

Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen

In dit artikel onderstreep ik het belang van het verborgen curriculum, het socialisatieproces dat plaatsvindt tijdens een (beroeps)opleiding. In dit proces komt de professionele habitus tot stand. Ik illustreer de impact van het verborgen curriculum aan de hand van mijn bevindingen van onderzoek in de geneeskunde. Deze bevindingen maken duidelijk hoe tijdens een intensieve beroepsopleiding informeel en impliciet de kernwaarden van een professie worden overgedragen, en de rol van gezagsverhoudingen hierin. Deze overdracht geschiedt ongeacht allerlei veranderingen in het formele curriculum. Als opleidings- en organisatieadviseurs is het goed ons bewust te zijn van de impact van het verborgen curriculum voor onze klanten en de organisaties waarin zij werken en leren. Met inzicht in dit verborgen curriculum kunnen we meer gebruik maken van de positieve krachten hierin, zodat onze interventies effectiever zijn.



Dr. Yolande Witman is arts en organisatieadviseur, en is sinds 2009 zelfstandig gevestigd.

1. Het verborgen curriculum

Een tijdje geleden kwam mijn 18-jarige dochter thuis na haar fietstocht uit school, 12 kilometer heen, 12 kilometer terug. Hoewel ze vaak wat mopperend thuiskomt – ‘waarom moet jij nou zo nodig in zo’n gat gaan wonen’ – vertelde ze nu een ander verhaal; toen ze die ochtend naar school fietste, merkte ze dat ze dacht: goh wat ziet de Vecht er mooi uit, zo met die zonsopgang. En ze schrok daar eigenlijk van: jeetje ik lijk mijn moeder wel. ‘Maar ik dacht het echt’, zei ze, nog steeds ontsteld. Wat is hier gebeurd? Mijn dochter heeft iets geleerd. Wat? Een bepaalde manier van waarnemen en waarderen van de natuur. Hoe? Er vond geen formele kennisoverdracht plaats. Sterker nog, het was geen expliciet doel, zowel niet van mij als van haar. Bovendien vond het leren plaats in de context van het gezin en hoewel ik me verbeeld geen autoritaire moeder te zijn, is er in de opvoedingssituatie onmiskenbaar sprake van hiërarchische verhoudingen. Wel was ik aangenaam verrast dat ik ongemerkt iets had overgedragen dat voor mij belangrijk was.

Het leerproces van mijn dochter is een socialisatieproces. Dit is een ontwikkelingsproces, waarin een individu, deels onbewust, een innerlijk model van de sociale werkelijkheid vormt en zijn handelen door dit model laat leiden (Windolf, 1981). Een socialisatieproces is niet mogelijk zonder hiërarchische verhoudingen, er is een (pedagogische) autoriteit die erkend wordt door degene die leert.

Het primaire socialisatieproces vindt plaats in de gezinssituatie, zoals in het voorbeeld van mijn dochter. Een secundair socialisatieproces vindt plaats in het onderwijs, en een tertiair tijdens de beroepsopleiding, of tijdens de werksituatie in organisaties (Windolf, 1981).

Het socialisatieproces in een opleidingssituatie wordt ook wel het verborgen curriculum genoemd; als tegenhanger van het officiële, formele curriculum: dat wat zwart op wit staat en dus bekend is; geformuleerd als doelen, de leerstof, beleid, en tegenwoordig ook competenties (Hafferty, 1995; Windolf, 1981).

