomen. Hoewel het in dit onderzoek slechts beknopt aan de orde kwam, is duidelijk dat (van oudsher) medisch technische veranderingen in de werkwijze leiden tot inhoudelijke aanpassing van de opleiding. Dat is ook specifiek voor communicatieonderwijs het geval, omdat de vraag naar communicatievaardigheid toeneemt doordat er meer overdracht plaatsvindt. Dat heeft twee oorzaken. In

de eerste plaats is er meer behoefte aan overdracht tussen verschillende specialisten, doordat er verdergaande specialisatie is opgetreden. In de tweede plaats leidt een toenemende hoeveelheid deeltijdwerkers tot meer overdrachtmomenten.

Hypothese 2 luidt dat professionalisering, macht en invloed, onderhandeling en sturing en financiering de mate bepalen waarin:

- 2.1 maatschappelijk appèl leidt tot veranderende werkwijzen, en
- 2.2 veranderende werkwijzen leiden tot veranderingen in opleidingen.

In dit onderzoek is naar voren gekomen, dat niet elk proces bij elke relatie relevant is. In de relatie tussen maatschappelijk appèl en veranderende werkwijzen kwamen sturing, professionalisering, macht en invloed naar voren. Onderhandeling is onvoldoende aan de orde geweest in dit onderzoek om hierover uitspraken te kunnen doen. In de relatie tussen veranderende werkwijzen en veranderingen in opleidingen komen alle vier theorieën in het onderzoek naar voren. In het verlengde van deze hypothese kwamen nog twee aspecten naar voren die met deze hypothese verwant zijn. Dat is in de eerste plaats dat er meerdere relaties naar voren kwamen, waarin deze theorieën een rol spelen dan de in deze hypothese genoemde. In de tweede plaats is dat, dat er onderscheid moet worden gemaakt tussen de tijd waarin veranderingen spelen en de aard ervan. De tijd wordt onderscheiden in voorafgaand aan en rond de modernisering. De aard wordt onderscheiden in onderwijskundige veranderingen en inhoudelijke veranderingen binnen de opleiding. De theorieën komen verschillend naar voren per onderzochte periode en aard van de verandering. Het onderscheid tussen onderwijskundige en inhoudelijke veranderingen in de opleidingen is weergegeven in figuur 5. Het onderscheid tussen voorafgaand aan de modernisering en tijdens de modernisering, kenmerkt zich door het volgende. Voorafgaand aan de modernisering, komen de vier theoretische concepten meer binnen de beroepsgroep naar voren. Daarentegen ontstaat tijdens de modernisering

meer invloed van buitenaf op de beroepsgroep. Dat uit zich in hoe de vier theorieën in dit onderzoek naar voren kwamen, met betrekking op veranderingen tijdens of rond de modernisering:

- Professionalisering: competenties worden ingezet als middel om openheid te geven.
- Sturing: die openheid is nodig voor de marktwerking, waar de politiek om vraagt
- Macht en invloed: de toenemende druk van inspectie
- Onderhandeling: dit wordt als gevolg van de marktwerking als sterker aanwezig ervaren.

Voorgaande leidt tot drie resumerende conclusies van dit onderzoek. Dat zijn de volgende:

1. Er blijken meer relevante veranderingen en relaties tussen veranderingen te zijn, dan voorafgaand aan het onderzoek werd verondersteld. Het onderzoek toont daarmee hoe complex de omgang van de beroepsgroep met maatschappelijke veranderingen van technische, sociale en onderwijskundige aard is.
2. De theoretische concepten die bij de vorming van de huisartsenberoepsgroep spelen, zijn gedeeltelijk ook relevant bij de instandhouding van andere medische specialistische beroepsgroepen in veranderende maatschappelijke context.
3. Er lijkt een verandering op te treden van autonomie en zelfsturing van de medische beroepsgroep naar meer sturing en invloed vanuit de politiek en maatschappij. De suggestie komt naar voren, dat er sprake is van een toenemende druk op de opleidingen vanuit de politiek en patiëntenbewegingen. Hiervan zijn marktwerking, toenemende activiteit van de inspectie en wetgeving (WGBO, ZVW en BIG) exponenten. De invloed van de politiek en patiënt strekt zich langs die weg uit tot kwaliteitsbeoordeling, waarborging van kwaliteit, financiering en informatieplichten voor de beroepsgroep. Recentelijk speelt bovendien de discussie over wetgeving die uitgaat uit van patiëntenrechten. Daarmee wordt de verschuiving naar meer invloed vanuit de politiek eveneens geïllustreerd.

## 4.2 BESCHOUWING

Het onderzoek is voortgekomen uit de vraag hoe de verschillen in aandacht voor communicatieonderwijs tot stand komen. Dat heeft geleid tot resultaten en conclusies die ingaan op de vorming en het behoud van een beroepsgroep in veranderende maatschappelijke context. In deze paragraaf komt een beschouwing van de resultaten in het licht van de aanleiding voor dit onderzoek aan de orde.

De voornaamste beschouwing van de resultaten is tot uitdrukking gebracht in de conclusie dat de relatie tussen maatschappij en beroepsgroep complex is. In die relatie spelen veel processen en ontwikkelingen die gedeeltelijk samenhangen. Dit onderzoek is in staat geweest deze relaties, processen en ontwikkelingen aan te duiden, maar biedt geen verdieping en (kwantitatieve) empirische toetsing van deze relaties, processen en ontwikkelingen.

