

# Professionele identiteitsontwikkeling

## Citation for published version (APA):

van Mook, W. N. K. A. (2017). Professionele identiteitsontwikkeling: géén hype, wél noodzaak! Maastricht: Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20171215wm>

## Document status and date:

Published: 15/12/2017

## DOI:

[10.26481/spe.20171215wm](https://doi.org/10.26481/spe.20171215wm)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.



**Prof. Dr. Walther N.K.A. van Mook**  
Faculty of Health, Medicine en Life  
Sciences

**Professionele identiteitsontwikkeling:  
géén hype, wél noodzaak!**

## **Professionele identiteitsontwikkeling: géén hype, wél noodzaak!**

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Professionele Ontwikkeling in de medische (vervolg)opleidingen, in het bijzonder intensive care geneeskunde, aan de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences van de Universiteit Maastricht.

Geachte rector magnificus,

geachte college van bestuur,

geachte decaan, vice decaan, en overige leden van het Bestuur van de Faculty of Health,  
Medicine en Life Sciences,

geachte leden van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+,

beste collega's, beste studenten,

lieve familieleden en vrienden,

Wat fijn dat jullie er allemaal zijn!

## Inleiding

Ik kan met nog goed herinneren dat toen ik in 1986 geneeskunde ging studeren aan de toenmalige Rijksuniversiteit Limburg, er in het allereerste college een inspirerend betoog gehouden werd door een net afgestudeerde collega, die vertelde dat de keuze voor de studie geneeskunde, en het beroep van arts een verstandige was. Ik kan het inmiddels beamen: de **hedendaagse** gezondheidszorg is inderdaad nog steeds een **prachtige** sector om in opgeleid te worden en in werkzaam te zijn. Hij is wel wezenlijk groter dan destijds. Om u een idee te geven:

De **landelijke** instroom van eerstejaarsgeneeskunde studenten ligt op dit moment rond de 2700, waarvan **370** in Maastricht. Eind 2016 waren landelijk ruim **7000 assistenten in opleiding** tot medisch specialist geregistreerd. Jaarlijks worden 1000 a 1100 opleidingsplaatsen tot medisch specialist verdeeld over de onderwijs- en opleidingsregio's, die bij ons onderwijs en opleidingsregio Zuid Oost Nederland of OORZON. 12% van de instroom van de nieuwe AIOS, assistenten in opleiding, gaat naar de OORZON. In het Maastricht UMC+ doen ongeveer 400 AIOS hun opleiding. Op 1 januari 2016 waren ruim 23000 specialisten geregistreerd, waarvan iets meer dan 40% vrouw. Van deze specialisten werken er zo'n 500 in het Maastricht UMC+.

## Competentiegericht opleiden

De competenties die moeten worden aangeleerd in de geneeskundige opleidingen zijn gestructureerd volgens het CanMEDS raamwerk waarvan u hier een afbeelding ziet.

Dit raamwerk, en de varianten die er op bestaan, geeft aan welke competenties van belang zijn voor de **latere** beroepsuitoefening en dus op het **einde** van de opleiding aanwezig moeten zijn.

Kijkend naar dit raamwerk is er wellicht maar een specifiek **medisch** domein, en zijn de overige competentiedomeinen wat we tegenwoordig **generieke** competentiedomeinen noemen, met bijhorende vaardigheden die **generieke** vaardigheden, soft skills, of nog moderner 21st-century skills of niet-technische vaardigheden genoemd worden. Er komt steeds meer ondersteuning uit onderzoek dat op het moment dat door certificering **toegang** tot de arbeidsmarkt is verkregen, het **slagen** op die arbeidsmarkt bepaald wordt door de generieke competenties.

**Een** van de competentiedomeinen, is dat van de Professional of professionaliteit, dat raakvlakken en overlap kent met de overige generieke competenties. Hierover wil ik u vanuit historisch en wetenschappelijk perspectief iets meer vertellen.

## Geschiedenis van professionaliteit

Veel zaken die we tegenwoordig professionaliteit noemen waren al terug te vinden in de eed van Hippocrates. De termen professie en professional stammen beiden af van het Latijnse

“professus”, voor het eerst gebruikt door Scribonius, arts en apotheker van de Romeinse Keizer Claudius. Hij beschikte over voor die tijd goede medische kennis en medische vaardigheden, zoals het voorschrijven van medicijnen, maar combineerde die medische expertise met zaken als compassie, empathie en mededogen. Deze laatstgenoemde kenmerken van de arts zijn zaken die we momenteel vaak associëren met de term professionaliteit. De term “profession” werd overigens pas in 1541 in het Oxford woordenboek opgenomen.

De wereld was daarna gedurende eeuwen relatief statisch zoals bijvoorbeeld ten tijde van Rembrandt van Rijn, die in 1632 de anatomische les van Dr. Nicolaes Tulp schilderde, momenteel te zien in het Mauritshuis in Den Haag.