Ongeacht de verhouding tussen het aandeel van een formeel en het verborgen curriculum in het totaal, wordt de vitale manier van denken en handelen vooral overgedragen in de praktijk, in het contact van degene die onderwijst met degene die leert. De leerling maakt zich sociale regels eigen, die vervolgens naar de achtergrond verdwijnen. De leerling ontwikkelt *a feel for the game* (Bourdieu, 1990) en ervaart de wereld om zich heen als vanzelfsprekend. Hoe sterker en intensiever het socialisatieproces, hoe meer deze regels geïnternaliseerd worden. Een individu doet, zonder dwang, externe regels of wetten, de juiste dingen. Een socialisatieproces is daarom te beschouwen als een vorm van sociale controle. Een belangrijk kenmerk van het verborgen curriculum is dat het vaak niet direct zichtbaar is; zowel voor buitenstaanders als voor betrokkenen zelf. Opleiders dragen in hun handelen ook dingen over waar ze geen taal voor hebben en die zij zich niet altijd bewust zijn. Dat wat wordt overgedragen, inclusief de gezagsverhoudingen, ligt als vanzelfsprekende logica ten grondslag aan praktijken, maar veelal informeel en impliciet. De impact van deze wijze van leren wordt daarom onderschat, waardoor veranderingsprocessen in zowel opleidingen als in organisaties onvoldoende effect sorteren of zelfs ongewenste bijwerkingen geven.

Het onderschatten van de impact van het verborgen curriculum kan op meerdere fronten consequenties hebben: we maken onvoldoende gebruik van de positieve kracht van dit curriculum, anderzijds hebben we onvoldoende grip op de negatieve uitwassen.

Een goede illustratie van het verborgen curriculum vormt de opleiding tot arts, een exemplarisch voorbeeld van een intensief socialisatieproces.

2. Het verborgen curriculum en de medische habitus

Het verborgen curriculum in de geneeskunde heeft onderzoekers door de jaren heen altijd gefascineerd. Opvallend aan deze studies is dat de beschrijvingen van dit proces, zoals ten aanzien van omgangsvormen en gezagsverhoudingen, ondanks verschillen in tijd en plaats, grote overeenkomsten vertonen (Becker

et al., 1961; Freidson, 1970; Shuval, 1975; Bosk, 1979; Hafferty en Franks, 1994; Atkinson, 1995; Sinclair, 1997; Luke, 2003; Pratt, Rockmann en Kaufmann, 2006). Dit wijst op de ontwikkeling van een exclusieve professionele identiteit, verworven tijdens de opleiding tot arts en specialist.

In het verborgen curriculum leren aanstaande artsen de ongeschreven regels, de eigen logica van de medische wereld. Dit leerproces is net zo belangrijk als de overdracht van kennis en klinische vaardigheden (Rosenthal, 1995). Het is een intensief, langdurig proces van socialisatie door afscheiding van de ‘normale’ wereld (Freidson, 1970; Sinclair, 1997; Pratt, Rockmann en Kaufmann, 2006). In dit verborgen curriculum komt de professionele medische identiteit tot stand, de medische habitus.

De ‘habitus’ is een begrip uit het gedachtegoed van Bourdieu. Zijn belangrijkste concepten zijn veld, habitus en kapitaal. Het concept veld refereert aan een sociale ruimte, die we ook wel eens ‘een wereld’ noemen, zoals de medische wereld. Terwijl het begrip veld slaat op de uitwendige sociale structuur, is de habitus te beschouwen als het innerlijke model van de sociale werkelijkheid van een individu (Bourdieu, 1990). De habitus is een systeem van disposities: duurzame, onderbewuste schema’s van waarneming en waardering, die aanzetten tot en richting geven aan het praktisch handelen (Pels, 1989). Elk veld, elke wereld heeft zijn eigen specifieke vormen van kapitaal, economisch, cultureel en sociaal kapitaal. Als kapitaal onderscheidingswinst oplevert, herkennen we dat als prestige of gezag (Bourdieu, 1989). De ongelijke verdeling van kapitaal in een veld leidt tot verschillende posities in het veld en competitie om het monopolie op het kapitaal dat daar van waarde is. De strijd tussen verschillende velden met verschillende logica’s – zoals de professionele en de managementlogica in het ziekenhuis – kent een andere inzet: hier strijden de eigenaren van verschillende soorten kapitaal over welk kapitaal, en dus welk veld, zal domineren (Bourdieu, 1996).

