

Een Hobbelige Oplei- ding: Drempels, Kansen en Strategieën in het Me- disch Opleidingstraject

Mevrouw I. Wallenburg

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
van de Erasmus Universiteit

Inleiding	3
1. Keuzes en selectie voor de medische opleidingen Nederland	5
1.1 De initiële opleiding	5
1.2 De vervolgopleiding	5
1.3 'Kiezen' voor een vervolgopleiding	6
1.4 Opleidingsplaatsen in de medische vervolgopleiding	9
1.5 Toelatingsprocedure voor de vervolgopleiding	10
1.6 Duur van de opleiding	11
2. De werving en selectie van artsassistenten	13
3. De selectie van arts-assistenten in de praktijk	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Kiezen voor en in de geneeskunde	17
3.3 Strategie voor opleiden	20
3.4 Solliciteren naar een opleidingsplaats	25
3.5 De sollicitatie	29
3.6 Conclusies	32
4. Conclusies	34
Literatuurlijst	37

Inleiding

In 1998 zorgde de scholiere Meike Vernooy voor opschudding door met een gemiddeld examengemiddelde van 9,6 voor de derde keer te worden uitgeloot voor de studie geneeskunde. Ze had niet alleen een extreem goed cijfergemiddelde, maar had ook haar vakkenpakket afgestemd op de studie en had diverse bijbaantjes gehad in het ziekenhuis. Op papier was zij de ideale student geneeskunde.

Door haar uitloting kwam de scholiere symbool te staan voor de onrechtvaardigheid van het systeem van gewogen loting. Het toenmalige Dijkzigt Ziekenhuis wilde haar alsnog tot de studie geneeskunde toelaten, maar dit werd tegengehouden door de minister van onderwijs. Uiteindelijk bemachtigde de scholiere via een omweg alsnog een studieplaats; ze kreeg een aanstelling bij de vakgroep Endocrinologie & Voortplanting van het Dijkzigt Ziekenhuis, en werd met een beroep op de hardheidsclausule alsnog toegelaten tot de studie geneeskunde (de Volkskrant, 1998).

De casus past in een al meer dan vijftig jaar oude discussie over de legitimiteit en hoogte van de instroombeperking van de medische opleiding (Dekker, et al., 2009). De maatschappelijke discussies concentreren zich vooral op de initiële opleiding en veel minder op de medische vervolgopleiding, de opleiding tot medisch specialist. Net als voor de initiële opleiding geldt voor de vervolgoopleidingen een instroombeperking. De toegang tot de opleiding geneeskunde geeft studenten dan ook geen garantie op een baan als medisch specialist. De vervolgopleiding vormt een tweede selectiemoment. De criteria en procedures die hier gelden zijn van een andere aard dan voor de initiële opleiding en worden in belangrijke mate bepaald door de beroepsgroep.

Het aantal opleidingsplaatsen wordt landelijk vastgesteld op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan. Vervolgens worden de opleidingsplaatsen verdeeld over de opleidingsziekenhuizen. Basisartsen kunnen solliciteren op openstaande opleidingsplaatsen. Omdat het aantal opleidingsplaatsen beperkt is, is de concurrentie groot. Niet alle studenten geneeskunde komen terecht in het specialisme van hun voorkeur, of doen er een aantal jaren over om de gewenste opleidingsplaats te bemachtigen.

In deze achtergrondstudie gaan we in op de vraag hoe studenten omgaan met de verschillende selectiemomenten in de

studie geneeskunde. Wanneer en op welke manier komen studenten tot een keuze voor een bepaald specialisme? Welke overwegingen spelen hierbij een rol? Hoe gaan zij om met de toetredingsbelemmeringen en wachttijden in de opleiding? Het doel van de achtergrondstudie is inzicht te krijgen in de ervaringen van studenten en artsen-in-opleiding met het opleidingstraject tot medisch specialist. Bij het onderzoek maken we gebruik van literatuur en interviews die we hebben gehouden met coassistenten, Assistenten Niet In Opleiding tot Specialist (ANIOS) en Assistenten In Opleiding tot Specialist (AIOS) van verschillende medisch specialismen. Ook is met een aantal opleiders gesproken over het selecteren van basisartsen voor de vervolgopleiding.

Leeswijzer

De achtergrondstudie is als volgt opgebouwd. In het volgende hoofdstuk gaan we in op de keuze- en selectieprocessen die een rol spelen bij de toegang tot de studie geneeskunde en de medische vervolgopleidingen. In hoofdstuk 2 volgt een theoretische verkenning van de werving en selectie van professionals. In hoofdstuk 3 gaan we vervolgens in op de ervaringen van studenten met de toegang tot de medische (vervolg)opleiding. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies.

1. Keuzes en selectie voor de medische opleidingen Nederland

1.1 De initiële opleiding

Sinds de wijzigingen van de Wet op het hoger onderwijs in 1999 verloopt de toelating tot de studie geneeskunde (de initiële opleiding) langs drie kanalen. Een eerste groep studenten zijn de zogenaamde '8+ scholieren' die direct tot de studie worden toegelaten. Dit zijn de scholieren die gemiddeld een 8 of hoger hebben gescoord op hun eindexamen. Studenten met een lager cijfergemiddelde komen in het lotingsysteem terecht. Dit is een gewogen loting, wat wil zeggen dat hoe hoger het eindexamengemiddelde des te groter de kans is om ingeloot te worden. Daarbij moet worden opgemerkt dat 'wensstudenten' niet alleen onzekerheid hebben *of* ze worden toegelaten, maar ook *waar* ze hun studie kunnen volgen. Het aantal plaatsen per geneeskunde faculteit is beperkt. Het derde toelatingssysteem is die van 'decentrale selectie'. Sinds de wetwijziging van 1999 hebben universiteiten de mogelijkheid scholieren te selecteren op basis van motivatie, inzet en affiniteit met de gezondheidszorg (Geerts en Duijvestein, 2001). De bedoeling van de wet is dat aankomende studenten meer invloed krijgen op hun toelating. Het systeem van decentrale selectie wordt op dit moment toegepast bij vijf van de acht geneeskunde faculteiten in Nederland (Erasmus Universiteit, Universiteit van Amsterdam, Vrije Universiteit, Rijksuniversiteit Groningen, Universiteit van Leiden). Het aantal te verdelen opleidingsplaatsen via decentrale selectie varieert van 16% (Leiden) tot 50% (overige universiteiten).

In het studiejaar 2009-2010 zijn van de beschikbare plaatsen ruwweg 60% toegewezen via centrale loting, 20% via directe plaatsing en 20% via het systeem van decentrale selectie (Tweede Kamer, 2009).

1.2 De vervolgopleiding

In het medisch opleidingstraject volgt na de initiële opleiding de vervolgopleiding, de opleiding tot medisch specialist. Nederland kent 27 erkende specialistische vervolgopleidingen.

gen. De opleidingen worden gegeven in daarvoor erkende opleidingsklinieken. Dit zijn in ieder geval alle academische ziekenhuizen. Ook een groot aantal perifere ziekenhuizen verzorgt (een deel van) de opleidingen. In de meeste gevallen volgen AIOS een deel van hun opleiding in de academie en een deel in één of meerdere perifere ziekenhuizen. Hoe lang een AIOS ergens verblijft en hoe vaak hij van instelling wisselt, verschilt per specialisme, per opleidingsregio en ook per individu.

Na een lange periode waarin er weinig veranderde aan het opleidingsstelsel, worden de medische vervolgoopleidingen nu gemoderniseerd. De opleidingen, die van oudsher werden gekenmerkt door een systeem van 'learning-by-doing', worden gestructureerd volgens een competentiemodel. Dit model, het zogenaamde CANmeds model, is ontwikkeld in Canada (vandaar de toevoeging CAN) en beschrijft de zeven competenties waarin medisch specialisten in opleiding zich moeten bekwaamen: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (Frank, 2005; de Bont, et al., 2009). Het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS), het regelgevend orgaan op het gebied van de medische vervolgoopleidingen van de KNMG, heeft alle wetenschappelijke verenigingen de opdracht gegeven de opleidingsplannen te herschrijven volgens het CANmeds model, met expliciete aandacht voor het toetsen van de competenties en het monitoren van het leerproces. Verder moet er een duidelijker onderscheid komen tussen het leerproces en de bijdrage die AIOS leveren aan het productieproces.

1.3 'Kiezen' voor een vervolgoopleiding

Uit een recent onderzoek van Prismant onder basisartsen komt naar voren dat in 2007 44,2% van de basisartsen bezig was met een erkende medische vervolgoopleiding, bijna 18% de wens had in opleiding te gaan, en 36,5% van de basisartsen niet in opleiding was en ook niet de wens had om een erkende opleiding te gaan volgen. De opleidingen tot bijvoorbeeld spoedeisende hulparts en fertilitateitsarts zijn niet erkend als specialistische vervolgoopleiding en vallen hier dus ook onder. Tot de groep zonder vervolgoopleiding behoren ook de basisartsen die ooit wel aan een vervolgoopleiding zijn begonnen maar deze niet hebben afgemaakt (van der Velde, et al., 2009).

Van de basisartsen die in opleiding wilden, gaf 14,3% de voorkeur aan huisartsengeneeskunde. Ook de kindergeneeskunde en algemene chirurgie zijn populair. Respectievelijk 14,5% en 12,6% van de basisartsen gaf hier hun eerste voorkeur aan. Ook de interne geneeskunde (10,4%) en gynaecologie/obstetrie (8,4%) zijn gewilde specialismen. Als het gaat om de tweede voorkeur, dus als het specialisme van de eerste keuze niet mogelijk zou zijn, blijft de huisartsengeneeskunde populair (19,4%), gevolgd door de interne geneeskunde (9,2%). Slechts 4,3% gaf bij de tweede voorkeur aan voor de algemene chirurgie te kiezen en slechts 3,0% wilde dan gynaecoloog worden (van der Velde, et al., 2009). De huisartsengeneeskunde is dus, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de heilkunde, vaak een tweede keus.

Bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding spelen verschillende factoren een rol. Deze factoren zijn te onderscheiden in persoonsgebonden factoren, zoals interesse in het vakgebied, en omgevingsgebonden factoren. Omgevingsgebonden factoren zijn vooral pragmatische overwegingen, zoals de mogelijkheden voor part time werk en het draaien van diensten. Uit onderzoek blijkt dat aanvankelijk vooral de inhoudelijke interesse voorop staat en dat naarmate basisartsen meer te weten komen over de randvoorwaarden, zoals de duur van de opleiding en mogelijkheden voor deeltijdwerk, deze ook belangrijker worden (Brus en Dekker, 2002; van der Velde, et al., 2009). Verder speelt het hebben van (intensief) patiëntencontact een rol, net als carrière- en promotiekansen, werkbelasting en mogelijkheden om de opleiding in deeltijd te doen. Ook de beschikbaarheid van kinderopvang speelt een rol (Soethout, 2004; Maiorova, et al., 2009).

Uit het eerder aangehaalde onderzoek van Prismant blijkt dat de groep basisartsen van 40 jaar en ouder opvallend vaak kiest voor een opleiding in de sociale geneeskunde (Van der Velde, et al., 2009). Vooral de ouderengeneeskunde is populair bij deze groep. Een opleider ouderengeneeskunde die in het kader van deze achtergrondstudie is geïnterviewd, onderschrijft deze constatering:

Wij hebben een hoge gemiddelde leeftijd. 33 tot 35 jaar gemiddeld. Het zijn vaak mensen die eerder aan een andere opleiding zijn begonnen. We leiden veel huisartsen op, maar hebben ook een internist en nu de eerste longarts. De motieven die AIOS noemen, zijn het kunnen volgen van een eigen agenda, multidisciplinair werken en affiniteit met ouderen (opleider ouderengeneeskunde).

Ouderengeneeskunde is dus vaak een tweede keus. Pas op latere leeftijd en na eerdere ervaringen wordt dit vak ontdekt, of gaan andere overwegingen een rol spelen om voor de ouderenzorg te kiezen.

Van de basisartsen die geen opleiding wilden volgen was een groot deel wel werkzaam als arts (55%). Zij combineerden dit werk soms met een andere functie, zoals een managementfunctie, staffunctie of onderzoeksfunctie. Basisartsen zonder registratie werken vaak bij consultatiebureaus, universiteiten en instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg of preventieve zorg. Zij werken minder vaak in curatieve instellingen dan basisartsen die nog wel een vervolgopleiding willen doen (van der Velde, et al., 2009). Ook zijn zij vaak werkzaam bij gezondheidszorgorganisaties als het RIVM of het Nivel (Pronk, 2007).

Veel genoemde redenen om niet voor een (erkende) vervolgopleiding te kiezen zijn het hebben van een kinderwens in combinatie met beperkte mogelijkheden voor parttime werk, de medisch specialistische (opleidings)cultuur en de aard van het werk (Pronk, 2007). Een andere reden waarom basisartsen zich niet hebben gespecialiseerd is, als ze geen geschikte opleidingsplaats konden vinden en daardoor hebben afgezien van een vervolgopleiding (van der Velde, et al., 2009).

Een belangrijke keuzebepalende factor voor de vervolgopleiding zijn de ervaringen tijdens de opleiding en coschappen. Maar ook de ingeschatte kansen om toegelaten te worden tot een opleiding spelen een rol bij de uiteindelijke keuze, zoals we in hoofdstuk drie zullen zien.

Om in aanmerking te komen voor een opleidingsplaats is het hebben van klinische ervaring belangrijk. 73,6% van de artsen in een vervolgopleiding was voorafgaand aan de opleiding werkzaam als arts. Ook hadden relatief veel van hen een onderzoeksfunctie, vaak in de vorm van een promotieonderzoek (van der Velde, et al., 2009). Onderzoekservaring en meer in het bijzonder het doen van promotieonderzoek spelen een belangrijke rol bij de selectie van artsen voor de vervolgopleiding en daarna, bij het verkrijgen van een plek in een maatschap of vakgroep (zie ook hoofdstuk 3).

1.4 Opleidingsplaatsen in de medische vervolgopleiding

Het aantal opleidingsplaatsen verschilt per specialisme. Jaarlijks adviseert het Capaciteitsorgaan, een stichting bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen, de minister van VWS over het aantal benodigde opleidingsplaatsen voor de verschillende medisch specialismen in het daaropvolgende jaar. Op basis van het advies stelt de minister het aantal te subsidiëren opleidingsplaatsen vast. Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) doet vervolgens een voorstel aan de minister voor de verdeling van de opleidingsplaatsen over de opleidingsinstellingen. Het BOLS (Bestuurlijk Overleg Lichte Structuur), een uitvoeringsorgaan met daarin vertegenwoordigers van de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ en de NFU, heeft daarbij een belangrijke informerende taak. Of alle beschikbare opleidingsplaatsen ook daadwerkelijk worden ingevuld, hangt echter af van de lokale partijen die uiteindelijk beslissen over de realisatie van de opleiding. De medische beroepsgroep speelt dus een belangrijke rol bij de besluitvorming rondom de toegang tot de medische vervolgopleiding, en daarmee de toegang tot de medisch specialismen.

Het aantal opleidingsplaatsen is beperkt. Niet alle afgestudeerde basisartsen stromen daarom (meteen) door in een vervolgopleiding. Het Capaciteitsorgaan spreekt hier van een “basisartsenpool”. Het Capaciteitsorgaan schatte de grootte van deze pool eerder op een ongeveer 8000 basisartsen (Slenter, 2009). Nader onderzoek heeft echter uitgewezen dat de groep basisartsen uit deze pool die in opleiding wil, zeg maar ‘de wachtrij’ voor de vervolgopleiding, aanzienlijk kleiner is. Ongeveer 3300 basisartsen willen in opleiding maar hebben nog geen opleidingsplek. Dat is anderhalf maal het aantal artsen dat jaarlijks aan een vervolgopleiding begint (Duchateau en Schmit-Jongbloed, 2009¹, Van der Velde, et al., 2009). Het gaat hier om totale aantallen; de wachttijd per vervolgopleiding verschilt en hangt samen met de populariteit van het betreffende medisch specialisme en het aantal beschikbare opleidingsplaatsen.

¹ Zie achtergrondstudie D.C. Duchateau & L.J. Schmit-Jongbloed bij dit advies: Het opleidingscontinuüm in beeld. RVZ, 2009

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat basisartsen gemiddeld drie jaar in de pool verblijven in afwachting van een opleidingsplek (van der Velden et al., 2003; Slenter, 2009). In deze periode oriënteren zij zich op een vervolgopleiding en doen voorwerk om tot een opleiding te worden toegelaten.

Het bestaan van een basisartsenpool hangt samen met het feit dat de geleidelijke verhoging van de numerus fixus voor de initiële opleiding niet gelijk loopt met de verhoging van het aantal plaatsen in de vervolgopleiding. Bovendien worden niet alle beschikbaar gestelde (want gefinancierde) opleidingsplaatsen altijd ingevuld. Dit zijn de zogenaamde 'tekort specialismen'. Een voorbeeld hiervan is de oogheelkunde. Maar ook een aantal andere specialismen leiden minder artsen op dan dat er van overheidswege opleidingsplaatsen beschikbaar zijn gesteld (want gefinancierd uit het opleidingsfonds). In 2008 werden bijvoorbeeld circa 100 extra opleidingsplaatsen voor de heelkunde en interne niet ingevuld toen daaraan de eis werd verbonden dat de opleidingsplaatsen moesten worden verdeeld op basis van gemeten opleidingskwaliteit. Opmerkelijk is echter dat sinds de invoering van het opleidingsfonds nagenoeg alle opleidingsplaatsen waar financiering voor beschikbaar is, ook worden ingevuld. Dit lijkt vooral te worden veroorzaakt doordat Raden van Besturen van opleidingsinstellingen druk uitoefenen op de opleidende specialismen om optimaal gebruik te maken van het geld uit het opleidingsfonds.

Er zijn ook specialismen die graag meer willen opleiden dan dat er nu plaatsen worden toegewezen. Voorbeelden hiervan zijn de plastische chirurgie, heelkunde en Maag-Darm-Lever artsen (MDL). Bij deze specialismen worden minder artsen opgeleid dan volgens de beroepsgroep wenselijk is. Aangegeven wordt dat de afhankelijkheid van financiering uit het opleidingsfonds het voor hen onmogelijk maakt meer artsen op te leiden. Daarbij moet worden opgemerkt dat de tekorten die nu worden ervaren ook een gevolg zijn van het krappe opleidingsbeleid dat de beroepsgroepen de afgelopen jaren zelf hebben gevoerd, dus van vóór de komst van het opleidingsfonds.

1.5 Toelatingsprocedure voor de vervolgopleiding

De toelatingsprocedure voor de vervolgopleiding verschilt per medisch specialisme. Bij sommige specialismen is er een

landelijke selectieprocedure, bij andere specialismen vindt de selectie in de opleidingsregio plaats. Ook zijn er verschillen in het aantal kansen dat basisartsen hebben om in opleiding te komen. Voor de urologie is het bijvoorbeeld zo dat een basisarts maar twee keer mag solliciteren. Na een tweede afwijzing volgt geen nieuwe kans. Ook voor andere specialismen gelden dergelijke regels, al zijn deze regels vaak niet formeel vastgelegd. We komen hier in hoofdstuk drie op terug.

De selectieprocedure voor een bepaald specialisme verandert over de tijd. In de heelkunde stond het opleiders bijvoorbeeld lange tijd vrij hun eigen assistenten te selecteren. Toen in de jaren '70 een overschot aan pasopgeleide chirurgen ontstond, werd besloten het aantal opleidingsplaatsen terug te brengen. De selectieprocedure werd daarbij geobjectiveerd door deze te centraliseren. Dat had als gevolg dat opleidingsgroepen assistenten kregen toegewezen die ze vaak niet kenden of zelf niet zouden hebben uitgekozen. Dit leidde tot grote ontevredenheid bij de regionale opleiders. Daarop werd besloten de procedure weer te decentraliseren, maar nu niet per ziekenhuis maar per opleidingsregio (Guicherit, et al., 2002). Opleiders kregen zo weer invloed op de samenstelling van de eigen assistentengroep. Ook hier komen we in hoofdstuk 3 op terug als we de ervaringen van de opgeleiden en opleiders zelf bespreken.