De arts had samen met de geestelijken en rechters een bijzondere positie in de maatschappij. Het aantal artsen was beperkt, ze genoten een hoge mate van professionele autonomie, en een aanzienlijke sociale status. Geen discussie over privacy van patiënten, en lichamen van ter dood veroordeelden werden **zonder** toestemming gebruikt voor sectie, en zowel **naam** als **vergrijp** van de ter dood veroordeelde waren algemeen bekend. Het lichaam dat ontleed wordt is dat van de 41-jarige Aris Kindt, die eerder die dag was opgehangen voor diefstal. In die tijd was de strafmaat een andere dan tegenwoordig. Er werd geluisterd naar de dokter, geen lange dialogen met patiënten, zorgcollegae of in de thuissituatie, daarbij geen privé werk disbalans, en burn-out bestond dus ook nog niet. Het gebruik van ter dood veroordeelden werd uiteindelijk verboden, maar de dokter bleef hoog in aanzien staan, en ook op gebied van professionaliteit van de arts veranderde er niet zo veel.

Dat duurde tot de jaren 80 van de vorige eeuw toen maatschappelijke veranderingen aan de basis stonden van tal van visiedocumenten over professionaliteit door allerlei beroepsorganisaties.

U ziet hier een kleine selectie van deze stukken, waarvan al een deel is herzien.

**Maatschappelijke ontwikkelingen** hebben implicaties voor de zorg, onderwijs en onderzoek, en het kijken naar het begrip professionaliteit. De wereld verandert en daarmee ook onze perceptie van wat professionaliteit betekent. Professionaliteit is dus niet **statisch** maar uitermate **dynamisch** in de tijd. De titel van een rapport uit het Verenigd Koninkrijk spreekt boekdelen: *Medical professionalism in a changing world*.

Ik wil kort een aantal van die ontwikkelingen wat meer in detail bespreken.

Er is **terecht** meer aandacht voor teamwork en samenwerking, en de relatie daarvan met patiëntveiligheid en medische fouten, zoals enkele jaren geleden geïllustreerd aan de hand van de sterftcijfers op de afdeling cardiochirurgie van het UMCN St. Radboud in Nijmegen, en meer recent het onveilige klimaat op de afdeling KNO in het UMC Utrecht. Hoewel de cardiochirurgen in Nijmegen ieder individueel voldoende medische kennis en vaardigheden hadden, werkten ze destijds niet goed samen, met als gevolg het optreden van

meer dan gebruikelijke complicaties en sterfgevallen. Ter geruststelling: deze problemen zijn inmiddels opgelost.

Daarnaast zien we al jaren een verschuiving in het geslacht van de studenten geneeskunde en AIOS: dit ten nadele van ons mannen, een trend die we terug zullen gaan zien in de genderverdeling binnen de specialismen. Momenteel is meer dan 70% van de geneeskunde studenten vrouw. En de AIOS werken dan ook nog eens parttime. Waar gaan we qua professionele ontwikkeling toch naar toe mensen.....

Dit dynamische karakter van professionaliteit zien we weerspiegeld in de artseneed, maar ook het Raamplan voor de artsenopleiding waarvan de inhoud en formulering wordt aangepast aan de behoeften van de maatschappij waarin ze worden gebruikt.

Ook op wetenschappelijk vlak is er sprake van dynamiek: van de minder dan 100 publicaties in de wetenschappelijke literatuur met de term professionaliteit in de titel rond het jaar 2000, ligt dat aantal momenteel tussen de 600 en 700 artikelen per jaar. Ik kan u dus vandaag maar een **klein deel** vertellen van wat ik u allemaal zou **willen en kunnen** vertellen! Opvallend in de literatuur is dat de concepten professionaliteit, professioneel gedrag, en professionele identiteitsontwikkeling onderscheiden worden. Ik zal ze u kort toelichten.

## Concepten

In met name Noord-Amerika leunt men erg op het begrip professionaliteit. Professionaliteit heeft hierin betrekking op tal van aspecten, kernwaarden, zoals respect, eerlijkheid, integriteit, redelijkheid, en verantwoordelijkheid. Sommige definities noemen wel er meer dan dertig! Ik wil graag even kijken hoe u hierover denkt. Wie vindt deze aspecten belangrijk voor het functioneren van artsen? Handen omhoog graag.

Zo gaat het vaker. Het zijn theoretische, abstracte, idealistische begrippen, waar we het snel over eens worden qua relevantie, maar die wel lastig observeerbaar en meetbaar zijn, en daarmee ook niet eenvoudig toetsbaar. Het zijn karaktereigenschappen, of persoonlijkheidskenmerken, of traits in het Engels. De term heeft dus raakvlakken wat men vroeger attitude noemde, de normen en waarden **binnenin** een persoon.

Prachtig natuurlijk, en ja, de Noord-Amerikanen **hebben** een punt, ... maar soms is het ook maar de **halve** waarheid. We weten namelijk allemaal dat ons gedrag niet **altijd** optimaal is. Dat van **u** misschien wel, maar dat van **mij** zeker niet, zo leer ik thuis tenminste.... En dat is niet zo vreemd, want afhankelijk van context, bijvoorbeeld de complexiteit van een taak, en de sociale druk die wordt uitgeoefend neemt ons vermogen vast te houden aan onze kernwaarden af. Als een uit te voeren taak maar **moeilijk** genoeg gemaakt wordt, en de sociale druk **hoog** genoeg is, wordt ongeveer 10% van de variantie in ons gedrag bepaald door onze kernwaarden, onze attitude, ervan uitgaande dat die voor nagenoeg iedereen intrinsiek goed zijn.