De habitus is een vorm van cultureel kapitaal. De disposities van de habitus kun je niet rechtstreeks aan iemand zien, maar zij verraden zich als het ware in bepaalde karakteristieke gedragingen, manieren waarop mensen met elkaar omgaan en de opvattingen die zij hebben. De habitus is te beschouwen als een tweede natuur die deels onbewust is. Het maakt dat iemand de wereld om hem heen als vanzelfsprekend beschouwt. Zoals een kind dat bij het spreken van zijn moedertaal, jong geleerd, de juiste grammaticale regels hanteert, zonder zich hiervan bewust te zijn, en zonder ze te kennen.

De medische ‘grammatica’ wordt overgedragen in de praktijk. Arts-assistenten leren door mee te doen aan de patiëntenzorg, door het contact met patiënten en lichamelijk onderzoek en ingrepen te verrichten. Ze leren ook door te zien en te horen hoe anderen dit doen.

Als organisatieadviseur ondersteunde ik, zelf ook afkomstig uit de medische wereld, een tiental jaren afdelingshoofden in een Universitair Medisch Centrum (UMC) bij hun leidinggevende taak. In mijn werk als adviseur kreeg ik het idee dat zowel de problemen als de successen in het leidinggeven van afdelingshoofden vooral samenhangen met de manier waarop artsen opgeleid worden. Ik startte promotieonderzoek met als centrale vraag: hoe beïnvloedt de medische

habitus, de specifieke medische professionele identiteit, het leiderschap van specialisten (Witman, 2007)? Ik beschrijf kort de opzet van dit onderzoek en illustreer met de bevindingen daaruit het verborgen curriculum in de geneeskunde.

3. Het onderzoek

Het onderzoek vond plaats in het UMC waar ik als adviseur werkzaam was. Dit UMC kent een divisiestructuur en staat onder leiding van een driekoppige raad van bestuur. De divisiebesturen vallen rechtstreeks onder de raad van bestuur en hebben in het algemeen een afdelingshoofd als voorzitter. Het afdelingshoofd, meestal medisch specialist en hoogleraar, heeft de leiding over zijn stafgroep. De omvang van een stafgroep varieert van vier tot circa dertig stafleden – geregistreerde specialisten. De stafgroep wordt omringd door arts-assistenten, onderzoekers en co-assistenten.

Ik heb op drie manieren materiaal verzameld om mijn onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. In zes observaties volgde ik zes verschillende afdelingshoofden gedurende een aantal dagen op verschillende interactiemomenten met anderen, zoals in individuele gesprekken, tijdens patiënten- en onderzoeksbesprekingen, visites, op de operatiekamer (OK). Ten tweede interviewde ik naar aanleiding van de observaties afdelingshoofden, staf, arts-assistenten en niet-medische managers, totaal 29. Ook deed ik een ronde interviews met alle afdelingshoofden rond het onderwerp functioneringsgesprekken, 43. Een derde bron van informatie vormde intervisiebijeenkomsten. In deze sessies reflecteerden afdelingshoofden met mij als begeleider op vraagstukken rond hun leiderschap, totaal 33 sessies met 26 deelnemers.

Dit leverde een grote hoeveelheid tekstmateriaal op aan verslagen dat is geordend met *Kwalitan* (Kwalitan, 2000). Ik heb het materiaal inductief gecodeerd. Codes en clusters van codes ontwikkelden zich in de loop van het onderzoek. De concepten van Bourdieu – habitus, veld en kapitaal – vormden de leidraad bij de analyse van het empirisch materiaal, als instrumenten om de onderliggende dynamiek van de sociale wereld te duiden.

4. Het verborgen curriculum in de geneeskunde

Ik beschrijf aan de hand van een aantal karakteristieke praktijken hoe en wat toekomstige dokters in het verborgen curriculum leren door mee te doen. Welke rol spelen gezagsverhoudingen en schaamte hierin?

De eerste jaren; colleges en practica

Met name tijdens de klinische colleges – waar specialisten patiënten demonstreren – zien studenten al vanaf het eerste jaar voorbeelden van hoe dokters zich gedragen: naar patiënten, en naar collegae. Ze horen hoe een dokter tijdens een practicum tegen een slimme student zegt: ‘Jij bent zo slim, je wordt later vast internist en geen chirurg.’