1.6 Duur van de opleiding

De toelatingsbelemmeringen voor de instroom in de initiële en de vervolgopleiding leiden tot een langer studietraject dan op papier noodzakelijk is. Artsen zijn bij de afronding van hun opleiding ongeveer 37 jaar. Dit verschilt enigszins per specialisme. Ook zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen: mannen zijn bij de afronding gemiddeld 1,5 tot 2 jaar ouder dan vrouwen. De formele opleidingsduur verschilt per specialisme en is gemiddeld 12 jaar. Dit zou betekenen dat als een student met 18 jaar van het VWO komt hij of zij op papier op 30-jarige leeftijd medisch specialist zou moeten kunnen zijn. In werkelijkheid zijn zij dus zeven jaar ouder (van der Velden en Hingstman, 2003).

De langere opleidingsduur heeft een aantal oorzaken. Allereerst zorgt het lotingsysteem in een sommige gevallen voor studievertraging. Na te zijn uitgeloot doen veel scholieren het jaar (of jaren) daarop weer mee aan de loting. In de tus-

sentijd volgen zij een andere aanverwante studie of kiezen zij ervoor een jaar elders ervaring op te doen. Na inloting of plaatsing doen medisch studenten meestal langer over de studie geneeskunde dan de zes jaar die daarvoor staan. Uit een recent onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Capaciteitsorgaan blijkt dat de gemiddelde studieduur 7,5 jaar bedraagt. Het studierendement is wel hoog: 90% van de studenten haalt uiteindelijk de propedeuse van de opleiding (waarvan 63% in één jaar) en 90% van de medisch studenten die de propedeuse haalt, slaagt binnen 10 jaar voor het artsenexamen (Slenter, 2009).

Dat medisch studenten langer over hun opleiding doen komt zowel door de ‘normale’ studievertraging veroorzaakt door onvoldoende studieresultaten en nevenactiviteiten, als door een tekort aan opleidingsplaatsen voor coschappen (van der Velden en Hingstman, 2003). Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien lopen studenten ook vertraging op, doordat ze extra activiteiten ondernemen door zich al tijdens de studie voor te bereiden op het verkrijgen van een opleidingsplek bij de door hun gewenste medische specialisatie.

Na het afstuderen werken basisartsen veelal een periode als ANIOS voordat zij aan de vervolgopleiding beginnen. Gemiddeld doen basisartsen er drie jaar over voordat zij toegang krijgen tot de vervolgopleiding (van der Velden, et al., 2003). De duur van deze tussenliggende periode verschilt per specialisme. Hierover zijn geen precieze gegevens bekend. Wel is het zo, dat bij de specialismen waar het aantal opleidingsplaatsen beperkt is, het meestal langer duurt voordat men in opleiding komt. Er moet dan meer werk worden verzet om voor een opleidingsplaats in aanmerking te komen. De periode tussen de initiële opleiding en de opleiding sociale geneeskunde duurt het langste, ruim vijf jaar (Van der Velden en Hingstman, 2003). Dat heeft niet zozeer te maken met schaarste aan opleidingsplaatsen als wel met persoonlijke keuzes. In hoofdstuk 3 gaan we verder in op de ervaringen van opgeleiden met de verschillende stappen in het opleidingstraject.

2. De werving en selectie van arts-assistenten

Het hebben van een eigen beroepsopleiding is één van de centrale kenmerken van een professie (Freidson, 2001). Tijdens de opleiding worden niet alleen de kennis en kunde van het vak overgedragen, maar worden aankomend professionals ook gedisciplineerd in het ‘juiste’ professioneel gedrag. Dit wordt het verborgen curriculum genoemd. De opleiding heeft echter nog een andere belangrijke functie, namelijk die van poortwachter voor de beroepsgroep. De poortwachter moet zowel uitsluiten als controleren. (Husu, 2004; Merton, 1973). Niet iedere basisarts wordt tot de medisch specialistische beroepsgroep toegelaten. De poortwachterfunctie komt vooral tot uiting in de toelating tot de vervolgopleiding, de voortgang tijdens het opleidingstraject en bij de vestiging als medisch specialist in een maatschap of vakgroep na afloop van de opleiding. Charles Bosk laat in een uitgebreide studie naar een Amerikaanse chirurgische opleiding zien dat de opleiding in de eerste plaats een morele opleiding is, waarin een jonge arts moet aantonen niet alleen een kundig arts, maar vooral ook een betrouwbaar en loyaal collega te zijn, die klaarstaat voor patiënten en collega's. Onbetrouwbaar en zelfzuchtig gedrag worden bestraft, in het uiterste geval met beëindiging van de opleiding (Bosk, 2003).

Het rekruteren en selecteren van professionals wordt beschouwd als een samenstel van georganiseerde praktijken die aan de ene kant kunnen worden gezien als een praktische aangelegenheid ('het vullen van de opleiding'), maar waar tegelijkertijd de normen van de beroepsgroep zichtbaar worden (Evans, 1995). Het is daarbij belangrijk om onderscheid te maken tussen het rekruteren en selecteren van professionals. Rekruteren is gericht op het vinden van geschikte kandidaten. Tijdens het selectieproces worden de kandidaten vervolgens getoetst en vergeleken aan de hand van (vaak impliciete) criteria. Deze praktijken van rekruteren en selecteren spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van de medische beroepscultuur en de bestaande beroepshiërarchie. Opleiden is dan ook geen neutrale aangelegenheid, zoals de socioloog Pierre Bourdieu en andere historici van de sociologie van opleiding al lang geleden hebben benadrukt;

het is een politiek proces waarin verschillende waarden en doelstellingen een rol spelen (Bourdieu en Passeron, 1977).

Bourdieu gebruikte de concepten van veld, habitus en kapitaal om te laten zien hoe de sociale wereld vorm krijgt. Het begrip 'veld' omschrijft hij daarbij als een sociale structuur met eigen handelingswijzen en oriëntaties. De medische wereld kan als een apart veld worden beschouwd (Witman, 2008). De 'habitus' is te beschouwen als het innerlijke model van de sociale werkelijkheid, namelijk die van het individu. De habitus is een systeem van disposities; van duurzame, onderbewuste schema's van waarneming en waardering, die aanzetten tot en richting geven aan het praktisch handelen (Pels, 1989 in: Witman, 2008). De kennis die hieraan voorafgaat, is veelal impliciet of 'verborgen' en komt tot stand in een langdurig socialisatieproces. De vitale manier van denken en handelen wordt vooral overgedragen in de praktijk, in het contact tussen de mentor en de leerling (Bourdieu en Wacquant, 1992 in: Van den Brink, 2009). De sociale werkelijkheid wordt op die manier gereproduceerd.

De disposities die samen de habitus vormen, bepalen hoe een mens in een bepaalde wereld staat: de manier waarop hij denkt, waarneemt, handelt en waardeert. De habitus bepaalt dus ook welke activiteiten worden gewaardeerd. Bourdieu spreekt hierbij van 'kapitaal'. Wat als kapitaal wordt beschouwd en hoe het wordt waargenomen, hangt af van het veld waarin het wordt erkend (Witman, 2008). Bourdieu onderscheidt drie vormen van kapitaal: economisch kapitaal, sociaal kapitaal en cultureel kapitaal. Marieke van den Brink, in haar studie naar de aanstellingen van hoogleraren in Nederland, gebruikt in navolging van Bourdieu het concept van kapitaal, maar onderscheidt daarbij drie aangepaste vormen van kapitaal: professioneel, individueel en sociaal kapitaal (Van den Brink, 2009). Dit onderscheid is ook relevant om te onderzoeken hoe jonge artsen worden gewaardeerd als het gaat om het al dan niet verkrijgen van een plaats in een medische vervolgopleiding. In navolging van Bourdieu spreken we dan over symbolisch kapitaal: de eigenschappen en prestaties die onderscheidingswinst opleveren in het medisch veld (Bourdieu, 1997).

Het professioneel kapitaal komt in de medische wereld tot uiting in klinische kennis en vaardigheden, onderwijservaring en onderzoekskwaliteiten. Het gaat dan om de bijdragen die worden geleverd aan de inhoud van het vak.

Individueel kapitaal slaat op de persoon zelf. Het gaat dan om persoonskenmerken als intelligentie, creativiteit, doorzettingsvermogen, betrokkenheid en leiderschap. Met betrekking tot de opleiding gaat het er ook om of iemand 'opleidbaar' is; of iemand openstaat voor kritiek en daar ook iets mee doet. Kenmerken als kennis en intelligentie zijn meetbaar. Een meer soft criterium als 'opleidbaar zijn' is meer subjectief en kan alleen worden beoordeeld in persoonlijk contact. Er wordt daarom gesproken over de 'verborgen dimensies' van individueel kapitaal (van den Brink, 2009). Van den Brink spreekt ook over 'negatief individueel kapitaal'. Dit zijn de persoonskenmerken die een persoon bezit die minder geschikt zijn voor het uitoefenen van een functie, bijvoorbeeld eigenwijsheid of negatief gedrag. Ook onvoldoende commitment, als keerzijde van loyaliteit, is hier een voorbeeld van. Om deze meer softe individuele kenmerken te kunnen beoordelen is het voor opleiders belangrijk om de kandidaat te kennen, of te kunnen vertrouwen op de ervaringen van collega's. Een kandidaat heeft dan referenties nodig. Dit hangt samen met de derde vorm van kapitaal, het sociaal kapitaal.

Sociaal kapitaal heeft betrekking op de sociale netwerken waarin een individu zich bevindt en de mate waarin hij of zij in staat is contacten aan te gaan en te onderhouden. Een vraag die hierbij gesteld kan worden, is of de kandidaat het in zich heeft om toonaangevend te zijn. Een organisatie kan van deze eigenschappen gebruik maken. Van den Brink stelt dat het sociaal kapitaal dat aan een individu kan worden toegeschreven niet alleen moet worden beschouwd als een aanvulling op het professionele en individuele kapitaal, maar daar ook aan bijdraagt (van den Brink, 2009). De reputatie van een kandidaat kan bijvoorbeeld worden versterkt door aanbevelingen van toonaangevende figuren op een bepaald vakgebied.

Het onderscheid tussen professioneel, individueel en sociaal kapitaal zullen we gebruiken om inzicht te krijgen in de processen die een rol spelen bij de toegang tot de medische vervolgoopleidingen. Wat als kapitaal wordt beschouwd en hoe het wordt gewaardeerd, is in de praktijk niet volledig geëxpliciteerd en blijft veelal verborgen. Om inzicht te krijgen in de criteria en deze zichtbaar te maken moeten de processen van het toewijzen en verkrijgen van opleidingsplaatsen 'van binnenuit' worden onderzocht. In het volgende

hoofdstuk worden deze processen verkend aan de hand van een reeks interviews met coassistenten, ANIOS, AIOS, fellows en opleiders van verschillende medisch specialismen.