Professioneel gedrag is dus hetgeen er aan **daadwerkelijk** gedrag onder invloed van de omgeving, de **context** zichtbaar is. In Europa geniet dit concept meer steun, en in mijn optiek is dat ook veel logischer. Ook artikelen van de hand van prof. Kiki Lombarts, hoogleraar professional performance in Amsterdam, benoemen de rol van zowel individuele als contextuele factoren. Daar waar **professionaliteit** dus spreekt over trait, karaktereigenschappen, en wellicht over "wie je *bent*", gaat **professioneel gedrag** meer over state, toestand en situatie, of misschien "wie je *wordt*".

Wellicht is u dat allemaal wat vaag, ik zal het wat concreter voor u maken. Het gedurende 1 ½ uur in multidisciplinair verband bespreken van een moeilijke, patientencasus tijdens een hiervoor gepland overleg, in alle rust, onder het genot van een broodje kroket leidt ongetwijfeld tot een juiste diagnose, en juist beleid. U ziet dat niet, maar de raad van bestuur kijkt afkeurend zie ik, een broodje gezond moet dat natuurlijk zijn!

In de praktijk wordt een patiënt vaak *niet multidisciplinair* gezien, krijgt de assistent of specialist tijdens het nadenken misschien nog 6 telefoontjes over andere patiënten, loopt de verpleging of het secretariaat ook nog binnen, terwijl men nog niet gegeten heeft, de nacht tevoren maar matig geslapen heeft (kinderen...), waarbij de partner dan ook nog even belt dat hij met griep naar huis is gegaan! Vervolgens gaat het reanimatiesein.... Zie het juiste pad bij de eerste patiënt maar te kiezen, en te blijven bewandelen, hoe duidelijk dat pad initieel ook zichtbaar was.

Tot slot spreekt de literatuur de laatste jaren over **professionele identiteitsontwikkeling**, waarmee het ontwikkelingsgerichte karakter van professionaliteit wordt onderstreept. De basis wordt gevormd door genetisch aanleg, en ervaringen in de opvoeding. In de omgeving geobserveerd gedrag wordt daarna in interactie met de omgeving dan wel geaccepteerd, gemodificeerd of verworpen. Dat proces van observeren in een bepaalde context resulteert in een **persoonlijke identiteit**, die door socialisatie, en reflecteren wordt geïnternaliseerd en gepersonaliseerd. Gedrag maakt daarna onderdeel uit van het voor die persoon '**normale**' gedragsrepertoire. Tijdens de opleiding geneeskunde en de vervolgoopleidingen gaat dit proces door resulterend in een **professionele identiteit**, eerst als medisch student, later als AIOS en medisch specialist.

Dit proces is dus complex en deels nog onontgonnen gebied. Het is verre van duidelijk hoe het **precies** in elkaar zit, welke factoren er een rol bij spelen, en of er verschillen zijn tussen specialismen en tussen culturen. Momenteel wordt vanuit Maastricht samengewerkt met Pieter Barnhoorn, huisarts in Leiden, die onder leiding van Prof. Anneke Kramer onderzoek doet naar het proces van professionele identiteitsontwikkeling binnen de huisartsgeneeskunde.

Professionaliteit, professioneel gedrag en professionele identiteitsontwikkeling zijn in mijn optiek dan ook drie kanten van dezelfde munt, vanuit drie verschillende perspectieven



belicht. In het vervolg van mijn betoog gebruik ik deze termen dan ook nogal eens door elkaar.

## Leren, doceren en toetsen

Intuïtief voelen we aan, dat lesgeven in professionaliteit en generieke competenties zinvol is. Ook de populaire media voelen dat aan en er verschijnen dan ook tal van publicaties over het **aanleren** van professionele normen en waarden aan de ene kant, en over **onprofessioneel gedrag** bij studenten en artsen aan de andere kant. De **nadruk ligt** soms meer op **onprofessioneel gedrag**, disfunctioneren, dan op het **aanleren** van professioneel gedrag, wat voor een veel meer mensen waardevol is.

Leuk dat gut feeling, die intuïtie, maar is daar ook bewijs voor zult u wellicht denken? Het antwoord is ja: er steeds meer literatuur beschikbaar die het belang aantoont van generieke competenties voor de kwaliteit van **opleiden** aan de ene kant, en de **kwaliteit van zorg** aan de andere. Het stimuleren van professionaliteit en het streven naar excellentie in patiëntenzorg is dus voor **alle** medisch studenten, AIOS en medisch specialisten belangrijk! Omgekeerd leidt het **onprofessioneel gedrag** van een **enkeling** tot slecht samenwerken, slecht werk- en leerklimaat, het niet naleven van richtlijnen, en het maken van fouten. Op afdelingen waar deze enkeling werkt is dan soms ook veel verloop van personeel, en ze genereren een disproportioneel deel van de klachten bij de hiervoor verantwoordelijke commissies.

Daarnaast is het bekend dat gedrag van studenten **vroeg** in de geneeskunde opleiding voorspellend is voor gedrag **laat** in de geneeskunde opleiding, net als voor gedrag als arts-assistent en medisch specialist. Dit soort verbanden zijn er **ook** tussen gedrag in de medische vervolgoopleidingen en het latere gedrag als medisch specialist. In concretere termen: onprofessioneel gedrag bij medisch studenten en AIOS is geassocieerd met tuchtrechtzaken in de latere carrière!