Het practicum op de snijzaal staat voor het leren van de anatomie van de mens, zoals dat in het formele curriculum beschreven wordt. Maar je kunt het ook beschouwen als een inwijdingsritueel: het is voor veel studenten ook een, vaak eerste, confrontatie met dode mensen. Zij moeten het taboe van het aanraken van doden en het snijden in mensen doorbreken, afstand houden tot hun emoties, met ‘irrationele’ gevoelens dealen.

Wat er formeel geleerd wordt, is soms niet hetzelfde als wat er informeel van hen verwacht wordt. Coassistenten die een videoband moeten maken van hun anamnesegegesprek met een patiënt voor een beoordeling maken er soms twee: één voor de medisch psycholoog en één voor de chirurg. Hier stroken de formele eisen van de medisch psycholoog blijkbaar niet met de informele criteria van de chirurg.

De patiëntenbespreking

In de patiëntenbespreking bespreken meerdere artsen diagnostiek en behandeling van patiënten die zelf niet lijfelijk aanwezig zijn; verhalen en gegevens over patiënten passeren de revue (Witman en Smid, 2009). De besprekingen vinden vaak plaats op vaste momenten, veelal dagelijks. Tijdens patiëntenbesprekingen presenteren arts-assistenten (specialisten in opleiding) de patiënt die zij gezien hebben op bijvoorbeeld de polikliniek of tijdens een dienst. De presentatie van de patiënt aan collega's die de patiënt zelf niet gezien hebben, gebeurt volgens een vaste structuur. In deze presentatie ‘vertaalt’ de arts het verhaal van de patiënt in zijn medisch denkmodel (Abbott, 1988). De arts laat in zijn presentatie zien in hoeverre hij de kunst van dit vertalen machtig is. Collega's zien hieraan of iemand het vak een beetje beheerst. Hoe kan iemand dat laten zien? Dit vindt men vaak lastig expliciet onder woorden te brengen. Het gaat om verschillende aspecten. De inhoud van het verhaal is van belang, maar ook een bepaalde vorm en cadans: de manier waarop het verhaal wordt verteld. Het presenteren van de patiënt is niet alleen het vertellen van een verhaal over de patiënt, maar ook het verhaal van de dokter. De arts presenteert zijn verhaal over de patiënt en daarmee zichzelf. Hij toont zijn vermogen tot het vertalen van het verhaal en de onderzoeksbevindingen, zijn vermogen tot klinisch redeneren om tot de goede diagnose en therapie te kunnen komen. Hij laat zien in hoeverre hij een belangrijke grammaticale regel in de geneeskunde beheerst: de mens als patiënt zien. De aanwezige collega's kunnen in de presentatie horen of er inconsistenties zijn in het verhaal over de patiënt, omissies of onjuistheden in het toepassen van de regel.

De manier van presenteren staat niet in een leerboek (Haber en Lingard, 2001), en eventuele richtlijnen zijn summier (Wiersinga, Schimmel en Levi, 2002). Ook zijn de boeken nog niet gesloten over wat klinisch redeneren nu precies is. Duidelijk is wel dat ervaring van de clinicus belangrijk is om dit vermogen te laten toenemen. Wat er in ieder geval gebeurt tijdens deze presentaties is dat assistenten oefenen en de kunst bij anderen kunnen afkijken. Een ander belangrijk vehiculum om zich deze kunst eigen te maken vormen vragen, na de presentatie.