3. De selectie van arts-assistenten in de praktijk

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk onderzoeken we hoe basisartsen in opleiding komen. We hebben daarvoor interviews gehouden met coassistenten, ANIOS, AIOS, fellows en opleiders van verschillende medisch specialismen. We concentreren ons daarbij vooral op de klinische specialismen. We hebben gesproken met zowel artsen van snijdende specialismen (heelkunde, plastische chirurgie, gynaecologie, urologie) als beschouwende specialismen (dermatologie, kindergeneeskunde, Maag-Lever-Darm(MDL) arts). Voor dit onderscheid is gekozen, omdat de aard van het specialisme mogelijk van invloed is op de selectiecriteria voor AIOS. Ook zijn twee opleiders en een AIOS ouderengeneeskunde geïnterviewd. De geïnterviewden waren werkzaam in verschillende opleidingsregio's. De meesten werkten in de periode dat het interview werd gehouden in een academisch ziekenhuis. Het onderzoek is weliswaar beperkt in aantal (19 interviews), maar op basis van drie jaar durend onderzoek naar de medische vervolgoopleidingen kan worden gesteld dat het hier geschetste beeld in overeenstemming met is met de patronen die in dit bredere onderzoek naar voren komen.

3.2 Kiezen voor en in de geneeskunde

Voor de meeste studenten is de keuze voor een studie geneeskunde een bewuste keuze. Sommige geïnterviewden wisten al vroeg dat ze dokter wilden worden, bij anderen duurde dat wat langer. Een aantal van de respondenten had tijdens het eindexamen hard gewerkt om het examengemiddelde zo hoog mogelijk te krijgen om zo meer kans te maken te worden ingeloot, anderen lieten het meer aan het toeval over. Eén van de geïnterviewden kwam in de opleiding door decentrale selectie.

De eerste jaren van de studie geneeskunde staan de studie en het studentenleven voorop. Sommigen zijn dan al bewust bezig met wat ze daarna willen gaan doen, maar voor de meesten speelt dit nog niet. Dat komt pas aan het eind van

de studie en vooral tijdens de coschappen. De coschappen zijn een moment om uit te vinden welk specialisme het beste bij de student past. De meeste studenten zijn daar heel bewust mee bezig.

Ik wil sowieso wachten tot mijn coschappen, want stel dat ik iets tegenkom dat ik ineens interessant vind, dan heb ik mijn hele studie gefocust op bijvoorbeeld de radiologie terwijl ik dan de gynaecologie ontdek. Ik moet me niet blind staren maar mijn ogen openhouden (beginnend coassistent).

De coschappen vormen een belangrijk moment bij de keuze voor een vervolgopleiding. Ervaringen tijdens de coschappen kunnen de interesse voor een bepaald vakgebied wekken, ondersteunen of juist weerleggen.

Ik dacht dat de radiologie wat voor mij zou zijn, maar daar ben ik tijdens mijn coschappen heel erg op terug gekomen. Nu achteraf zie ik hoe leuk het vak is. Maar toen zat ik tijdens mijn coschap drie weken alleen maar naar lichtkasten te staren met foto's. Toen dacht ik: 'ze zien die patiënten helemaal niet, het zijn de laboranten die de foto's maken'. Het leek me echt verschrikkelijk, het was toen vrij snel over. De coschap interne geneeskunde was in een ziekenhuis met een vrij ouderwetse cultuur. Daar was zo'n sfeertje tijdens de overdracht waarbij je als coassistent niet graag laat zien dat je iets niet weet. De coschap chirurgie was het tegenovergestelde. Een heel andere sfeer, veel informeler. En natuurlijk het opereren. Ja, gewoon het hele sfeertje plus de operaties. Dat was toen wel een bevestiging voor mij (AIOS chirurgie).

Ik wilde neuroloog worden of kinderarts. Maar mijn coschap neurologie was een vreselijke teleurstelling, je kon alleen maar diagnosticeren en de uitvoering van de behandeling moest je aan anderen overlaten. De kindergeneeskunde was vooraf mijn tweede keus, maar de sfeer op de afdeling was tijdens mijn coschap heel slecht. Ik vond dat het nog een tweede kans moest krijgen en ik heb een keuze coschap op een andere afdeling kindergeneeskunde geregeld. Daar was de sfeer nog slechter. Dus dat werd het niet. Tussendoor had ik een coschap gynaecologie gedaan, daar viel alles op zijn plek. De mensen pasten bij mij. Vakinhoudelijk was het leuk en breed, dichtbij de mens. Ook het opereren vond ik leuk. Alles viel op zijn plek (fellow gynaecologie).

Ervaringen tijdens de coschappen en de sfeer op een afdeling zijn bepalend bij de beroepskeuze. Een nare sfeer op een afdeling kan ertoe leiden dat tijdens de studie ontwikkeld enthousiasme voor een bepaalde specialismen eindigt in een teleurstelling. Een tweede kans, zoals de fellow gynaecologie

aan de kindergeneeskunde had gegeven, gaf geen verbetering. Bij het coschap gynaecologie, echter, 'viel alles op zijn plaats'. Soortgelijke bewoordingen gebruikt de AIOS chirurgie over zijn ervaringen tijdens de coschap chirurgie; het klopte. De coschappen helpen de student om te ontdekken wat bij hem of haar past; het is ook een ontdekkingsreis waarin theorie praktijk wordt. De medische vervolgopleidingen die geen plaats hebben in de coschappen, zoals de sociale geneeskunde en de ouderengeneeskunde, worden daardoor benadeeld. Geneeskunde studenten komen niet of nauwelijks met deze specialismen in aanraking, terwijl juist deze ervaring een bepalende factor blijkt te spelen bij de uiteindelijke beroepskeuze. Ook specialismen die slechts kort aan bod komen tijdens de coschappen, zoals de dermatologie, ervaren de korte duur van 'hun' coschap als een nadeel:

Studenten zijn hier maar twee weken. In die tijd leer je ze niet echt kennen. Je bouwt niets met ze op. Je krijgt niet de kans om de 'high potentials' eruit te pikken (opleider dermatologie).

Deze opleider verwijst naar een andere functie van de coschappen, namelijk het 'scouten' van getalenteerde studenten. Een (plaatsvervangend) opleider gynaecologie verwoordt het als volgt:

Dan zie je iemand waarvan je denkt: die zal er wel komen, die voelt zich prettig en laat al zien dat ze begrijpen waar het eigenlijk om gaat. Het hoeft niet degene te zijn die altijd op de voorgrond staat, juist niet waarschijnlijk. Juist de mensen die op het goede moment het goede doen vallen op (plaatsvervangend opleider gynaecologie).

Opleiders proberen 'gescoute' coassistenten te interesseren voor wetenschappelijk onderzoek of een verlengde stage bij hun maatschap of vakgroep. Coassistenten worden dan 'gevraagd' en, als ze dat willen, 'binnen gehaald'. Soms is daarbij sprake van concurrentie tussen specialismen:

Dat merk je met de coassistent beoordeling, dat je denkt: dat is een heel goede. En dan merk je dat ze al eerder in de coschappen zijn gespot door anderen. Dan zijn ze al gevangen voor onderzoek of opleiding en dat soort dingen (plaatsvervangend opleider gynaecologie).

Andersom werkt het ook: voor studenten zijn de coschappen het moment om in beeld te komen bij de opleider en andere stafleden. Tijdens de coschappen kunnen studenten laten zien dat zij geïnteresseerd zijn in de vervolgopleiding. Dat

doen ze door op een positieve manier proberen op te vallen. Bijvoorbeeld door onderzoek te doen en presentaties te houden. In de volgende paragraaf gaan we daar verder op in.

De keuze van coassistenten voor een medisch specialisme wordt ook beïnvloed door de kansen die er zijn om in opleiding te komen. Het geringe aantal opleidingsplaatsen voor bijvoorbeeld de plastische chirurgie en de neurochirurgie schrikt coassistenten af om voor deze specialismen te kiezen:

Ik heb wel eens kort gedacht over de neurochirurgie, dat is natuurlijk ook een mooi vak. Maar ja, daar zijn maar 5 à 10 plekken van per jaar (beginnend coassistent).

Ik dacht: daar kom je nooit tussen. Maar het was wat ik wilde. Ik gaf mezelf twee jaar om het te proberen (plastisch chirurg).

Er wordt ook wel gesproken over ‘makkelijke’ en ‘moeilijke’ plekken om in opleiding te komen. Makkelijke plekken zijn de opleidingen waarvoor het animo minder groot is, zoals de ouderengeneeskunde en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Dit betekent echter niet dat voor deze opleidingen geen selectie bestaat. Een opleider ouderengeneeskunde benadrukte dat ook hij alleen die AIOS in de opleiding wil hebben die laten zien geschikt te zijn voor het vak:

‘Het is hier niet zo dat er 10 mensen staan te dringen voor de deur (...). En dat is wel ons probleem: wij hebben hier weinig te selecteren. Je hebt geen overschot aan mensen waarbij je de beste selecteert. Je kijkt of ze geschikt zijn of niet. Je neemt ze niet als ze niet geschikt zijn’ (hoogleraar ouderengeneeskunde).

In de ouderengeneeskunde bestaat er geen schaarste zoals bij bijvoorbeeld de heelkunde: er valt voor opleiders weinig te kiezen. Het bemachtigen van een ‘moeilijke plek’ vraagt dan ook om meer strategie aan de kant van de basisarts en een lange adem. Daarop gaan we in de volgende paragraaf verder in.

3.3 Strategie voor opleiden

Studenten beschouwen de coschappen als een belangrijke fase van hun studie. Tijdens de coschappen komt het artsenebestaan dichterbij. De geïnterviewden gaven allemaal aan heel bewust bezig te zijn (geweest) met hun coschappen. Niet alleen om uit te zoeken welk specialisme het beste bij

hen past, maar vervolgens ook om ervaring op te doen en zich te laten zien bij de opleiders van het specialisme van hun voorkeur. Pas tijdens de coschappen wordt het voor de meeste studenten duidelijk dat het verkrijgen van een opleidingsplaats geen zekerheid is, maar dat daarvoor moet worden gewerkt:

Ik had geen idee dat het zo'n 'struggle' was om in opleiding te komen, en ik had ook geen idee hoe belangrijk het was om je CV op te bouwen en hoe belangrijk het was om lid te zijn van een studentenvereniging. Ik had daar echt geen kaas van gegeten. Er gaat nu een wereld voor me open. (Coassistent GYN laatste fase).