Misschien denk u dan: dat zullen dan toch wel in het oog springende, extreme zaken zijn die zo voorspellend zijn. Dat valt tegen: meestal gaat het over bijvoorbeeld het niet nakomen van afspraken om zich te laten immuniseren voor hepatitis B, het niet invullen van evaluatieformulieren van onderwijsactiviteiten en het niet betrouwbaar zijn w.b. afspraken, en niet opkomen dagen bij patientgebonden taken, bijvoorbeeld poli- of simulatiepatientencontacten. Eigenlijk allemaal zaken die iets zeggen over verantwoordelijkheid en betrokkenheid.

Aandacht schenken aan professioneel gedrag is dus zinvol! Een rapport van de hand van Scheltus van Luijk, momenteel werkzaam bij de Academie Medische Vervolgoopleidingen gaf in 2002 al aan **hoe** het leren, doceren en toetsen van professioneel gedrag **formeel en informeel** in de curricula kan worden ingebouwd. Gezamenlijk vervolgonderzoek liet zien dat inbedding van professioneel gedrag inmiddels bij alle faculteiten is gebeurd, maar in wisselt format.

In het kader van **formeel** leren worden vaak zaken die iets van conflict en discussie met zich mee brengen gebruikt, het liefst gebaseerd op eigen ervaringen in authentieke context want die geven het beste leerrendement. Een aantal van mijn medisch inhoudelijk interesses, bijvoorbeeld **orgaandonatie na euthanasie**, waarop mr. drs. Jan Bollen in 2018 in samenwerking met Prof. Van Heurn gaat promoveren, lenen zich daar bij uitstek voor.

Bij het **informeel leren** op de werkvloer is het hebben van goede rolmodellen essentieel. Hetgeen we aan de faculteit geneeskunde **prediken** en hetgeen we in de praktijk van het ziekenhuis **doen** dienen dus op elkaar aan te sluiten, en dat is nog zeker niet altijd het geval.

Ik kan me de vraag van dr. Dennis Bergmans, internist intensivist en opleider Intensive Care bij mijn promotie nog wel herinneren, of het hebben van **negatieve** rolmodellen voor het leren niet belangrijk is. Zeker leer je daarvan Dennis, maar niet op een prettige manier helaas zoals jij en ik weten. Het soms **structurele** onprofessioneel gedrag welk assistenten en stafleden, en ondersteunend personeel tijdens de opleiding en erna soms ervaren vind ik persoonlijk bijzonder storend, maar ook onwenselijk vanuit het perspectief van opleiding en patiëntenzorg! Ook komt dit de geloofwaardigheid van deze rolmodellen, naar analogie van de onderzoeken van professor Chris Watling **niet** ten goede. Goede rolmodellen zijn essentieel voor het leerproces. Dan pas zijn de veilige condities om te leren en te werken aanwezig.

Waar onderwijs gegeven wordt moet ook worden beoordeeld. Je zou denken dat er een groot aantal beoordelingsinstrumenten voor professioneel gedrag beschikbaar en onderzocht zijn, maar helaas is dat niet zo. Niet dat dat perse een onoverkomelijk probleem is, want de literatuur laat zien dat ook holistische, subjectieve oordelen over generieke competenties zoals professionaliteit in de handen van ervaren, goed geschoolde beoordelaars betrouwbare oordelen op kan leveren.

Daar waar aandacht wordt geschonken aan professioneel gedrag ontwikkeling en toetsing zullen vanzelfsprekend ook studenten en AIOS met een **professioneel gedrag probleem** worden geïdentificeerd. Dit zal ook zo zijn voor een enkele medisch specialist als straks het beoordelen van individueel functioneren van medisch specialisten verplicht wordt voor herregistratie. De incidentie en prevalentie van structureel onprofessioneel gedrag onder studenten, AIOS en specialisten is gelukkig erg laag, en dit zal dus eerder uitzondering dan regel zijn.

Ik hoor u denken, wat is dan laag? Voor **medisch specialisten** worden getallen van **disfunctioneren** genoemd van 5% maar eerlijk gezegd ontbreekt goede literatuur om dit te onderbouwen. Analyses van **tuchtrechtzaken** leert ons dat minder dan 10% van de klachten ingediend bij de tuchtcolleges betrekking heeft op professioneel gedrag. Eigen onderzoek van **klachten ingediend bij de klachtencommissie** in het Maastricht UMC+ laat zien dat er

numeriek gezien veel **vaker** wordt geklaagd over allerlei aspecten van **professioneel gedrag** dan over **medische inhoudelijke fouten**.

Eigen onderzoek uit Maastricht *onder medisch studenten* laat zien dat een groot aantal studenten per jaargroep zich weleens onprofessioneel gedraagt (tussen 5 en de 8% van de jaargroep krijgt ergens in een jaar een onvoldoende).

Gezamenlijk onderzoek met Marianne Mak, huisarts en promovendus uit onderzoeksgroep van professor Gerda Croiset van de Vrije Universiteit Amsterdam leert ons bovendien dat medisch studenten zich op ten minste 205 manieren kunnen misdragen, in te delen in vier thema's, namelijk gebrek aan inzet, integriteit, interactie of inzicht, inmiddels het vier-i model genoemd.