Daarnaast verdienen enkele resultaten en conclusies in het bijzonder aandacht. Het blijkt moeilijk om vast te stellen in hoeverre een reactie van de beroepsgroep een reactie op een maatschappelijke ontwikkeling is. De verweving van de beroepsgroep met de maatschappij, maakt dat er niet alleen een bestaande groep reageert op een andere groep, maar dat bovendien leden van de andere groep ook in de beroepsgroep binnentreden. Zo treedt een andere generatie met andere opvattingen de beroepsgroep binnen en zorgt voor veranderende opvattingen over werkwijzen en opleidingen. Hoewel deze verandering een gevolg is van een maatschappelijke ontwikkeling, is het geen reactie in enge zin, maar een verandering die voortvloeit uit een brede maatschappelijke ontwikkeling. Argumenten voor deze wisselwerking tussen beroepsgroep en maatschappij kunnen ook in de literatuur worden aangetroffen. Zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde kwam, stelt De Jonge (1988) dat in de literatuur bij professionalisering steeds wordt gelet op de wisselwerking tussen beroepsgroep en sociale omgeving. Het binnendringen van andere groepen mensen in

een beroepsgroep, illustreert dat die wisselwerking ondermeer gestalte krijgt door veranderingen in de sociale omgeving.

De literatuur biedt argumenten voor de conclusie, dat de theoretische concepten van de vorming van een beroepsgroep ook bij de instandhouding daarvan relevant zijn. De Jonge (1988) geeft aan dat professionalisering een proces is en geen eindsituatie. Bovendien geven Van Oorschoot e.a. (1995) aan, dat professionalisering zich doorontwikkelt in deprofessionalisering. De theoretische perspectieven die in dit onderzoek zijn gebruikt, hebben betrekking op de vorming van huisartsberoepsgroep. De huisartsgeneeskunde is immers een recent gevormde beroepsgroep. De vorming van de huisartsgeneeskunde is veel onderzocht. In dat onderzoek werden veel aanknopingspunten gevonden voor begrip van de relatie tussen maatschappij en medische beroepsgroep. Ondanks dat die theorie gedateerd is, komen in dit onderzoek voldoende argumenten naar voren om te stellen dat die aanknopingspunten ook bij het in stand houden van een beroepsgroep aan de orde zijn. Processen van professionalisering, macht en invloed, sturingsvraagstukken en onderhandeling zijn ook van toepassing bij een toenemend maatschappelijk appèl op openheid.

Uit de literatuur kan ook steun worden ontleend voor de conclusie dat er een verandering lijkt op te treden van autonomie en zelfsturing van de medische beroepsgroep naar meer sturing en invloed vanuit de politiek en maatschappij. Korthagen (2004) geeft namelijk aan dat het expliciteren van competenties van voordeel is bij het uitleggen aan de maatschappij waar een vak of opleiding voor staat. Die opmerking past bij de conclusie van dit onderzoek, dat er meer sturing en invloed vanuit de maatschappij komt, omdat er kennelijk noodzaak is meer uitleg te geven. Die noodzaak tot uitleg geven, wordt door Van der Krogt (1981) in het begrip legitimering geuit.

In het onderzoek kwam naar voren, dat de wel eens veronderstelde claimcultuur niet (algemeen) wordt ervaren door de beroepsgroep. Onderzoek van Hout (2006) en Hout,

Cuperus-Bosma, De Peuter en Van der Wal (2004) onderschrijft dat. Zij stellen vast dat het aantal verrichtingen dat per jaar plaatsvindt dat een tuchtrechtelijk risico in zich draagt en het aantal gevallen dat daadwerkelijk leidt tot een klacht, zich niet parallel aan elkaar ontwikkelen. Het aantal verrichtingen met tuchtrechtelijk risico, neemt sterker toe dan het aantal gevallen dat uitmondt in een klacht.

In dit onderzoek kwam bovendien naar voren dat veranderingen in opleidingen kunnen zorgen voor veranderingen in werkwijzen. Hiervoor is in de literatuur steun, want uit onderzoek van Bont et al (2008) komt naar voren dat de onderwijsvernieuwing in toenemende mate wordt gezien als beleidsinstrument, waarmee werkwijzen kunnen worden beïnvloedt. Echter, beleidsmatige doelen die de overheid aan de modernisering heeft gekoppeld blijven voor veel betrokkenen buiten beschouwing. Zo kan de modernisering onbedoeld en onvoorzien versmallen tot de invoering van enkele toetsingsinstrumenten (Bont e.a., 2008).

### 4.3 BEPERKINGEN

Het onderzoek gaat over een complex onderwerp, dat gaandeweg nog ingewikkelder bleek te zijn. Aan de reactie van een beroepsgroep op de maatschappij zijn veel facetten en aspecten verbonden, die moeilijk allesomvattend en uitgediept aan de orde konden komen. Een onderzoek van de omvang van deze scriptie is daarvoor niet toereikend. Daarom is dit een explorerend onderzoek.

Er is bewust gekozen voor gebruikmaking van literatuur uit de jaren '70 en '80, omdat deze theorie biedt die relevant is voor zowel de vorming als de instandhouding van een medisch specialistische beroepsgroep. Bovendien is het aantal respondenten beperkt geweest in verband met de beschikbare tijd en mogelijkheden voor toegang tot respondenten. Dat tast de betrouwbaarheid en validiteit aan (Baarda e.a., 2005). Daarom kunnen moeilijk vergaande conclusies aan dit onderzoek worden verbonden.

Om de beperking van de validiteit en betrouwbaarheid hanteerbaar te houden, is in de uitvoering van het onderzoek op de volgende manieren aandacht besteed aan betrouwbaarheid en validiteit. In de eerste plaats is de betrouwbaarheid van deze studie is zoveel mogelijk onder controle gebracht door gebruik te maken van meerdere methoden. Er zijn zowel interviews als documentenanalyses toegepast. Dat draagt bij aan het krijgen van een vollediger inzicht in het fenomeen van de reactie op maatschappelijke ontwikkelingen.