Deze vragen dienen verschillende doelen. Soms is een vraag alleen gericht op verduidelijking, maar vaker fungeren vragen als toetsingsinstrument en als overdrachtsinstrument van het klinisch redeneren. Een assistent kan bijvoorbeeld de vraag krijgen: ‘Wat was de vraag voor de echo?’ De vragensteller is niet zozeer geïnteresseerd in het exacte antwoord, maar wil weten of het denkpatroon logisch is. Als een assistent tijdens zijn presentatie een element vergeet te vermelden, wordt hij daarop gewezen met vragen als: ‘Was er rood bloedverlies per anum? Is er een positieve familieanamnese? Zijn er geen tekenen van portale hypertensie?’ Het kan gaan om het noemen van een afwezige positieve bevinding, maar ook om een aanwezige negatieve bevinding. Op deze manier toetst de vragensteller of iemand zichzelf deze vragen gesteld heeft en hij geeft daarmee het belang ervan aan. De antwoorden op de vragen zijn nodig om alle denkstappen goed te zetten. Het vraag- en antwoordspel dat zich in deze fase afspeelt tussen junior en senior, moet zich uiteindelijk in het hoofd van de opgeleide arts gaan afspelen, als hij alleen met zijn patiënt in de spreekkamer zit (zie ook Sinclair, 1997).

De visite

De visite heeft veel overeenkomsten met de patiëntenbespreking; het grote verschil is de aanwezigheid van de patiënt. Zelfs tijdens een snelle ochtendvisite wordt het verborgen curriculum zichtbaar.

Een visite op een kinderafdeling

In de visite lopen het afdelingshoofd, drie stafleden en twee coassistenten mee. Aangekomen bij het bed presenteert de coassistent het verhaal van het patientje. Het afdelingshoofd dat de visite leidt, probeert ondertussen de neussonde van het kind wat losser te maken. Hij vertelt dat hij een keer heeft meegemaakt dat een kind een neusvleugel is kwijtgeraakt, omdat de neussonde te strak zat.¹

Hier wordt niet alleen kennis overgedragen: een neussonde mag niet te strak zitten, want dan kan de bloedtoevoer door druk in gevaar komen en een neusvleugel afsterven. Maar ook zien de coassistenten hoe het afdelingshoofd als dokter naar een patiënt kijkt. Hij luistert niet alleen naar het verhaal van de patiënt, maar ziet deze ook, door de ogen van zijn ervaring en verantwoordelijkheid en handelt daarnaar.

Tijdens de visite wordt ook de klinische houding als fysieke manifestatie van de medische habitus overgedragen. De artsen tonen een karakteristieke afstandelijkheid in hun houding en praten met de patiënt. Een staflid zei het zo in een interview:

‘Het belangrijkste is dat jij je professionaliteit houdt. Dat jij je vak als dokter zo goed mogelijk probeert uit te oefenen. Wat dat betekent? Dat je niet je persoonlijke gevoelens over mensen de boventoon laat voeren. Bijvoorbeeld als er iets heel ergs is en mensen zijn heel gevoelig of gespannen, dan moet je je gevoel uitschakelen. Rationeel informatie geven, en uitleg...’

Emoties van de patiënt en van zichzelf leiden de dokter af. Je ziet de fysieke houding zich langzaam ontwikkelen, van coassistent tot specialist, zoals Luke demonstreert in haar onderzoek met video-opnames in de opleidingssituatie (Luke, 2003).

De operatiekamer

Ook op de OK zijn patiëntenzorg, opleiding en onderwijs nauw verweven. Kennis en vaardigheden worden overgedragen. Als we een OK binnenlopen, zouden we het volgende kunnen meemaken:

Tijdens het opereren van de patiënt leert de arts-assistent een bepaalde ingreep te verrichten, gecoacht door de chirurg. Afhankelijk van de fase van opleiding krijgt de assistent te horen hoe de goede plek voor de huidincisie te kiezen, de keuze van het juiste instrument, dat hij nu beter kan spreiden om in het goede vlak te blijven, de wijze waarop andere chirurgen een bepaalde ingreep doen, maar die natuurlijk minder te prefereren valt. De coassistent die erbij staat wordt getoetst op kennis die de argumenten en besluitvorming voor het opereren betreffen, waarover de arts-assistent geacht wordt reeds te beschikken: 'Wat is de gewenste leeftijd voor deze ingreep?', 'Welke risico's loopt de patiënt als je het later doet?'