Als die gedragingen met zogenaamde latente klasse analyse verder worden bekeken zijn er drie student prototypes, of profielen te onderscheiden.

De eerste groep is die van de minder betrouwbare student, die zich niet aan afspraken houdt, maar herkent en erkent wel dat zijn gedrag onprofessioneel is geweest. Deze studenten accepteren hulp en vragen hier soms om.

De tweede groep is de groep studenten die minder betrouwbaar zijn, en minder inzicht hebben in hun eigen functioneren. Feedback wordt niet herkend, maar desondanks accepteert men het standpunt van de beoordelaar en is men bereid mee te denken langs diens lijnen.

De derde groep combineert laatstgenoemde kenmerken met een gebrek aan aanpassingsvermogen. Er is weerstand tegen een verbetertraject, en ook daarin gemaakte afspraken worden ondanks herhaaldelijke feedback niet nagekomen.

De onderscheidende factor tussen de drie groepen lijkt het aan danwel afwezigheid van vermogen tot zelfreflectie en adaptatie te zijn.

De proces stappen signaleren, stimuleren, motiveren, reflecteren, controleren, remediëren, en documenteren, kunnen met name in deze laatste groep bij gebrek aan floreren en excelleren, uiteindelijk leiden tot sanctioneren, zoals opschorten van de studie en weigeren van de toegang tot de klinische opleidingsinstelling.

Helaas is het bijzonder lastig deze studenten op grond van de huidige wetgeving te verwijderen uit de opleiding, het zogenaamde *ludicium abeundi*. Dit kan alleen in extreme gevallen waarbij er een *direct of indirect* gevaar is voor de patiëntenzorg. Hetzelfde geldt eigenlijk voor doorhaling in het artsenregister U ziet hier enkele voorbeelden.

De ervaring van de Commissie Professioneel Gedrag aan de opleiding geneeskunde is dat ***incidentele professioneel gedrag*** problematiek nagenoeg altijd context gebonden is, en dat achter de ***structurele problematiek*** vaak een onderliggend persoonlijkheidsprobleem

schuil gaat. Eerstgenoemde is meestal relatief eenvoudig oplosbaar, laatstgenoemde notoir resistent tegen remediering.

Het percentage studenten per jaar waarbij het onprofessioneel gedrag een **structureel probleem** betreft is erg klein (tussen de 0.5 en 1.5%). Een enkeling maakt het daarbij wel erg bont, zoals het bij herhaling tegen betaling sexuele diensten aanbieden op internet, of het verrichten van sexuele handelingen in openbare ruimtes. Het zou je arts maar zijn! Ik zou zelf graag zien dat dergelijke structureel disfunctionerende studenten laagdrempeliger dan nu het geval is uit de opleiding verwijderd zouden kunnen worden.

Uit eigen onderzoek blijkt dat het met name **mannelijke studenten** zijn die disfunctioneren, een patroon welk door veel internationale studies wordt bevestigd. Beste mannelijke collegae: mijn vrouw wist het al lang, vrouwen kunnen heel veel dingen beter dan mannen op gebied van professionaliteit. In de politiek gaat over het **verkleinen** van de man vrouw verschillen, maar in de zorg is het misschien beter de verschillen te **benadrukken**. Zo is bijvoorbeeld bekend dat vrouwen beter contact maken met hun patiënten, zich meer verdiepen in de sociale context van de patiënten, en empatischer zijn in gespreksvoering. Een recent artikel in het blad Arts en Auto over dit onderwerp meldt dat in aanwezigheid van vrouwen besprekingen lopen beter, er is meer interesse voor de kwaliteit van zorg dan voor de omzet, en er door vrouwen meer achtergrond informatie op röntgen aanvragen genoteerd wordt dan door mannen. De prijs die voor de meer empatische houding van vrouwen betaald wordt, zo zeggen sommige studies tenminste, is bijvoorbeeld het vaker uitlopen van spreekuren, maar ik weet zeker dat Simone, mijn echtgenote en reumatoloog in het Maastricht UMC+, in staat is literatuur te vinden die het tegendeel beweert. U voelt het al aan, ik ben sterk voorstander van nog meer vrouwen in de organisatie! Thuis is 2 wel voldoende.

### **Wat kan er dan nog beter?**

Er is dus al veel bekend en er zijn veel positieve ontwikkelingen te melden. Wat kan er dan nog beter?

### **Ten eerste: meer sturen op generieke competenties**

Er wordt er nog **te weinig** gestuurd op generieke competentieontwikkeling. Dat realiseerde ook de werkgroep van het Nederlandse CanBetter project van de Modernisering Medische Vervolgopleidingen zich, die focuste op vier thema's waaronder doelmatigheid van zorg. Aandacht schenken aan doelmatigheid stimuleert inderdaad de ontwikkeling van de generieke competenties inclusief professioneel gedrag relatief krachtig zo weten we sinds kort uit werk van Dr Cindy Noben en Marlou Kerssens van de Academie Medische Vervolgopleidingen.