De vraag 'hoe in opleiding te komen' is een belangrijke kwestie voor coassistenten. Om in aanmerking te komen voor een opleidingsplaats moet een student eerst aantonen een geschikte kandidaat te zijn. Ze moeten 'in beeld' zien te komen bij de opleider en andere stafleden. Studenten weten vaak niet hoe ze dat moeten doen. Onderling wordt daar wel veel over gesproken en de kunst wordt afgekeken bij ouderejaars AIOS. Het doen van wetenschappelijk onderzoek is een veel toegepaste strategie, net als het aangaan van een verlengde stage (de zogenaamde 'keuze coschap' of 'semi-arts stage') bij het specialisme van voorkeur. Door zich aan te bieden voor onderzoek toont de student interesse in het vakgebied en komt hij of zij meteen in contact met de opleider en andere stafleden, zoals naar voren komt in de volgende uitspraak:

Je moet bij de juiste mensen onderzoek doen en die moeten je naar voren duwen. Dan kom je er (coassistent laatste fase).

Het coschap wordt dus ook gezien als een opstapje naar de volgende fase. Een succesvol coschap wordt soms vervolgd met een aanstelling als ANIOS. De student wordt dan beloond voor de geleverde inspanningen. Het verkrijgen van een ANIOS schap kan worden gezien als een fase in het selectieproces. Door ANIOS te worden, wordt een basisarts toegelaten tot de medische praktijk. Een ANIOS functie is vaak de eerste echte baan als arts. Basisartsen doen tijdens de ANIOS periode ervaring op met zelfstandig klinische werk. Een ANIOS plaats wordt ook wel als een soort wachtfunctie omschreven omdat deze periode niet alleen is bedoeld om werkervaring op te doen, maar vaak ook om 'voor te sorteren' voor een opleidingsplaats.

Ik heb er bewust voor gekozen om mijn heilkunde co-schap in dat ziekenhuis te doen. Ik weet dat dit ziekenhuis als een goede opleidingsinstelling bekend staat en een goede uitvalsbasis is om verder te komen als ik verder wil in de chirurgie (beginnend co-assistent).

Ik zat in een ziekenhuis in Amsterdam. En dat is op zich een heel goede kliniek, waar iedereen heel graag wil werken en waar je soms ook spontaan in opleiding kan komen doordat die vakgroep daar best wel goed pusht in die gesprekken (met de overige commissieleden tijdens de sollicitatieronde). Er zijn best veel mensen vanuit dat ziekenhuis aangenomen zonder onderzoekservaring in vergelijking met een academisch ziekenhuis (AIOS gynaecologie).

Het is dus niet alleen belangrijk om een ANIOS plek te hebben, maar ook om in het juiste ziekenhuis ANIOS te zijn. Het helpt dan om in het betreffende ziekenhuis ook de co-schap te hebben gedaan. In de ene instelling maakt een ANIOS meer kans om door te stromen in de vervolgopleiding dan in de andere instelling. Co-assistenten en basisartsen weten door onderling contact vaak wel waar ze moeten zijn.

Soms wordt de selectiefunctie van het ANIOS-schap meer expliciet gemaakt, zoals bij de vakgroep plastische chirurgie van een UMC in het westen van het land. De ANIOS-periode maakt daar onderdeel uit van de selectieprocedure voor de vervolgopleiding. Gedurende een jaar worden ANIOS-uitgedaagd zichzelf te bewijzen in de kliniek. De ANIOS wordt daarbij geobserveerd op gedrag (hoe gaat hij of zij om met patiënten en met de verpleging?) en technische vaardigheden in bijvoorbeeld de operatiekamer (heeft hij of zij gevoel voor opereren?). De ANIOS wordt daarbij intensief begeleid om hem of haar de kans te geven zich te verbeteren. Een goed functionerende ANIOS komt in opleiding. De opleider geeft aan dat deze 'testfase' niet alleen bedoeld is om de beste artsen te selecteren, maar vooral ook om uit te vinden of iemand geschikt is om plastisch chirurg te worden:

Juridisch is het heel moeilijk om een AIOS uit de opleiding te zetten. Het gevaar bestaat dat je iemand opleidt die je niet wilt en van wie je weet dat hij later gaat disfunctioneren. Ons selectiesysteem biedt ook geen garantie, maar geeft wel de kans iemand voor een langere periode te zien functioneren. Dat geeft een goed beeld (opleider plastische chirurgie).

De selectie van ANIOS kan dus ook worden gezien als een onderdeel van het interne veiligheidssysteem van de medi-

sche beroepsgroep (Mesman, ongepubliceerd manuscript). Tijdens de ANIOS periode wordt gekeken of een kandidaat geschikt is om arts te worden.

Het is hier belangrijk om op te merken dat het ANIOS-schap niet alleen wordt gebruikt om in opleiding te komen. Sommige basisartsen worden ergens ANIOS omdat ze nog niet weten wat ze willen doen. Een ANIOS-schap biedt dan de kans om een bepaald specialisme ‘uit te proberen’.

Een veel toegepaste methode om in aanmerking te komen voor een opleidingsplaats is het doen van wetenschappelijk onderzoek. Dit wordt meestal gedaan in combinatie met klinisch werk.

‘Nou ja, ik heb wel heel erg goed moeten uitstippelen wat nou de beste carrière moves waren om überhaupt in de opleiding te komen. Want het is heel moeilijk. [...] ik heb heel bewust gekozen voor een onderzoeks-traject, omdat ik dacht dat het mijn kansen zou vergroten’ (ANIOS gynaecologie2).

Je wilt laten zien dat je geïnteresseerd bent in het vak. Dat kun je laten zien aan je werkervaring; dat je je verdiept hebt in het vak en dat je wetenschappelijk onderzoek hebt gedaan (AIOS urologie).

Het doen van onderzoek helpt om zichtbaar te worden en je als ANIOS te onderscheiden van de rest. Het helpt ook om ‘jezelf interessanter te maken’ zoals een ANIOS gynaecologie het uitlegde. Hoe belangrijk onderzoek is, verschilt per specialisme. Voor sommige medisch specialismen geldt dat je nauwelijks een kans maakt om in opleiding te komen als je geen (promotie)onderzoek hebt gedaan. Dit zijn de medisch specialismen waar weinig opleidingsplaatsen beschikbaar zijn en de concurrentie dus groot is, zoals bij de plastische chirurgie en de urologie. Voor andere medisch specialismen geldt dat (promotie)onderzoek geen voorwaarde is om in opleiding te komen, al blijkt het wel een belangrijk kwalificatiepunt na de opleiding in sollicitaties bij een maatschap of vakgroep:

Zo’n promotie is toch wel een belangrijke bagage die ik nu niet heb. Je ziet heel vaak dat er een gepromoveerde kinderarts wordt gevraagd. En dan denk ik: jeetje, had ik daar nu maar vier jaar in geïnvesteerd, dan had ik er nu beter voor gestaan. Maar dat is de keus die ik heb gemaakt (fellow kindergeneeskunde).

Het doen van onderzoek is dus belangrijk om een plaats in een vervolgopleiding te krijgen. Opleiders benadrukken dat het helpt, maar dat wat de studenten in de kliniek laten zien, bepalend is of zij in aanmerking komen voor een opleidingsplaats. Het artsenvoerwerk is de basis. Bovendien moeten ANIOS goed kunnen functioneren in de artsengroep. Het doen van wetenschappelijk onderzoek of bestuurswerk komt daar bovenop.

De 'gut feeling' is of iemand gaat functioneren, daar gaat het uiteindelijk om (opleider dermatologie).

Chirurg: Deze laatste kandidaat was erg goed. We waren allemaal 'flabbergasted'. Ze was onze absolute nummer één.

Interviewer IW: Wat was er zo goed aan haar?

Chirurg: Ze had niet alleen geneeskunde gestudeerd, maar ook kunstmatige intelligentie. Ze kon daar heel goed over vertellen. Ook had ze in allerlei commissies en besturen gezeten. Ze was sociaal heel vaardig, was aanvoerder van de assistentengroep (opleider heelkunde).

Een goede kandidaat past in de assistentengroep en vooraf moet duidelijk zijn dat iemand 'gaat functioneren', zoals de eerste opleider verwoordde. Maar als de concurrentie groot is, is dat weliswaar een noodzakelijke voorwaarde, maar nog onvoldoende om door de selectie te komen. Een assistent moet iets extra's met zich meebrengen. Dat kan, in de termen van Bourdieu, in de vorm van professioneel kapitaal, zoals het bijdragen aan internationale wetenschappelijke publicaties en congressen. Maar, zoals de uitspraken van de opleider heelkunde laten zien, ook individueel kapitaal is belangrijk. De beschreven kandidaat bracht ervaringen en eigenschappen met zich mee die een bijdrage konden leveren aan de heelkunde en de opleiding. De opleiders wilden haar graag hebben.

Het zijn niet alleen de co-assistenten en ANIOS die hun best doen om op te vallen. Zoals eerder werd opgemerkt proberen ook opleiders de beste jonge artsen te vinden en hen te interesseren voor hun vakgebied. Een chirurg noemde deze groep artsen 'goudhaantjes'. Daarbij wordt geconcentreerd tussen medisch specialismen:

Soms kom je een goudhaantje tegen waarvan je meteen weet dat die het gaat maken. Die probeer je dan te interesseren voor onderzoek of voor de opleiding. Ik had laatst zo iemand. Zij had al een toezegging bij de

orthopedie. Ik probeerde haar over te halen voor de chirurgie. Ze koos echter voor de orthopedie (opleider chirurgie).

De concurrentie tussen opleiders om een talentvolle coassistent of basisarts kan vanuit het gedachtegoed van Pierre Bourdieu worden begrepen als een strijd om symbolisch kapitaal. Er wordt dan geconcentreerd om de professionele, individuele en sociale eigenschappen van de kandidaat waarmee de kandidaat een bijdrage kan leveren aan de betreffende vakgroep en beroepsgroep:

Deze assistent komt in landelijke besturen, wordt hoofd van een kliniek. Dat zie je nu al gebeuren (opleider chirurgie).