In de tweede plaats is gelet op het betrouwbaarheidsprobleem bij documentenanalyse, namelijk de afhankelijkheid van de beoordelaar voor de interpretatie van tekst. Om dit betrouwbaarheidsprobleem in te dammen, zijn de resultaten herhaaldelijk besproken met de begeleider van dit onderzoek (Baarda, 2005). Ten aanzien van de interviews is de replicerbaarheid van resultaten en conclusies cruciaal. Hiertoe is gekozen de interviews op te nemen en letterlijk uit te werken en naderhand te coderen, in plaats van gespreksaantekeningen te maken. Een ander belangrijk aandachtspunt bij de verwerking van interviews op deze wijze is de intra-interviewer betrouwbaarheid. Elk interview is na verwerking en codering terzijde gelegd en na enige tijd is de analyse nogmaals bekeken, om zo inconsistenties te achterhalen en te kunnen elimineren (Baarda, 2005).

Er deed zich in dit onderzoek op twee manieren triangulatie voor: datatriangulatie en methodische triangulatie. Datatriangulatie blijkt uit overeenkomsten tussen de antwoorden en reacties van de respondenten met afwijkende inclusiecriteria. Methodische triangulatie, blijkt uit overeenkomstigheid in resultaten uit documentenanalyse en interviews.

Saturatie deed zich voor op onderwerpsniveau, doordat gaandeweg door een iteratief proces het aantal overeenkomende bevindingen in de interviews toenam. Op het niveau van de onderzoeksvraag heeft zich in dit onderzoek nauwelijks saturatie voorgedaan. De ontwikkelingen die in deelstudie 1 naar voren zijn gekomen, worden in deelstudie

2 bevestigd. Maar het aantal interviews bleek te gering om verzadiging te bereiken op het punt van alle verdiepingen van die ontwikkelingen en van theoretische concepten.

#### 4.4 AANBEVELINGEN

Uiteindelijk leidt dit onderzoek naast de conclusies, vooral ook tot een aantal aanbevelingen voor nader onderzoek. In deze paragraaf staan deze aanbevelingen en de argumenten die daarvoor zijn. Daarbij is ook kort ingegaan op de mogelijke methode voor dat onderzoek.

In de eerste plaats, wordt aanbevolen het gecorrigeerde model van figuur 5 te toetsen. Het is zowel wetenschappelijk als maatschappelijk relevant om de relatie tussen maatschappelijke ontwikkelingen en een beroepsgroep in de context van de medisch specialistische beroepsgroep uit te diepen. De opbrengst daarvan is, dat duidelijk wordt op welke manier samenwerking en wisselwerking van de sociale omgeving met de beroepsgroep functioneert. Dit kan worden onderzocht, door de relaties die het model van Figuur 5 aangeeft verder uit te diepen. In eerste instantie kan dat met interviews en documentenanalyses. In een later stadium, als meer duidelijkheid is verkregen over de kracht en determinanten van de relaties, kan een meer kwantitatieve methode worden toegepast. Omdat het onderzoek over de vervolgopleiding gaat, zou daarbij de populatie aios in het onderzoek betrokken moeten worden. Dat helpt om de aard en omvang van aandacht voor communicatievaardigheden in de klinische praktijk inzichtelijk te krijgen.

Met dergelijk vervolgonderzoek naar de relaties van het model in Figuur 5, kunnen de nu naar voren gekomen relaties en processen sterker worden ondersteund of genuanceerd. Bovendien kunnen de theoretische concepten die spelen rond de vorming en instandhouding van een beroepsgroep in meer kwantitatieve termen aan een grotere populatie van niet meer praktiserend artsen, artsen, aios en studenten geneeskunde worden voorgelegd. Daarmee ont-

staat een gekwantificeerd beeld van de invloed van deze begrippen door de tijd en daaruit kan worden afgeleid wanneer veranderingen zich hebben voltrokken. Ook de percepties over de opleiding van uiteenlopende generaties kan daaruit worden afgeleid, waarmee een beeld kan worden gevormd over argumenten en attitudes jegens de opleiding door de jaren heen.

In de tweede plaats bleek tijdens het onderzoek, dat voor een goede aansluiting op maatschappelijke behoeften onderzoek naar de patiëntenbehoeften nodig is. De vraag wat de patiënt van de arts verwacht zou daarin centraal moeten staan. Dit onderzoek past in het verlengde van het CanMEDS model, omdat dat model oorspronkelijk is uitgegaan van patiëntenbehoeften. Dat impliceert, dat in dergelijk onderzoek niet alleen naar de verwachtingen op medisch gebied moet worden gevraagd. De bevraging zou per competentie kunnen worden opgezet, maar het verdient aanbeveling voldoende vragen zonder dat er duidelijk een bepaald competentiegebied aan de vraag ten grondslag ligt in het onderzoek op te nemen, teneinde te voorkomen dat nieuwe behoeften die buiten het bestaande kader liggen worden gemist. Dit onderzoek zou periodiek moeten worden uitgevoerd. Daardoor kan steeds bijsturing plaatsvinden en kan bovendien gekeken worden naar ontwikkelingen in de patiëntenbehoeften. Dergelijk onderzoek past bovendien in het kader van de behoefte aan informatie met het oog op keuzemogelijkheden voor patiënten. Als beter inzichtelijk is wat de patiëntenbehoeften zijn, kunnen daarbij goed aansluitende kwaliteitsindicatoren worden gehanteerd.