Los van het identificeren van **nieuwe thema's** die focussen op generieke competenties is het bezien van **bestaande observatiemogelijkheden** in de opleiding ook

zinnig. Tijdens de opleiding worden AIOS aan de ene kant nog **te weinig frequent** geobserveerd en is er anderzijds **beperkte aandacht** voor de generieke competenties **tijdens** die observaties. Over het algemeen **overschatten** opleiders het percentage geobserveerde klinische contacten **enorm**. Inmiddels is bekend dat **meer en betere supervisie** leidt tot zowel **betere onderwijsresultaten als kwaliteit van patiëntenzorg**.

In contacten die **wel** geobserveerd zijn ligt de nadruk op medische kennis en medische vaardigheden. Dit is bekend voor de klassieke beoordelingsinstrumenten, de korte klinische beoordelingen, maar ook voor de recenter geïntroduceerde zogenaamde Entrustable Professional Activities. Ook deze EPA'S sturen dus **onvoldoende** op generieke competenties, zo blijkt bijvoorbeeld uit het werk van Karsten van Loon, onderwijskundige bij de Academie Medische Vervolgopleidingen, en promovendus onder leiding van Prof Erik Driessen en Prof Pim Theunissen.

Het begint dus met meer observeren. Maar misschien gaat het bij generieke competenties daarnaast misschien nog meer om de **betekenisgeving en duiding** van het geobserveerde dan **sec** het feit dat er geobserveerd **wordt**. Het gebruik van een app ontwikkeld ten behoeve van reflectie op het handelen van studenten, zoals recent onderzocht door Dr. Karen Konigs, was **met** coaching effectiever en nuttiger dan bij het gebruik van de app **alleen**. Duiding kan naast door coaching ook plaatsvinden door middel van narratieve feedback, zoals onderzocht door professor Shipra Ginsburg. Hiervoor moeten de verantwoordelijken dan wel leren **tussen de regels door** te lezen, waarvoor dan toch ook weer enige scholing nodig is.

Ook dient meer aandacht gegeven te worden aan aspecten van professionaliteit die van belang zijn in de hedendaagse zorg. Een voorbeeld is het onderwerp sociale media in relatie tot professioneel gedrag. Dit onderwerp leent zich dankbaar voor het geven van lezingen, maar er is beperkte wetenschappelijke literatuur over beschikbaar. In de praktijk zien we echter wel problemen met gebruik van de sociale media in relatie tot professioneel gedrag, ook in Maastricht.

U ziet hier een voorbeeld uit Groningen, maar vergelijkbare zaken doen zich op meer plaatsen voor.

Drs Sebastiaan Pronk doet onderzoek naar het gebruik van sociale media, en wat hierbij door medisch studenten **professioneel** en **onprofessioneel** gevonden wordt. Hiertoe wordt samengewerkt met het LUMC.

Een ander relatief onbekend terrein is in hoeverre professionaliteit iets is wat zich beperkt tot de werksituatie. Zijn artsen ook privé als arts aanspreekbaar op hun gedrag en zijn de normen en kaders voor artsen anders daar artsen een voorbeeldfunctie hebben in de maatschappij?

Tot slot zijn ook de culturele verschillen in de perceptie van professionaliteit maar heel beperkt onderzocht. O.a. Dr. Wateetip uit Thailand doet hier in Aziatische context samen met Dr de Grave onderzoek naar.

Ook de intensive care geneeskunde is bij uitstek een vakgebied waarin generieke competenties **essentieel zijn** om in multidisciplinair verband ernstig zieke patiënten te kunnen behandelen en hen en hun familie te kunnen begeleiden. Over de exacte behoeften van verpleegkundigen, arts- assistenten, fellows en stafleden intensive care w.b. onderwijs in communicatie bij einde leven gesprekken en hoe men zich hierin professioneel kan opstellen is beperkt informatie beschikbaar, wel dat die behoefte er is. Hier wordt momenteel onderzoek naar gedaan door Lars Hillige, student geneeskunde, onder andere in samenwerking met prof. Vandebeuken.

### Ten tweede: meer sturen op metacompetenties zoals professionaliteit

In 2008 hebben dr. Van Luijk en ikzelf al eens voorgesteld het belang van professionaliteit meer te benadrukken, en daarvoor het CanMEDS model aan te passen met professionaliteit als **kern of overkoepelende** competentie. De literatuur noemt dat inmiddels een metacompetentie.

Wellicht is het daarnaast wenselijk om flexibiliteit, creativiteit en adaptabiliteit toe te voegen als metacompetentie, al dan niet als onderdeel van professionaliteit. Artsen en verpleegkundigen passen zich flexibel en creatief aan veranderende omstandigheden, wensen en vragen van telkens weer andere consumenten en familieleden, ieder met hun eigen persoonlijkheid, wijze van communicatie, cognitieve mogelijkheden en vermogen tot luisteren. Ook Dr. Helen Mertens, sedert maart 2017 lid van de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+ vindt dat, quote “medische professionals .... voorbereid dienen te zijn op de altijd veranderende omgeving, en dus moeten beschikken over een groot adaptief vermogen”. Ik denk dat Dr. Mertens helemaal gelijk heeft. De literatuur over dit onderwerp binnen het medisch domein is beperkt, en we zullen daar dan ook iets aan toe kunnen voegen.

Door Dr. Eline Pragt, anesthesioloog intensivist en Dr van Luijk wordt momenteel een cursus creatief probleem oplossen voor het geneeskunde curriculum ontwikkeld. De New York Times en IBM hielden enkele jaren geleden al een krachtig pleidooi voor creativiteit als **academische expertise** en als **competentie om flexibel te kunnen navigeren** in de toekomst. Ik heb sterk de indruk dat men gelijk heeft.