De kandidaat die hierboven door een opleider chirurgie wordt beschreven, is er één waarvan opleiders hopen dat ‘ze die binnen halen’. Maar lang niet alle basisartsen zijn zo gewild dat ze worden ‘gescout’ of gevraagd. Het merendeel moet hard werken voor de opleidingsplek en daarbij concurreren met andere kandidaten. Hierover gaat de volgende paragraaf.

3.4 Solliciteren naar een opleidingsplaats

Er zijn verschillende manieren om in opleiding te komen. De meest gebruikelijke manier is om te solliciteren naar een opleidingsplaats. In deze paragraaf gaan we in op de verschillende mechanismen die daarbij een rol spelen. Ook beschrijven we op basis waarvan opleiders kandidaten beoordelen.

De sollicitatieprocedures verschillen per medisch specialisme. Voor de meeste specialismen zijn de sollicitatieprocedures terug te vinden op hun websites. De heelkunde heeft bijvoorbeeld een landelijke sollicitatieprocedure. Kandidaten sturen hun brief en CV met referenties naar een centraal punt. Ze kunnen daarbij aangeven naar welke opleidingsregio hun voorkeur uitgaat. Voor bijvoorbeeld kindergeneeskunde en dermatologie gelden decentrale sollicitatieprocedures; belangstellenden wenden zich met hun brief direct tot de hoofdopleider in een regio. De sollicitatieprocedures verschillen niet alleen per specialisme, maar ook per opleidingsregio. Soms worden assessment bureaus ingehuurd om de sollicitatie te begeleiden. Anderen hebben zelf een competentie-model ontwikkeld waarop kandidaten worden gescoord en met elkaar vergeleken. Op weer andere plaatsen vinden er alleen gesprekken plaats met een sollicitatiecommissie.

De sollicitatieprocedures staan in principe open voor alle kandidaten met een geschikte vooropleiding. De kans om te worden aangenomen is van verschillende factoren afhankelijk. Kandidaten moeten allereerst voldoende klinische ervaring hebben en zich onderscheiden van hun collega assistenten. Zeker als de concurrentie groot is moeten zij ‘eruit springen’. Vaak genoemde voorbeelden zijn het hebben meegewerkt aan wetenschappelijke publicaties en het beoefenen van (of hebben gedaan aan) topsport. De betekenis van wetenschappelijke publicaties hebben we eerder besproken. Topsport is van betekenis omdat het laat zien dat een kandidaat beschikt over een ‘drive’ en doorzettingsvermogen. Een opleider maakte daarbij wel de kanttekening dat topsporters ook de neiging hebben vooral voor zichzelf te gaan, wat een minder geschikte eigenschap is voor een arts in opleiding.

Bij het solliciteren naar een opleidingsplaats is het ook van belang om over de juiste referenties te beschikken. Dat is vooral belangrijk als kandidaten solliciteren buiten de eigen opleidingsregio, dus als de opleiders hen niet persoonlijk kennen.

Iemand die we kennen heeft een streepje voor, dat kan ik niet ontkennen. Je weet hoe mensen werken, dat is heel belangrijk. Als iemand van buiten solliciteert denk ik toch: Hé, waarom is die niet in de eigen regio gebleven? Is daar iets mis mee? Sommigen hebben daar een heel plausible verklaring voor, maar die wil ik wel weten (opleider chirurgie).

Artsen die van buiten het cluster komen zijn volgens deze opleider ‘verdacht’. Opleiders checken daarom altijd de referenties van een kandidaat. Ze willen weten hoe iemand werkt en wat ze van de persoon kunnen verwachten. Opleiders willen vooral weten hoe de kandidaat omgaat met patiënten en met collega’s. De samenhang van de assistentengroep en ‘rust in de groep’ worden zeer belangrijk gevonden. Externe kandidaten worden daarom vaak gevraagd voor korte periode mee te lopen zodat de stafleden de kandidaat beter kunnen beoordelen. Ook zijn referenten belangrijk om de kandidaat aan te bevelen. Vooral als de referent een gezaghebbend iemand is in het vakgebied ‘dan lees je de sollicitatiebrief toch anders’, zoals een opleider dermatologie het uitdrukte. In termen van Bourdieu is het kunnen aandragen van invloedrijke referenten een uiting van het hebben van een

netwerk en dus het bezitten van ‘sociaal kapitaal’ (Van den Brink, 2009).

Soms plaatst de afhankelijkheid van een netwerk de kandidaat voor een lastig dilemma, zoals uit onderstaande uitspraak blijkt:

Ik wil graag naar Amsterdam voor de opleiding. Daar is een moordende concurrentie, ook tussen de ANIOS die daar al zitten. Als je van buitenaf komt maak je dan weinig kans. Bovendien is de vraag in hoeverre mijn baas hier (in de instelling waarin de basisarts nu werkt, IW) beledigd is als ik solliciteer: wil hij dan wel mijn referent zijn? En maak ik hier dan nog een kans voor de opleiding als ik in Amsterdam word afgewezen? (basisarts MDL).

Een belangrijke vraag voor basisartsen die in opleiding willen is *wanneer* ze kunnen solliciteren naar een opleidingsplaats. Het moment van solliciteren hangt af van de persoon zelf, de kansen die er zijn om te worden aangenomen en de ongeschreven regels die hiervoor bestaan. Dit verschilt per specialisme en soms ook per regio. Sommige ANIOS ‘solliciteren gewoon’ zoals een geïnterviewde ANIOS chirurgie die na drie maanden ANIOS schap meedeed aan de sollicitatieronde en meteen werd aangenomen. Anderen zetten eerst een strategie uit om de kansen op succes te vergroten. Dat hangt samen met de kans die ze maken om in opleiding te komen. In enkele instellingen is het een ongeschreven regel dat assistenten pas solliciteren als de opleider hen daartoe uitnodigt. Eerder maken zij geen kans. Bij andere instellingen geldt die regel niet en kan de assistent zelf uitmaken wanneer ze de stap willen zetten. Overigens overleggen assistenten dit wel vaak met de opleider. Vooral als assistenten in de eigen opleidingsregio solliciteren is de steun van de eigen opleider onontbeerlijk. Deze opleider kent de kandidaat en kan de kandidaat bij de andere commissieleden aanbevelen. In weer andere instellingen geldt een anciënniteitsregel waarbij de oudste ANIOS doorstroomt in de opleiding. De ANIOS moet dan wel de tijd in de betreffende kliniek uitzitten om ‘oudste’ te kunnen worden en tussentijds goed genoeg bevonden worden.

De vraag wanneer kan worden gesolliciteerd is vooral urgent bij specialismen waarbij sollicitanten maar één kans krijgen, zoals in het recente verleden bij urologie het geval was:

Ik had toen een redelijk zware CV; ik had bijna twee jaar ervaring als ANIOS, ik had onderzoek gedaan, ik had drie goede referenten die me ondersteunden. Ik wilde meedoen met de sollicitatieronde, maar zag dat andere AIOS waren gepromoveerd. Ik besloot dat ook eerst te gaan doen. Ik vroeg bij de opleider de zekerheid om daarna in opleiding te komen. Dat is toen ook geregeld (AIOS urologie).

Het aantal kansen is vaak niet formeel vastgelegd. Vaak bestaat er een ongeschreven regel hoe vaak een kandidaat aan een sollicitatieronde mee kan doen en dan ook nog kans heeft te worden aangenomen voor de opleiding. Bij de opleiding gynaecologie in een opleidingsregio in het westen van het land geldt bijvoorbeeld dat een kandidaat maximaal aan twee sollicitatierondes mee mag doen. Na twee afwijzingen wordt het heel lastig nog een plek te vinden. Veel opleiders zeggen een leeftijdsgrens van 40 jaar te hanteren: daarboven wordt iemand te oud bevonden. Bovendien gaat dan de vraag spelen waarom het nog niet eerder is gelukt: zou er iets mis zijn met deze persoon?

Als de kansen om in opleiding te komen beperkt zijn, is het belangrijk om te kunnen vaststellen wanneer het CV 'zwaar genoeg' is om mee te doen aan een sollicitatieronde. Kandidaten vullen hun CV aan met een promotieonderzoek of besluiten nog een sollicitatieronde af te wachten om in de tussentijd hun CV 'op te krikken' om vervolgens 'de gok te wagen'. Anderen maken juist gebruik van de 'twee kansen regel' en doen al vroeg mee aan een sollicitatieprocedure met het idee dat 'als ze me afwijzen en me niet kwijt willen moeten ze me volgend jaar wel aannemen'. Iedereen heeft dus een eigen strategie of tactiek om een opleidingsplaats in de wacht te slepen.

In het recente verleden was het zo dat voor uitzonderlijk goede kandidaten die zich tussentijds meldden er in samenwerking met de zorgverzekeraar een extra opleidingsplaats kon worden gecreëerd. Een aantal geïnterviewde opleiders geeft aan dat deze weg sinds de komst van het opleidingsfonds is afgesneden. Extra opleidingsplaatsen moeten door de maatschap of instelling zelf worden gefinancierd. In de praktijk gebeurt dat niet. Het komt daarom nu vooral aan op de sollicitatieprocedure. Wel is het soms zo dat zeer goede kandidaten bij uitzondering alvast een opleidingsplek wordt beloofd, maar dat gaat dan ten koste van het aantal te vergeven plaatsen in de daaropvolgende sollicitatieronde.

Het is belangrijk op te merken dat het niet alleen de opleiders zijn die over het aantal plaatsen gaan, maar dat hierover ook afspraken worden gemaakt binnen de wetenschappelijke verenigingen. Die afspraken maakten het ook in het (recente) verleden lastig om meer op te leiden dan aanvankelijk was afgesproken. Het is dus niet alleen het opleidingsfonds dat het aantal opleidingsplaatsen limiteert.

Voor coassistenten en ANIOS geldt nog een andere mogelijkheid om in opleiding te komen, en dat is de AGIKO constructie (Assistent Geneeskundige In opleiding tot Klinisch Onderzoeker). ZonMW financiert ieder jaar twintig van deze onderzoeksplaatsen. Voorwaarde voor deze constructie is dat de assistenten een opleidingsplek in het vooruitzicht hebben. De constructie is bedoeld basisartsen de mogelijkheid te geven een promotieonderzoek met een vervolgopleiding te combineren. Vaak doen zij eerst twee of drie jaar onderzoek en stromen dan door in de vervolgopleiding. Door basisartsen wordt de constructie gezien als een ‘sluiproute’ naar de opleiding. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de geïnterviewden aangaven dat promoveren ‘niet niks’ is, en dat ‘een AGIKO plek’ een geslaagde constructie is als de arts ook intrinsieke motivatie heeft om wetenschappelijk onderzoek te doen.