De technische ingreep en het kennisniveau worden beschreven in het formele curriculum, maar tijdens de operatie wordt ook het verborgen curriculum zichtbaar:

Als de opleider aan de co vraagt: 'En hoe zit het dan met...? Want als jij het niet vraagt, doe ik het [op spottende toon].' En als de coassistent na een vraag meteen zegt het niet te weten, zegt de opleider: 'Kom op, denk eerst eens even na, ik hoor je hersenen nog niet kraken.'

Door de vragen aan de coassistent wordt het belang van de vragen zelf overgedragen. Het gaat erom dat de arts zichzelf de vragen stelt, bepaalde denkpatronen ontwikkelt, klinische redeneerpatronen. Ook wordt overgedragen: als je een antwoord niet weet, is er de noodzaak je in te spannen, en op zoek te gaan naar de juiste antwoorden.

Vervolg fragment OK

Als de radio wordt aangezet, zegt de opleider 'doe die maar uit, dat leidt maar af'. Als de pieper van de assistent die staat te opereren gaat, neemt de co op en wil iets overleggen met de assistent. De opleider onderbreekt haar en zegt: 'Hij staat te opereren, als er iets acuuts is, moeten ze het stafid op zaal bellen en anders belt hij later terug.'

Hier wordt ook professioneel gedrag overgedragen door het belang dat gehecht wordt aan geconcentreerd bezig zijn en je niet laten afleiden. Zo neem je je verantwoordelijkheid voor de operatie en deze patiënt.

Op de OK kan bij lange ingrepen de jongste assistent even van tafel gaan, de oudere blijft staan. Dit is uiting van een ander essentieel punt, de hiërarchie in de medische wereld.

Hiërarchie

Een socialisatieproces kent altijd hiërarchie die bovendien ook wordt overgedragen. De hiërarchie in de medische wereld is duidelijk aanwezig en deels fysiek zichtbaar. Tijdens de visite of overdracht kunnen we vaak aan de plek en houding die mensen innemen, hun positie herkennen. Er zijn verhalen over opleiders, schilderijen van illustere voorgangers. Assistenten praten over ‘bazen’ en signaleren wie de goede chirurgen zijn: die worden erbij gehaald als de operatie lastig is.

Maar deze hiërarchie blijkt ook op allerlei andere momenten, meer indirect. Zo stellen senioren vragen aan assistenten om hun kennis en handelen te toetsen, niet andersom. Discussies over diagnose of behandeling vinden vooral plaats tussen staf, assistenten vormen de zwijgende toehoorders. Wel zien de assistenten hoe staf opveert bij een ingewikkelde patiënt, zij zien welke stafleden het hoogste woord hebben, welke argumenten en van wie doorslaggevend zijn en wie hun stempel drukken op de uiteindelijke besluitvorming. Het belang van de gezagsverhoudingen wordt ook duidelijk als ze niet gerespecteerd worden. De assistent die tijdens een patiëntenbespreking op de ‘verkeerde’ stoel gaat zitten – de stoel waarop normaal alleen de stafleden zitten – roept veel ergernis op; hij heeft ‘geen gevoel voor verhoudingen’. Deze irritatie treedt zowel bij de staf op als bij zijn eigen collega-assistenten. Dit lijkt voor een buitenstaander triviaal, maar het gaat om de betekenis hierachter. De ergernis over het plaatsnemen op de verkeerde stoel is te beschouwen als een *pars pro toto*. De assistent zit niet alleen letterlijk op de verkeerde plek, maar ook figuurlijk. Hij toont daarmee onvoldoende respect voor het kapitaal dat in de medische wereld van waarde is, zoals ervaring. Zijn gebrek aan respect voor senioriteit zou bovendien kunnen betekenen dat de assistent zich in zijn werk onvoldoende zal laten superviseren en adviseren.

Wat en hoe wordt geleerd?