### Ten derde: meer aandacht voor burn-out tijdens de opleiding

Een van de redenen waarom zorgprofessionals het soms moeilijk hebben en soms onprofessioneel gedrag aan de dag leggen, is dat er sprake is van een al dan niet dreigende burn-out. Een burn-out is dus niet alleen **vervelend** voor betrokkenen, maar ook een **risicofactor** voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Veel studenten, assistenten maar ook medisch specialisten voldoen aan de criteria voor burn-out. De prevalentie voor studenten ligt in Nederland rond de 18%, voor AIOS rond de 12.5 % en voor specialisten tussen de 30 en 65% (getallen uit de VS, afhankelijk van specialisme). Met name de intensivisten zijn at risk! Voor klinisch hoogleraren zijn de cijfers ook schrikbarend. Er worden percentages van meer dan 25% genoemd. Ik zal maar geen handen laten opsteken door de hoogleraren! Is Hans Fiolet in de zaal? Ik wil me bij deze ziekmelden Hans!

Als aan dit soort signalen geen of onvoldoende aandacht wordt besteed dreigt dus uitval. Ook binnen andere beroepen is dit een zorgelijk probleem aan het worden zo hebt u onder andere kunnen lezen in de Volkskrant op 15 november j.l.

Bij artsen is dit probleem echter **dubbel zo groot** zo kunt u lezen in Medisch contact van augustus dit jaar. Als dat echt zo is staat ons nog wat te wachten.

Het in preventieve zin aandacht schenken aan burn-out en andere manieren om vanuit de organisatie ondersteuning voor zorgprofessionals te bieden is echt noodzakelijk.

Ook de intervisie van medisch specialisten sluit hierop aan. Een dergelijk formeel systeem draagt bij aan het kritisch naar elkaars functioneren kijken, faciliteert het geven van complimenten, en elkaar steunen maar ook het elkaar aanspreken op verbeterpunten waar nodig. Dat laatste doen we **onvoldoende**.

Het zelfreinigend vermogen in de zorg is dus te beperkt. Het functioneren, maar ook het disfunctioneren op gebied van generieke competenties zou in **mijn optiek meer** bepalend moeten zijn voor het initiëren van carrière mogelijkheden, danwel het beperken ervan dan momenteel het geval lijkt.

#### Ten vierde: meer samenwerken

Veel opleidingszaken overstijgen de **kerntaak van de academie namelijk opleiding**, sommige zaken overstijgen **het ziekenhuis**, en spelen naast in de **vervolgopleiding en bij specialisten ook in de basisopleiding**. Veel zaken zijn van belang voor **alle ziekenhuizen** in de OORZON, maar ook daarbuiten. Veel zaken zijn niet alleen van belang voor de **tweede lijn**, maar ook voor de **eerste lijn**. Er zijn dus vaak **gemeenschappelijke** doelen, die **alleen, beter of sneller** te bereiken zijn door samenwerking. Het gaat in mijn optiek om **kennis en kennissen**, om **binden en verbinden**, of meer actueel wellicht: **leiden en verleiden**. Oftewel: **samen werkt!**

Een paar korte voorbeelden.

Voor de basisopleiding geneeskunde wordt samengewerkt met het opleidingsinstituut geneeskunde onder leiding van Professor Rethans. Denk aan de verklaring omtrent het gedrag, de VOG, die voor alle zorgprofessionals in instellingen verplicht is. De plicht een VOG te overleggen bestaat **niet** voor medisch studenten, maar wij

vinden dat wel wenselijk. We hebben dat voor Maastricht per 1 januari 2017 gerealiseerd! De eveneens samen ontwikkelde integriteitsverklaring voor medisch studenten die per 1 september 2017 is ingevoerd, gaat waarschijnlijk ook ingevoerd worden voor beginnend AIOS.

Verdere samenwerking zou bijvoorbeeld plaats kunnen vinden door het instellen van een Faculteit en Maastricht UMC+ overstijgende Commissie Professioneel Gedrag (of disciplinaire maatregelen zo u wilt), die zorg draagt voor de afhandeling van onprofessioneel gedrag en disfunctioneren bij zowel medisch studenten, AIOS als medisch specialisten en andere professionals. Ik zou het toejuichen!

Samenwerking met het simulatiecentrum onder leiding van Uli Strauch, en de Academie Zorgopleidingen onder leiding van Michiel van Zandvoort biedt ontwikkel en onderzoeksmogelijkheden binnen het simulatie en verpleegkundig domein. Hetzelfde geldt voor de afdeling Kwaliteit en Veiligheid o.l.v. Mary Derix.

Samenwerking met de School of Health Professions Education, en de OORZON biedt veel mogelijkheden voor innovatie van opleiding en onderzoek, bijvoorbeeld op gebied van burn-out en creativiteit.

De samenwerking met het LUMC, en VUMC is in mijn optiek bijzonder succesvol *en* prettig, en ik verheug me daarnaast op samenwerking met andere centra, waaronder het UMCG en het AMC.