In de derde en laatste plaats, verdient het nog aanbeveling nadere analyse van discussies in de beroepsgroep over maatschappelijke ontwikkelingen uit te voeren. Daarmee kan namelijk beter begrip van argumenten voor en tegen bepaalde facetten van onderwijsvernieuwing worden verkregen. Ook kunnen rationalisaties van emotionele argumenten aan het licht komen. Dit vervolgonderzoek kan worden voortgeborduurd op de kwalitatieve methode van het onderzoek van deelstudie 2. Daarbij is echter vooral



zinnig dat opleiders deel uitmaken van de respondenten. Uit dit onderzoek bleek immers al hun sleutelpositie ten aanzien van het tot in de opleidingspraktijk doorsijpelen van maatschappelijke ontwikkelingen en discussies in de beroepsgroep.

## Literatuur

Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S.C. (2000). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. Londen: Sage

Armstrong, D. (1981). *Inleiding tot de medische sociologie*. Lochem: Uitgeversmaatschappij de Tijdstroom

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede, J. Teunissen (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Baayens, J. en Kik, L. (1982). *Toetredingsreguleringen bij vrije beroepen. Een voorstudie bij zes beroepsgroepen; literatuurstudie beroepen en professionalisering*. In opdracht van van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Tilburg: IVA.

Bensing, J.M. (1998). De arts-patiënt relatie: bron van genezing en frustratie. In: Aakster, C.W., J.W. Groothoff (red.) (1998). *Medische sociologie*. Groningen: Wolter-Noordhoff.

Bergh, J.H.A.M. (red.) (2004). *Medisch specialistische zorg 2004*. Alkmaar: Mediforum

Bont A. de, I. Wallenburg, M.J. Heineman, S.J. van Luijk, J.A.A.M van Diemen-Steenvoorde, F. Scheele, P. Meurs. Onderwijsvernieuwing als beleidsinstrument. Over de modernisering van de medische vervolgoopleidingen. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 27 (6) 2008: p. 316-322.

Boot, J.M.D. (2001). *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Koninklijke van Gorcum

Brand, P.L.P. (2008). *Voor het goede doel*. Oratie uitgesproken op 28 oktober 2008 bij het aanvaarden van de leeropdracht 'Klinisch Onderwijs, in het bijzonder het me-

disch opleidingscontinuüm' aan de faculteit Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Bulstra, G., T. Wiggers, J.H. Hubben (2008). *Chirurg en tuchtrecht*. Den Haag: Sdu Uitgevers.

Busch, M, H. Verkleij, A. van den Bergh Jeths (2005). Invloed van maatschappelijke factoren op ziekte en gezondheid. In: Aakster, C.W., Groothoff, J.W. (2005). *Medische sociologie*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Cate ten, Th. J., Bleker, O.P., Büller, H.A. & Scherpbier, A.J.J.A. (2005). *Opleiden van medisch specialisten. Achtergronden en praktijk*. Houten: Boom Stafleu van Loghum.

Dewulf, L. (2003). Gras groeit niet door eraan te trekken. *Opleiding & ontwikkeling*. 16(5), pp.3-7

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring (vol. 1), The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor, Health administration Press, p. 22 e.v.

Doorn, J.J.A. van en Lammers C.J. (1979). *Moderne sociologie. Een systematische inleiding*. Utrecht / Antwerpen: Spectrum.

Epstein, RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287:226-35

Fahrenfort, M. (2005). *Medicalisering*. In: Aakster, C.W., Groothoff, J.W. (2005). *Medische sociologie*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Festen, H.P.M., H.M.L. vd Broek, M.W.C. van Deijne, P.M. Netten. *Leerzame openheid*. *Medisch Contact* (2008): 63:1176-9.

Frank, J.R. (2005). *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework –better standards, better physicians, bet-*

ter care. Ottawa: The Royal College of Physicians en Surgeons of Canada.

Geelen, K. et al.. *De patiëntenbeweging als (f)actor in de gezondheidszorg*. In: Aakster, C.W., Groothoff, J.W. (2005). *Medische sociologie*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hout, F.A.G. J.M. Cuperus-Bosma, O.R. de Peuter, G. van der Wal . Tuchtrechtspraak niet verbeterd sinds de invoering van de Wet BIG. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 148 (3) 2004: p.135-139.

Hout, F.A.G. (2006). *The Dutch disciplinary system for health care: an empirical study*. Amsterdam: EMGO Institu- te

Hove-Baek, A. van. Het professionaliseringsproces van de Nederlandse huisarts. *Politica* 28 (1978) : 319-370.

Hughes, E. C. License and mandate. In E. C. Hughes, *Men and their work*. Glencoe, Ill.: Free Press (1958): p. 78–87.

Johnson, T.J. (1980). Work and power. In: Esland, G. and Salaman, G. (red.). *The Politics of Work and Occupations*, Milton Keynes: The Open University Press.

Johnson, T.J. (1989). *Professions and power*. London: MacMillan.

Jonge, de R (1988). *De binnenkant van een professie. De huisarts en zijn beroepsgroep*. Tilburg: Tilburg University Press.

Joseph, M. (1994). *Sociology for nursing and health care*. Cambridge: Polity Press.

Klinkert, J.J. (1981). *Inleiding in de medische sociologie*. Assen: Van Gorcum.

KNMG (2004). *Nederlandse artseneed*. KNMH uitgave. Versie 3. Utrecht: KNMG.

Korthagen, F. Zin en onzin van competentiegericht leren. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders*. 25 (1) 2004: p. 13-23

Krogt, Th.P.W.M. van der (1981). *Professionalisering en collectieve macht*. Den Haag: Vuga.

Meininger, A.K. & Bakker, P.P.M. (2007). Nieuwe tijden, nieuwe dokters. Competentiegericht opleiden. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 26 (5) 2007: p. 220-227

Metz, J.C.M., Verbeek-Weel A.M.M., Huisjes H.J. (2001). *Raamplan 2001: bijgestelde eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen.