Meestal zijn het de opleiders die een onderzoeksvoorstel indienen waarna basisartsen naar de onderzoeksplek (en opleidingsplek) kunnen solliciteren. Soms krijgen ANIOS de mogelijkheid zelf een onderzoeksvoorstel te schrijven. Als die wordt gehonoreerd, en de opleiders vertrouwen hebben in de klinische mogelijkheden van de kandidaat, heeft de ANIOS daarmee een plek in de opleiding binnen gehaald. De concurrentie om AGIKO constructies is groot, ook binnen de instellingen. Per instelling mogen jaarlijks drie voorstellen bij ZonMW worden ingediend. In geval van concurrentie binnen de instelling kan dat betekenen dat onderzoeksvorstellen soms nog even op de plank blijven liggen en de betreffende ANIOS dan langer moet wachten op een plaats in de vervolgopleiding.

3.5 De sollicitatie

In de interviews met opleiders werd benadrukt dat de sollicitatieronde een serieuze aangelegenheid is. ‘Het is echt geen handjeklap zoals sommige assistenten soms vermoeden’ benadrukte een opleider chirurgie. De sollicitatiebrief en CV

vormen de eerste selectie. Hieruit moeten interesse, motivatie en ervaring spreken. Maar als het aantal sollicitanten groot is, is dat nog onvoldoende om voor een gesprek te worden uitgenodigd. Er is dan iets extra's nodig, bijvoorbeeld op het gebied van topsport, onderzoek of buitenlandervaring. Sommige opleiders scoren de brieven op basis van lokale, voor dat specialisme ontwikkelde competentieprofielen. Een opleidingsgroep kindergeneeskunde in het oosten van het land werkt daarbij samen met een assessmentbureau. Het doel van de procedure is om een zo objectief mogelijk beeld te krijgen van de kandidaten en te voorkomen dat opleiders vooral bezig zijn de eigen assistenten in de opleiding te helpen.

De meest geschikt geachte kandidaten worden vervolgens voor een gesprek uitgenodigd. Alle opleiders uit de regio hebben zitting in de sollicitatiecommissie. Meestal zitten hierin ook één of meerdere AIOS. De mening van AIOS wordt belangrijk gevonden:

AIOS hebben een belangrijke stem, want zij hebben aanvullende informatie (...). Als AIOS goed onderbouwd kunnen aangeven dat iemand een oncollegiaal mens is, dan heeft die eigenlijk geen kans meer (opleider chirurgie).

Belangrijk is verder dat het op persoonlijk vlak klikt tussen de kandidaat en de opleiders. Een ander belangrijk criterium is of de kandidaat past in de grotere groep van zittende assistenten:

Er moet een klik zijn met de groep. Assistenten hebben grote invloed op het functioneren van de hele vakgroep en de sfeer op de afdeling. Als dat niet goed zit heb je een heel groot probleem (opleider dermatologie).

In de praktijk bestaat de sollicitatieronde uit drie verschillende fasen waarbij de drie vormen van symbolisch kapitaal in de verschillende fasen afwisselend op de voorgrond staan. De eerste fase is die van 'bewezen geschiktheid in de klinische praktijk'. Opleiders willen de assistent aan het werk hebben gezien. Individuele capaciteiten (kan deze persoon overweg met patiënten en verpleegkundigen) en professionele capaciteiten (is hij of zij technisch vaardig) spelen dan een belangrijke rol. De tweede fase is de schriftelijke sollicitatie: de brief en het CV. Daaruit moet de professionele geschiktheid blijken. De kandidaat moet klinische en wetenschappelijke ervaring hebben. Bovendien moet de schriftelijke sollici-

tatie laten zien dat de kandidaat overtuigd is van de keuze voor het betreffende medisch specialisme. Als het aantal aanmeldingen (veel) groter is dan het aantal opleidingsplaatsen is professionele geschiktheid onvoldoende om te worden uitgenodigd voor een gesprek. Individuele eigenschappen en ervaringen worden dan weer belangrijker; iemand moet 'eruit springen' door iets bijzonders te hebben gedaan, zoals topsport. De individuele en sociale eigenschappen staan op de voorgrond bij de derde sollicitatiefase: het gesprek (of meestal: de gesprekken) zelf. Het moet 'klikken' op persoonlijk vlak. De ANIOS die zitting hebben in de commissie informeren vooraf bij collega's of de kandidaat 'een goede collega is', dat wil zeggen collegiaal en betrouwbaar. Informatie van binnenuit is dan van belang. In deze fase wordt ook het netwerk weer belangrijk: de kandidaat maakt meer kans als hij de steun krijgt van gezaghebbende figuren, zowel in de vorm van referenties als binnen de sollicitatiecommissie zelf.

Zeker voor de populaire specialismen als de kindergeneeskunde, heelkunde en gynaecologie geldt dat er (veel) meer kandidaten dan opleidingsplekken zijn. Een groot aantal kandidaten wordt dan ook niet aangenomen. Voor opleiders betekent een afwijzing echter niet altijd een definitieve afwijzing:

Deze kandidaat komt er wel maar ze heeft heel weinig klinische ervaring. Ze komt er absoluut, maar nu nog niet. Laat haar eerst maar even haar wetenschappelijke werk afmaken (opleider chirurgie).

Deze opleider, die in het interview vertelde over een aantal kandidaten die bij zijn opleidingsgroep hadden gesolliciteerd, is ervan overtuigd dat de kandidaat waarover hij sprak goed genoeg is om chirurg te worden: 'ze komt er wel'. Maar in vergelijking met de andere kandidaten had ze nog te weinig klinische en wetenschappelijke ervaring. De betreffende ANIOS komt daarmee echter wel voor een dilemma te staan. Moet zij doorgaan met proberen in de opleiding heelkunde te komen, of moet ze haar aandachtsgebied verleggen? Door zich steeds meer te specialiseren richting de heelkunde wordt het lastiger op een gegeven moment van keuze te veranderen 'dan ademt je hele CV chirurgie uit en dat ziet een opleider orthopedie ook' verwoordde een geïnterviewde het dilemma. Het blijft een afweging van mogelijkheden en het inschatten van kansen. Daarbij moet worden opgemerkt dat de co-assistenten en basisartsen die nog aan de voorkant staan van het

opleidingstraject dit zwaarder opvatten dan de AIOS en medisch specialisten die al ‘door de poort heen zijn gegaan’. De meer ervaren artsen zijn veelal van mening dat ‘iedereen die echt wil er toch wel komt’. Daarbij vergeten zij echter de basisartsen die niet door de (gewenste) poort zijn gekomen of uit eigen overwegingen voortijdig zijn afgehaakt.

3.6 Conclusies

In dit hoofdstuk hebben we aan de hand van interviews laten zien dat het verkrijgen van een plaats in één van de medische vervolgoopleidingen een selectieproces is die vooral plaatsvindt in de klinische praktijk. Daar moeten basisartsen aantonen dat ze tot de beroepsgroep kunnen behoren. Daarbij is het wel van belang op te merken dat er grote verschillen zijn tussen medisch specialismen: bij het ene medische specialisme bestaat meer concurrentie om in opleiding te komen dan bij het andere specialisme. Basisartsen spreken daarom van ‘makkelijke’ en ‘moeilijke’ plekken. Voor opleiders betekent dit onderscheid dat ze meer of minder keus hebben om de beste artsen voor hun vak te selecteren.

Voorals de concurrentie groot is, is het voor basisartsen belangrijk om zich te kunnen onderscheiden; ze moeten, zoals vaak werd uitgedrukt, ‘eruit springen’. Om met de woorden van Bourdieu te spreken: basisartsen moeten kunnen aantonen over genoeg symbolisch kapitaal te beschikken om tot de beroepsgroep te kunnen worden toegelaten. In navolging van Bourdieu en Van den Brink hebben we daarbij onderscheid gemaakt tussen individueel, professioneel en sociaal kapitaal. Met individueel kapitaal worden de persoonlijke eigenschappen van een individu bedoeld. We hebben gezien dat basisartsen vooral worden beoordeeld op hun doorzettingsvermogen, intelligentie, leervermogen (in de zin van kunnen ontvangen van feedback en daar vervolgens ook iets mee doen) en vermogen tot samenwerken. Het professionele kapitaal wordt door zowel basisartsen als opleiders vooral beoordeeld door het wetenschappelijke werk dat een basisarts heeft verricht. Het klinische werk, het zijn van een dokter, wordt als basis beschouwd. Het onderzoek komt daar bovenop. Door het doen van wetenschappelijk onderzoek kunnen basisartsen zich onderscheiden van de rest, tonen ze interesse in het vakgebied en dragen zij bij aan de ontwikkeling van dat vakgebied. Het doen van onderzoek helpt co-assistenten en basisartsen bovendien om in contact te komen met opleiders en andere toonaangevende figuren. Daarmee

komen we op de derde vorm van symbolisch kapitaal, namelijk het sociaal kapitaal. Om in opleiding te komen is het voor basisartsen belangrijk om gesteund te worden door gezaghebbende figuren van het betreffende vakgebied. De 'peers' beoordelen het functioneren.

Door verschillende opleidingsgroepen is geprobeerd het proces van beoordeling te objectiveren. Kandidaten worden tijdens een sollicitatieprocedure 'gescoord' op een daarvoor ontwikkelde lijst met competenties. Uit de praktijk blijkt echter dat dit systeem nooit los staat van de meer subjectieve beoordeling van opleiders en AIOS. Naast alles wat kandidaten kunnen en hebben gedaan is het uiteindelijk het meest van belang dat een kandidaat past in de groep waar hij of zij zal worden opgeleid en een betrouwbare collega is. Wat dat betreft verschilt het verkrijgen van een opleidingsplaats in een medische vervolgopleiding niet veel van een 'gewone' sollicitatie buiten de medische wereld.