Dames en heren,

Professionele identiteitsontwikkeling en ontwikkeling van generieke competenties is **geen hype** maar **absolute noodzaak!** Ik ben dankbaar dat ik hieraan een klein steentje mag bij dragen, en dank dan ook het College van Bestuur van de Universiteit Maastricht en de Raad van Bestuur van het Maastricht UMC+ voor hun besluit mij deze leerstoel toe te vertrouwen.

Vanzelfsprekend is dat het gevolg, en hopelijk niet het eindpunt van mijn **eigen** professionele identiteitsontwikkeling waaraan zeer velen hebben bijgedragen. Ik kan met veel plezier terugkijken om mijn opleiding tot arts, internist en intensivist, en mijn promotie binnen het medisch onderwijsdomein. Ik zie me nog in de tuin zitten bij Marjo Boumans, nu studieadviseur die haar **uiterste best** heeft gedaan **mij enige** generieke competenties bij te brengen. Marjo, we hebben afgesproken dat ik niets zou vertellen over het door jou bij het casino **onterecht** gewonnen geldbedrag waarover je destijds een **uitermate professionele** brief ontving. Ik zal daar dan ook **niet** over uitweiden.

Professor Graham Ramsay heeft mij enthousiast gemaakt voor de opleiding intensive care geneeskunde, en als stafid intensive care geneeskunde voor Maastricht behouden.



Zijn opvolgers prof. Zwaveling en Roekaerts dank ik voor de **carte blanche** bij het opzetten van de samenwerking van de regionale intensive care afdelingen en het herstructureren van de Intensive Care in Roermond, de mogelijkheid me te mogen ontwikkelen op gebied van medisch onderwijs, en daarnaast onderzoek te kunnen blijven doen binnen het medische domein.

De huidige intensivisten, de IC verpleegkundigen en het secretariaat dank ik voor hun collegialiteit: patiëntenzorg, opleiding en onderzoek is geweldig mooi om samen te doen! Op het gebied van de intensive care opleiding werk ik met **heel veel** plezier samen met Dr. Dennis Bergmans, die inmiddels van de fellows een eigen straatnaam bord heeft gekregen! Dennis, op naar nog meer mooie, gezamenlijke projecten!

Ik ben dankbaar voor de leercurve op gebied van het onderzoek van medisch onderwijs onder leiding en begeleiding van de hoogleraren Cees van der Vleuten, Erik Driessen, en Jeroen van Merrienboer, alsmede Lambert Schuwirth, inmiddels hoogleraar in Australië. Met plezier wordt daarnaast samengewerkt met heel veel andere mensen, waaronder de hoogleraren OudeEgbrink, Dolmans, Heijligers, Stassen, Heeneman, Smeenk, Rethans, en in de toekomst Teunissen, en de collegae Govaerts, Versteegen, Konigs, van der Niet, Brouwer en Stalmeijer, om er maar eens een paar te noemen.

Marij Feij vormt samen met dr. Guy Oudhuis, arts microbioloog nog steeds de spil van de Commissie professioneel gedrag! Dank voor de altijd prettige samenwerking!

Afgelopen jaar ben ik in een warm bad terecht gekomen binnen de Academie medische vervolgopleidingen onder eindverantwoordelijkheid van Dr Hans Fiolet, en Monique Hanraets, directeur en adjunctdirecteur van de RVE. Allemaal **fantastische** mensen om mee te werken in een geweldige sfeer! Ik ga verder niet iedereen met naam noemen. Er zijn trouwens sinds het maken van de foto drie mensen bijgekomen.

Dr. Scheltus van Luijk wil ik **wel persoonlijk** noemen daar hij **en** aan de basis heeft gestaan van mijn promotie, **en** nog werkzaam is bij de Academie! Dank voor je inhoudelijke expertise over deze lange periode! Daarnaast ben je gewoon een superaardige vent!

Mijn ouders mogen deze dag helaas niet meemaken. Bijna iedere dag merk ik dat ik qua generieke competenties het een en ander heb overgenomen van mijn vader. Ik denk dat mijn moeder wel wat bedenkelijk zou kijken als ze zou weten dat ik inmiddels **twee jurken** in de kast heb hangen....

Mijn schoonouders bedank ik voor de niet aflatende interesse in onze privé en werksituatie, en jullie gastvrijheid!

Ceciel en Cor Froijen-Leclaire, ik **spreek** hier over flexibiliteit en creativiteit maar jullie brengen dat al meer dan 15 jaar **in de praktijk** als geweldige oppas! Ik neem mijn petje voor jullie af!

Jasper, Niels en Sanne. Ik ben heel trots op dat jullie nu al zoveel ballen tegelijkertijd in de lucht houden! Het leuke voor mij is ... vandaag mogen jullie pappa een keer **niet** tegenspreken en niet roepen "Pap, doe normaal!"

Simone, het is **jouw** schuld dat ik hier sta! Jij hebt me enthousiast voor medisch onderwijs gemaakt. Regelmatig spreek ik collegae en patiënten die lovend zijn over je generieke competenties, en je leiderschapskwaliteiten, waarna ze later achter komen dat we een stel zijn. Je bent een gezellig levensmaatje, en ja, het lijkt me **heel** verstandig dat jij me **wel** tegen blijft spreken!

Ik heb gezegd!

Maastricht, 15 december 2017

Prof. Dr. Walther N.K.A. van Mook