Metz, J.C.M., Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip E.H., Brand-Valkenburg B.W.M. van den. (1994). *Raamplan 1994: eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen.

Mulder, J.A. (2009). *Maatschappijen arts*. Groningen, Rijksuniversiteit Groningen (scriptie)

Levenstein, J.H., J.B. Brown, W.W. Weston et al. Patient centered clinical interviewing. In: Steward, M. D. Roters (red.) (1989). *Communication with medical patients*. New York: Sage Publications.

Miller, G.E. *The assessment of clinical skills/competence/performance*. *Academic Medicine* 1990: 65 (9): p. 63-70

Mok, A.L. (1973a). *Beroepen in actie*. Bijdrage tot een beroepsociologie. Meppel: Boom

Mok, A.L. (1973b). *Sociale ongelijkheid, beroep en organisatie*. Leiden: Stenfert Kroese

Oomkes, F.R. (1986). *Communicatieleer. Een inleiding*. Amsterdam: Boom Meppel

Oorschot, van J.A., Fr. C.A. Jaspers, J.H. Schaaf, F. Linnebank, C.A.G. Oostveen en J.T. Braaksma (1995). *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum.

Peper, B. (1972). *Vorming van welzijnsbeleid. Evolutie en evaluatie van het opbouwwerk*. Meppel: Boom.

Persoon, J.M.G. (1998). De relatie tussen arts en patiënt. In: Aakster, C.W., J.W. Groothoff (red.) (1998). *Medische sociologie*. Groningen: Wolter-Noordhoff.

Schepers, R.M.J., N.S. Klazinga (2005). *Kwaliteit van zorgverlening*. In: Aakster, C.W., Groothoff, J.W. (2005). *Medische sociologie*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.

Steyaert, J. (1996). *In de ban van het getal, cliëntregistratie in de Vlaamse ambulante welzijnszorg*. Ongepubliceerd proefschrift. Antwerpen: Universitaire Instelling Antwerpen. Geraadpleegd via <http://www.steyaert.org/jan/proefschrift/index.htm> d.d. 7 oktober 2008.

Thijssen, J., E. Lankhuizen. (2000). *Competentiemanagement en employabilitystrategie*. In: F. Glastra en F. Meijers (red.), *Een leven lang leren*. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie. p. 125-152

Verbeek-Heida, P.M. (2005). Therapie, interacties tussen therapeuten en patiënten. In Aakster, C.W. & Groothoff, J.W. (2005), *Medische sociologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff

Weimer, D.L., A.R. Vining (2005). *Policy analysis: concepts and practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.

Winters-van der Meer, A.C.M., S.M. Kleefstra, J.J.A. Stavenuiter, R.B. Kool (2005). *Tevredenheid gepeild. De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra*. Utrecht: Prismant.

Wouda, J. & H.B.M. van de Wiel (1992). Communicatieve vaardigheden: een diagnose en een advies. *Bulletin Medisch Onderwijs*. 11 (3/4) 1992: p. 116-118.

## Bijlage 1 Onderwerpenlijst deelstudie 1

Hoofdvraag is: hoe reageert de zorgsector / medisch specialistische beroepsgroep op maatschappelijke discussie (i.c. de vraag om transparantie) en welke gevolgen heeft dat uiteindelijk voor opleidingen, in het bijzonder voor communicatieonderwijs in de vervolgoopleidingen?

- Welke (maatschappelijke) ontwikkelingen, illustreren het maatschappelijk appèl op transparantie volgens u?
  - Hoe functioneert dat? Hoe zou u het mechanisme dat daarachter zit willen omschrijven?
- Welke maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor een (toenemende) vraag om transparantie, heeft u meegemaakt?
  - Hoe functioneert dat? Hoe zou u het mechanisme dat daarachter zit willen omschrijven?
- Welke maatschappelijke aanleidingen tot opleidingsveranderingen met als achtergrond transparantie ziet u, of heeft u meegemaakt?
  - Hoe functioneert dat? Hoe zou u het mechanisme dat daarachter zit willen omschrijven?
- Welke maatschappelijke aanleidingen tot toenemende aandacht voor communicatieonderwijs ziet u of heeft u meegemaakt?
  - Hoe functioneert dat? Hoe zou u het mechanisme dat daarachter zit willen omschrijven?

## Bijlage 2 Topiclijst inclusiecriteria 1

Hoofdvraag van het onderzoek is: hoe reageert de zorgsector / medisch specialistische beroepsgroep op maatschappelijke discussie (i.c. de vraag om transparantie) en welke gevolgen heeft dat uiteindelijk voor opleidingen, in het bijzonder voor communicatieonderwijs in de vervolgoopleidingen?

### *Maatschappelijk appèl*

1. Welke veranderingen op het gebied van legitimering (positie patiënten, kwaliteitszorg, WGBO, tuchtrecht [onderzoek Wiggers]) van de beroepsgroep heeft u meegemaakt?
2. Wat is de maatschappelijke aanleiding voor bepaalde ontwikkelingen in de beroepsgroep, die betrekking hebben op bejegening/consultvoering/gesprekstechniek, communicatie en samenwerking?
3. Welke actoren spelen daarbij een rol en welke rol of standpunt hebben deze?
4. Welke politiek / maatschappelijke motieven voor de WGBO zijn er?
5. Welke politiek / maatschappelijke motieven voor (-> antwoorden op vraag 1) zijn er?
  - a. Doorvragen: hoe wordt dit beïnvloed door maatschappelijke ontwikkelingen?
  - b. via wie?
  - c. op welke manier?
6. Welke ontwikkeling in het standpunt van de patiëntenbeweging over bejegening / consultvoering ziet u (vanaf de jaren '70)?
7. Hoe reageert de beroepsgroep op politiek / maatschappelijke discussie?
  - a. Pro-actief?
  - b. Reactief?