4. Conclusies

In deze achtergrondstudie is beschreven hoe basisartsen in opleiding komen bij een van de medische vervolgopleidingen. We hebben laten zien dat het medisch opleidingstraject, dat op sommige plaatsen ook wel wordt omschreven als een ‘opleidingscontinuüm’ in werkelijkheid geen lineair proces is, maar een lange hobbelige weg met kansen en drempels. Jonge (aankomend) artsen ‘dokteren’ zich de opleiding door; gedurende het opleidingstraject ontwikkelen zij strategieën en tactieken om over drempels heen te komen en hun kansen te vergroten. Anderen haken af en kiezen voor een meer toegankelijke specialisatie of vinden werk buiten het ziekenhuis.

Voor geneeskunde studenten begint het opleidingstraject naar hun gevoel pas echt tijdens de coschappen. Ze maken dan kennis met de verschillende specialismen en ervaren wat wel en niet bij hen past. Vaak komen ze er dan pas achter dat het kiezen voor een bepaald specialisme méér is dan een keuze: er is geen garantie dat het lukt om in opleiding te komen. Vooral voor de meer populaire specialismen moet hard worden gewerkt. Coassistenten en basisartsen moeten zich van hun collega’s kunnen onderscheiden. Ze proberen ‘in beeld’ te komen bij de opleiders en stafleden. Studenten doen dat vooral door het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, het tonen van kennis en kunde in de klinische setting en het geven van presentaties. In de achtergrondstudie hebben we laten zien dat dit soms ook andersom werkt: opleiders proberen dan studenten te interesseren om bij hen te komen werken.

Na de coschappen volgt meestal niet meteen de vervolgopleiding. Vaak werken basisartsen eerst een periode als ANIOS. Deze periode wordt gebruikt om klinische ervaring op te doen en te ontdekken welk specialisme het beste bij de persoon past (wat vind ik leuk, waarin ben ik goed?). De ANIOS periode is in dat opzicht ook méér dan een wachtperiode voor de vervolgopleiding. De periode wordt ook gezien als een korte pauze na (ruim) zes jaar studie en een periode om te ontdekken en te ervaren.

De ANIOS periode is echter ook de tijd waarin basisartsen proberen in aanmerking te komen voor een plaats in een

vervolgopleiding. Toelating tot de medische vervolgopleiding is een selectiemoment waarin geschikt bevonden kandidaten worden 'ingesloten' en anderen de toegang wordt ontzegd ('uitsluiting').

Het verkrijgen, of wellicht beter geformuleerd, het bemachtigen van een plaats in de medische vervolgopleidingen kan dan ook beter worden beschouwd als een sollicitatie naar de functie van medisch specialist dan een vervolg op de studie geneeskunde die in principe (mits ingeloot) voor iedereen toegankelijk is. ANIOS moeten aantonen over het juiste individuele, professionele en sociale kapitaal te beschikken om tot de beroepsgroep te worden toegelaten. Bij individueel kapitaal gaat het om eigenschappen als doorzettingsvermogen, intelligentie, leervermogen en vaardigheden tot samenwerken. Bij professioneel kapitaal gaat het om prestaties op het gebied van klinisch en wetenschappelijk werk. Hierop proberen coassistenten en ANIOS zich vaak te onderscheiden van hun concurrenten. Het doen van onderzoek helpt coassistenten en basisartsen ook om in contact te komen met opleiders en andere toonaangevende figuren. Dan gaat het over de sociale vaardigheden van een kandidaat: het opzetten en onderhouden van een netwerk. Om in opleiding te komen is het voor basisartsen belangrijk om gesteund te worden door gezaghebbende figuren uit het betreffende vakgebied.

In deze achtergrondstudie hebben we laten zien hoe dit proces van in- en uitsluiting in de klinische praktijk werkt. De eisen om in opleiding te komen zijn vaak impliciet en sollicitatieprocedures verschillen per specialisme. Ook zijn er regionale verschillen. Kandidaten worden beoordeeld op hun individuele, professionele en sociale kwaliteiten. Deze kwaliteiten worden expliciet beoordeeld tijdens een sollicitatieprocedure, maar zijn vaak al bekend bij de opleiders omdat ze de kandidaten in de praktijk aan het werk hebben gezien. In veel gevallen is het 'weten hoe iemand werkt' ook een voorwaarde om aangenomen te worden. De kandidaat moet hebben laten zien over de vaardigheden te beschikken om samen te werken, te communiceren en zich corrigeerbaar op te stellen. Ook moeten ze passen in de assistentengroep. Artsenwerk wordt steeds meer groepswerk en de meer 'softe' criteria die daarbij passen zijn moeilijk objectiveerbaar. Deze eigenschappen komen vooral tot uiting in de dagelijkse klinische praktijk. De keerzijde hiervan is dat deze criteria er mogelijk toe leiden dat vooral kandidaten worden aangenomen die verwantschap tonen met de zittende groep medisch specialis-

ten. De beroepsgroep is dan vooral bezig zich te ‘herproduceren’. Er is dan minder ruimte voor diversiteit.

De beschreven manier van selecteren brengt ook een aantal andere dilemma’s met zich mee. In de eerste plaats zijn de criteria om aangenomen te worden weinig transparant. Coassistenten die in aanmerking willen komen voor een ANIOS plek en ANIOS die in opleiding willen, weten vooraf niet wat zij precies moeten doen om het einddoel, een opleidingsplek, te bereiken. Deze achtergrondstudie laat zien dat daar ook niet één manier voor is. Of het lukt om in opleiding te komen hangt af van zowel inzet en doorzettingsvermogen als een dosis geluk. Ten tweede is het de vraag of de bestaande manier van selecteren, waarbij een basisarts zich moet onderscheiden van zijn collega’s en het dus draait om als individu te excelleren, past bij de op dit moment belangrijk gevonden competenties als samenwerken en organisatiegericht werken. De modernisering van de medische vervolgoopleidingen heeft juist deze competenties tot doel verheven. Ten slotte is de vraag wat deze selectiemechanismen betekenen voor de instroom in de minder gewilde specialistische vervolgoopleidingen zoals de ouderengeneeskunde. De (aandacht voor) de vervolgoopleidingen is nu sterk gericht op de klinische specialisten. Meer aandacht voor bijvoorbeeld de ouderengeneeskunde en de verstandelijk gehandicaptenzorg tijdens de basisopleiding en coschappen kan helpen deze vakgebieden meer te laten leven bij (aankomend) basisartsen. Wellicht helpt dit de instroom van artsen in deze beroepen te vergroten en zo bestaande tekorten te verminderen of zelfs op te lossen.

Literatuurlijst

Bont, de A., et al. Veiligheid in de zorg. Achtergrondstudie bij de Staat van de Gezondheidszorg 2009. De vrijblijvendheid voorbij, sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid in de zorg. Rotterdam: iBMG, 2009.

Bosk, C.L. Forgive and remember. Managing medical failure. Second edition. Chicago and London: Chicago University Press, 2003.

Bourdieu, P. The forms of capital. In: A.H. Halsey, H. Lauder, P. Brown & A. Stuart Wells (eds). Education, culture, economy and society. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Bourdieu, P. en J.C. Passeron. Reproduction in education, society and culture. London and Beverly Hills: Sage, 1977.

Brink, M.C.L. van den. Behind the scenes of science: gender practices and selection of professors in the Netherlands. Proefschrift Nijmegen, 2009.

Brus, E.R. en R.F.W. Dekker. Keuze processen en keuzebepalende factoren bij recent afgestudeerde basisartsen. Buren: Scaudit Performance Group & E-consult, 2002.

Dekker, J.A., et al. Toelating tot de medische opleiding in beweging: Capaciteit en legitimiteit. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, 28, 2009, no. 4, p. 159-166.

Evans, C. Choosing people: Recruitment and selection as leverage on subjects and disciplines. Studies in Higher Education, 20, 1995, no. 3, p. 253-267.

Frank, J.R. The CanMEDS 2005 physician competency framework. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.

Freidson, E. Professionalism: The third logic. Cambridge: Polity, 2001.

Geerts, B.F. en M. Duijvestein. Betere artsen door betere selectie? Nederlands Tijdschrift Geneeskunde (studenteneditie), 5, 2001, no. 1, p. 3.

Guicherit, O.R., C.M.A. Bruijnckx en R. van Schilfgaarde. Honderd jaar Nederlandse vereniging voor heelkunde. VI. De opleiding. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 146, 2002, no. 26, p.1238-1242.

Husu, L. Gate-keeping, gender equality and scientific excellence. In: Gender and Excellence in the Making, p. 69-76. Brussels: European Commission, 2004.

Maiorova, T.A., et al. Instroom in de huisartsenopleiding: geen verband met aandacht voor de eerste lijn in het basiscurriculum. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 153, 2009, p. 2038-2042.

‘Meike mag toch zonder loting gaan studeren’. Volkskrant, 5 november 1998.

Merton, R.K. The sociology of science: theoretical and empirical investigations. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1973.

Mesman, J. Follow-the-practice. About structures and safeties in the NICU. Ongepubliceerd manuscript.

Pels, D. en P. Bourdieu. Opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip. Amsterdam: Van Gennip, 1989.

Pronk, E. Met de bul de boer op: 15000 artsen werken zonder vervolgopleiding. Medisch Contact, 62, 2007, no. 35, p. 1408-1410.

Slenter, V.A.J. De ontwikkeling van het aantal basisartsen in Nederland. Actualisatie van de prognose uit het Capaciteitsplan 2008. 2009. Bureaustudie concept. Nog niet gepubliceerd.

Soethout, M.B.M., Th.J. ten Cate en G. van der Wal. Factors associated with the nature, timing and stability of the speciality career choices of recently graduated doctors in European countries, a literature review. Medical Education Online, 9, 2004, no. 24.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Numerus fixus bij geneeskunde: Vragen en antwoord kamerleden Van Gerven en Van Dijk aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. No.

2009Z214321. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009. No. 3592.

Velde, F. van der, F. Verijdt en R.C.K.H. Smeets. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Utrecht: Prismant, 2009.

Velden, L.F.J. van der en L. Hingstman. Het medisch opleidingstraject: waar blijft de (leef)tijd. Utrecht: Nivel, 2003.

Velden, L.F.J. van der, Ph.J.M. Heiligers en L. Hingstman. Een studie van jaren: vertraging in de opleiding tot arts. Medisch Contact, 58, 2003, no. 17, p. 694-697.

Witman, Y. De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus. Proefschrift Rotterdam, 2008.