### *Communicatieonderwijs*

Er komt meer aandacht voor thema's als bejegening, communicatie en samenwerking in de vervolgoopleidingen.

8. Kunt u aan die ontwikkeling een maatschappelijke ontwikkeling of discussie in de medische beroepsgroep (i.c. gynaecologie / obstetrie) koppelen?
9. Is er bij de ontwikkeling van communicatieonderwijs in het basiscurriculum over gesproken hoe dit onderwijs moet / kan aansluiten op de vervolgoopleidingen?
10. Hoe ging dat / waar blijkt dat uit?

### *Variaties*

11. Kunt u aangeven hoe vervolgopleidingen onderling verschillen in de wijze van reageren op maatschappelijke discussies en discussies in de beroepsgroep?
12. Zo ja, waaruit blijkt dat?
13. Welke verklaringen ziet u daarvoor?

#### *Afsluiting*

14. Het is de bedoeling dat dit onderzoek na mij verder zal gaan. Bent u bereid desgevraagd nogmaals een bijdrage te leveren?
15. Weet u anderen die nu of in de toekomst een zinvolle bijdrage zouden kunnen leveren en mag uw naam worden genoemd als we met hen in contact proberen te komen?
16. Wilt u nog iets toevoegen?
17. Danken voor de medewerking.

### **Bijlage 3 Topiclijst inclusie criterium 2**

Hoofdvraag van het onderzoek is: hoe reageert de zorgsector / medisch specialistische beroepsgroep op maatschappelijke discussie (i.c. de vraag om transparantie) en welke gevolgen heeft dat uiteindelijk voor opleidingen, in het bijzonder voor communicatieonderwijs in de vervolgopleidingen?

#### *Maatschappelijk appèl & beroepsgroep*

1. Wat is / ziet u als de maatschappelijke aanleiding voor ontwikkelingen in de medisch specialistische gezondheidszorg, die betrekking hebben op bejegening, gesprekstechniek, communicatie en samenwerking?
  - d. -> emancipatie van de patiënt: waar blijkt dat uit en
  - e. hoe veroorzaakt dat verandering? -> 'transparantie' in de zorg
  - f. hoe reageerde / reageert de beroepsgroep daarop?
  - g. Ik las dat u het een 'must' vindt anno 2008 een skills center in je opleidingsprogramma op te nemen.

Waarom is dat een 'must'? En is dat ook voor de vervolgopleidingen het geval?

2. Welke politieke / maatschappelijke motieven voor veranderingen in opleidingen n.a.v. maatschappelijke ontwikkelingen zijn er?
  - a. welke argumenten voor veranderingen hadden / hebben de sector en beroepsgroep?
  - b. hoe precies wordt dit beïnvloedt door maatschappelijke ontwikkelingen, wie spelen daarbij welke rol en welk standpunt hebben deze?;
3. Welke ontwikkeling in het standpunt van de patiëntenbeweging over bejegening / communicatie in de arts patiënt relatie ziet u (vanaf de jaren '70)?

#### *Opleidingen en communicatieonderwijs*

Er komt meer aandacht voor thema's als bejegening, communicatie en samenwerking in de vervolgopleidingen.

4. Kunt u aan die ontwikkeling een maatschappelijke ontwikkeling of discussie in de medische beroepsgroep koppelen? Welke? (zie ook punt 1)
5. Is er (bij elk opleidingscentrum) samenwerking tussen de basisopleiding en vervolgopleidingen op het punt van communicatieonderwijs? Hoe verloopt die?
  - a. Of, wat zijn op dat gebied de plannen en ideeën?

#### *Variaties*

6. Kunt u aangeven hoe vervolgopleidingen onderling verschillen in de wijze van reageren op maatschappelijke discussies en discussies in de beroepsgroep? Oftewel: wat doen huisartsen anders dan specialisten (eventueel onderscheid naar vak; snijdend, niet-snijdend / beschouwend en ondersteunend)?
7. Zo ja, waaruit blijkt dat?
8. Welke verklaringen ziet u daarvoor?

#### *Afsluiting*

9. Mogelijk krijgt dit onderzoek een vervolg. Kunt u aangeven wie daarvoor nog meer behulpzame en belangrijke gesprekspartners zouden kunnen zijn?

### Bijlage 4 Topiclijst inclusiecriteria 3

Hoofdvraag van het onderzoek is: hoe reageert de zorgsector / medisch specialistische beroepsgroep op maatschappelijke discussie (i.c. de vraag om transparantie) en welke gevolgen heeft dat uiteindelijk voor opleidingen, in het bijzonder voor communicatieonderwijs in de vervolgoopleidingen?

#### *Maatschappelijk appèl & beroepsgroep*

2. Wat is / ziet u als de maatschappelijke aanleiding voor ontwikkelingen in de medisch specialistische gezondheidszorg, die betrekking hebben op bejegening, gesprekstechniek, communicatie en samenwerking?
  - a. -> emancipatie van de patiënt: waar blijkt dat uit en
  - b. hoe veroorzaakt dat verandering? -> 'transparantie' in de zorg
  - c. hoe reageerde / reageert de beroepsgroep daarop?
3. Welke politieke / maatschappelijke motieven voor veranderingen n.a.v. maatschappelijke ontwikkelingen zijn er?
  - a. welke argumenten voor veranderingen hadden / hebben de sector en beroepsgroep?
    - i. bestuurlijke motieven (bijv. drang van zorgverzekeraars)
    - ii. vakinhoudelijke motieven (super specialisatie, technologisering)
  - b. hoe precies wordt dit beïnvloedt door maatschappelijke ontwikkelingen, wie spelen daarbij welke rol en welk standpunt hebben deze?
4. Welke ontwikkeling in het standpunt van de patiëntenbeweging over bejegening / communicatie in de arts patiënt relatie ziet u (vanaf de jaren '70)?

#### *Opleidingen en communicatieonderwijs*

Er komt meer aandacht voor thema's als bejegening, communicatie en samenwerking in de vervolgoopleidingen.

5. Kunt u aan die ontwikkeling een maatschappelijke ontwikkeling of discussie in de medische beroepsgroep koppelen? Welke? (zie ook punt 1)
6. Is er over dit onderwerp samenwerking of uitwisseling (geweest) tussen opleidingscentra of disciplines, voor wat betreft de vervolgoopleidingen?

#### *Variaties*

7. Kunt u aangeven hoe vervolgoopleidingen onderling verschillen in de wijze van reageren op maatschappelijke discussies en discussies in de beroepsgroep? Zo ja, waaruit blijkt dat?
8. Welke verklaringen ziet u daarvoor?

#### *Afsluiting*

9. Wilt u nog iets toevoegen?
10. Danken voor de medewerking.

## Bijlage 5 Beschrijvingen van manifestaties van theorie

### Professionalisering

Ten aanzien van **veranderingen in werkwijzen** spelen twee deelprocessen van professionalisering een rol. Dat zijn legitimering en institutionalisering. Legitimering uit zich op drie manieren. Dat is ten eerste dat de beroepsgroep aangaf zelf de noodzaak tot veranderingen te ervaren door een veranderende patiëntenbehoefte. Bovendien gaf de beroepsgroep aan hier zelf actief in te zijn. De tweede manier waarop legitimering zich uit, is dat de beroepsgroep kennis-macht inzet om de gebruikswaarde van het beroep in stand te houden. Dat valt af te leiden uit het argument dat wordt genoemd voor de numerus-fixus. Dat argument is dat artsen niet in staat mogen worden gesteld hun eigen werk te creëren. Daarom wordt schaarste gecreëerd, waarmee de waarde van het beroep wordt verdedigd. De derde en laatste manier waarop legitimering zich uit, is het actueel houden van kennis. Kennisvergarig en opleiding (agogische actie) dragen bij aan het behoud van de machtspositie van de beroepsgroep. Institutionalisering kwam naar voren in het kader van bejegening. Door de opkomst van professionele patiëntenbewegingen vooral rond chronisch zieken, is een vast patroon ontstaan waarin de beroepsgroep tracht de steun van de patiënt te behouden.

Doordat meer transparantie en openheid wordt gegeven middels het formuleren van competenties, maar ook door het initiëren van media-aandacht over nieuwe mogelijkheden, ontstaat de behoefte nóg meer te willen weten. Dat zorgt voor de opvatting dat de gezondheidszorg tot alles in staat is. Deze ontwikkeling hangt samen met professionalisering. Het geven van openheid als middel tot legitimering, leidt immers tot de behoefte aan nóg meer legitimering.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen voorafgaand aan de modernisering**, spelen twee professionaliseringsprocessen. Ten eerste speelt kennis-macht net als bij professionalisering in het kader van veranderende werkwij-

zen een rol bij het verdedigen van de machtspositie. Agogische actie en kennisvergarig komen naar voren als belangrijke activiteiten voor het behoud van autonomie. Ten tweede speelt socialisering mee. Socialisering is een deelproces van professionalisering. Het gaat er in dit geval om, dat socialisering een vertragend effect heeft op veranderingen. Wanneer in de basisopleiding veranderingen zijn ingevoerd, moeten studenten uiteindelijk in de praktijk door supervisors die van de oude opleiding zijn, worden gesuperviseerd op zaken die de supervisor anders heeft geleerd. Socialisering is nu juist, dat de beroepsgroep haar beroepsdefinities overdraagt aan nieuwelingen. Het verschil tussen wat er wordt overgedragen in de nieuwe opleiding en de dagelijkse praktijk vertraagt de effectuering van opleidingsvernieuwing.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen in samenhang met de modernisering**, speelt professionalisering op vergelijkbare wijze als voorafgaande aan de modernisering een rol. Het gaat er daarbij om, dat legitimering en socialisering worden aangewend om de waarde van de beroepsgroep te handhaven. Tijdens de modernisering uit zich dat in de ervaring van de beroepsgroep met het CanMEDS model. Die blijkt namelijk te worden ervaren als een manier om het handelen van de beroepsgroep te legitimeren. Socialisering speelt tijdens de modernisering net als daaraan voorafgaand een vertragende rol. De beroepsdefinities van de oudere beroepsbeoefenaren die als supervisor of opleider optreden, wijken soms af van de definities die mensen uit de nieuwe opleiding meenemen.

### Macht en invloed

Ten aanzien van **veranderingen in werkwijzen**, komt naar voren dat er machtsstrijd bestaat rond de vraag hoe de sturing van de sector nu eigenlijk precies verloopt. Er is een spanningsveld tussen professionele sturing (autonomie) en invloed van de maatschappij. In termen van werkwijzen uit dit verschijnsel zich door een toename van de noodzaak tot meer transparantie. De activiteit van de Inspectie voor de Gezondheidszorg illustreert die toenemende noodzaak.



Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen voorafgaand aan de modernisering**, speelt net als bij veranderingen in werkwijzen de numerus fixus een belangrijke rol. Dit uit zich in dit verband in de drang tot inkomenszekerheid. Veranderingen in de opleidingen die meer opleidingsinspanningen vergen, vragen om meer capaciteit. Meer capaciteit, betekent dat er meer artsen zouden moeten komen. Dat impliceert het loslaten of verruimen van de numerus fixus. Meer artsen bij een onveranderde zorgvraag, betekent dat dezelfde omzet over meer mensen verdeeld zou moeten worden. De discussie gaat hierbij dus de vraag wie toenemende opleidingskosten opbrengt: de maatschappij of de medici.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen in samenhang met de modernisering**, komt naar voren, dat macht en invloed kunnen worden herleid op aspecten van associatieve zelfregulering. Het gaat er daarbij om, dat de beroepsgroep drang heeft ervaren om te veranderen. Drie drang bestaat eruit, dat de verandering inhoudelijk verder gespecificeerd zou worden opgedragen door de politiek als de beroepsgroep de inhoud niet nu zelf ter hand zou nemen. Daarmee zou vervolgens de autonomie van de beroepsgroep over de inhoud van de verandering zijn teruggedrongen. Men heeft dan ook ervaren, dat als de beroepsgroep zelf deze verandering nú niet ter hand zou nemen, er meer dwang vanuit de politiek zou komen. Die dwang zou zich dan niet beperken tot het aangeven van de wenselijke richting van de verandering, maar meer betrekking hebben op de inhoud. De ruil waarvan bij associatieve zelfregulering sprake is, bestaat er in dit geval dan ook uit dat, de beroepsgroep zelf controle houdt over de uitvoering van de opleidingsvernieuwing, in ruil voor het ter hand nemen ervan.

### **Onderhandeling**

Ten aanzien van **veranderingen in werkwijzen** manifesteert onderhandeling zich op twee manieren. In de eerste plaats is dat in de relatie tussen arts en zorgverzekeraar. De nieuwe zorgverzekeringswet zorgt voor meer onderhandeling tussen verzekeraar en arts. Dat impliceert een andere

werkwijze, omdat er andere eisen worden gesteld. In de tweede plaats manifesteert onderhandeling zich ook in de arts-patiënt relatie. De invloed in de individuele arts-patiënt relatie is gering, omdat er sprake is van een afhankelijkheidsrelatie. Op institutioneel niveau is die invloed groter en bestaat uit de toenemende invloed van patiëntenbewegingen (zie ook professionalisering, tweede deelproces).

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen voorafgaand aan de modernisering**, spelen onderhandelingen met patiëntenbewegingen een indirecte rol. De onderhandelingen lopen vooral via de politiek en zorgverzekeraars. De patiëntenbewegingen bleken de afgelopen decennia in toenemende mate in staat hun punten bij de politiek te agenderen. Bovendien speelt onderhandeling een rol in de relatie tussen veranderende werkwijzen en veranderingen in opleidingen. Daarbij gaat het om socialisatie: welke beroepsdefinities worden overgedragen.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen in samenhang met de modernisering**, speelt onderhandeling vooral op het punt van veranderbereidheid en de financiële ruimte om anders te kunnen opleiden. Bij veranderbereidheid, gaat het erom dat de beroepsgroep aangaf het van belang te vinden voldoende draagvlak voor de modernisering te hebben en dat daarvoor tijd noodzakelijk is. Overtuiging van het nut van de modernisering, heeft op die manier invloed op de voortgang van de modernisering. Vooruitstrevende beroepsbeoefenaren, wilden draagvlak realiseren bij collega's die neutraal of oppositioneel tegenover de modernisering stonden. Daarin is tijd geïnvesteerd en dat heeft de voortgang vertraagd. Ten aanzien van de financiële ruimte, speelt mee dat er ook tijdens de modernisering een capaciteitsprobleem is. Opleiden met meer aandacht voor niet-medische aspecten, kost meer tijd en daarom ook meer geld. Een opleidingsplaats moet bekostigd worden uit de resultaten van onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

### **Sturingsmodel en financiering**

Ten aanzien van **veranderingen in werkwijzen** hangt dit nauw samen met macht en invloed. De machtsstrijd gaat er uiteindelijk om, wie het nu precies voor het zeggen heeft: de beroepsgroep of de overheid / patiënt.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen voorafgaand aan de modernisering**, spelen sturing en financiering een rol. De beroepsgroep geeft aan, dat patiënten in toenemende mate kwaliteit van dokters willen vergelijken. Dat is een manifestatie van marktwerking, omdat daarbij informatie om te kunnen kiezen noodzakelijk is. Het formuleren van competenties is een middel om die informatie te bieden. Deze inhoudelijke en onderwijskundige veranderingen illustreren toenemende marktwerking.

Ten aanzien van **veranderingen in opleidingen in samenhang met de modernisering** speelt onderhandeling over de financiële ruimte een belangrijke rol. Dat is omschreven onder 'onderhandeling'. Daaruit blijkt dat het sturingsmodel en de financiering van medische specialistische zorg, ook invloed heeft op veranderingen tijdens de modernisering. Die veranderingen bestaan uit toenemende behandeltijd en toenemende opleidingstijd. Dat vloeit voort uit twee ontwikkelingen: (1) de vraag vanuit patiënten voor andere bejegening die meer tijd in beslag neemt en (2) de consequenties die deze vraag voor opleidingen heeft.

Uit voorgaande conclusies valt op te maken, dat het voorlopige model uit paragraaf 2.6 onvolledig is. Het uitgangspunt van dat voorlopige model, namelijk 'toenemend maatschappelijk appèl op transparantie' biedt daarom te weinig houvast voor een goede conclusie over de relatie tussen maatschappij en beroepsgroep. In figuur 5 is het op basis van de resultaten gecorrigeerde model weergegeven.