Door mee te doen in de dagelijkse praktijk, met hiërarchische verhoudingen, komt de medische habitus tot stand in een intensief, langdurig socialisatieproces. Hierin worden ook de gezagsverhoudingen zelf overgedragen. Hoe ziet de medische habitus er dan uit? De medische habitus kent vier disposities, vier grammaticale regels: de klinische, de wetenschappelijke, de professionele en de collegiale dispositie. Een voorbeeld van de klinische dispositie als schema van waarneming en waardering is het volgende: waar de niet-arts een mevrouw ziet met opvallend sprekende ogen, ziet de arts iemand met grote, wat uitpuilende ogen, die een symptoom van een schildklieraandoening kunnen zijn: hij ziet een patiënt. Dat is niet alleen in de spreekkamer zo, maar ook als hij in een restaurant zit, zoals mijn dochter de natuur ziet en waardeert, ook als ze mopperend op haar fiets zit. De arts gaat als een soort detective op zoek naar symptomen om een aandoening te kunnen opsporen en behandelen. Het vermogen om dit goed te doen, neemt toe met ervaring, het zien van veel patiënten, omdat elke patiënt weer anders is. Artsen spreken in dit verband zelf vaak over ‘de klinische blik’, vergelijk ook *the clinical gaze* van Foucault (1973). Collega’s herkennen in elkaar de mate waarin zij meer of minder over

dit vermogen beschikken. Senioriteit staat voor ervaring, geeft daarom ook gezag en beïnvloedt zo de hiërarchie in de groep. Specialisten met dit gezag zijn vaak de informele leiders in de groep.

Een jonge specialist: 'Er is dominantie van bepaalde collega's. Dat merk je bij discussies en als het lastig is. Hoe dat komt? Ze hebben veel ervaring, ze hebben veel gezien.'

Een ervaren arts kan laten zien te excelleren door bijzondere en afwijkende gevallen te diagnosticeren, te behandelen of te opereren. Hoewel de klinische dispositie de hoofdrol speelt bij het bepalen van de hiërarchie, dragen ook de andere disposities hieraan bij. Zo is de wetenschappelijke dispositie verbonden met gezag op basis van wetenschappelijke kennis; het vermogen van de professionele dispositie verraaft zich door hard werken en kunnen handelen en beslissen voor de patiënt, verschil kunnen maken tussen ziekte en gezondheid, in ultieme situaties tussen leven en dood.

De disposities liggen als grammaticale regels ten grondslag aan het klinisch en wetenschappelijk denken en handelen van de arts, maar ook aan de wijze waarop hij geacht wordt zich professioneel en collegiaal te gedragen. Dat is dus niet alleen sociaal gedrag in engere zin!

De rol van schaamte

Dit klinkt wellicht allemaal mooi, het is een soort ideaaltypisch beeld van de medische opleiding en praktijk, maar er is ook een andere kant. Daar horen termen bij als *teaching by humiliation*, fouten verhullen, *conspiracy of silence*. De opleiding in de geneeskunde wordt soms gekenschetst door *teaching by humiliation* (Sinclair, 1997). Als ze falen, schamen de assistenten zich. Ook als ze niet door de staf vernederd worden en ze in hun eigen ogen tekortschieten. Gevoelens van schaamte en vernedering zijn heftige emoties, die meestal een negatieve connotatie hebben. Schaamte heeft echter ook een andere functie. Het kan fungeren als signaal dat de binding aan de groep bedreigd wordt (Scheff, 2003). Om deze dreiging af te wenden, kan schaamte ertoe leiden dat iemand het gewenste gedrag aanneemt. Elias spreekt over de pijnlijke drempel die bijdraagt aan het aanpassen van gedrag en uiteindelijk ook de habitus (Elias, 2001). De angst voor schaamte fungeert als een belangrijk sociaal controlemechanisme en speelt een rol bij het tot stand komen van de medische habitus. Bij een kind speelt het een rol in het tot stand komen van een geweten. Schaamte leidt tot je best doen om gezichtsverlies te voorkomen. Het socialisatieproces leidt zo tot een vorm van informele sociale controle: externe sociale regels worden geïnternaliseerd en de medische habitus vormt als zodanig een garantie, 'zekerder dan externe regels', dat de individuele dokter zijn best doet en in een onzekere omgeving de goede beslissingen zal nemen, in overeenstemming zijn met de codes en mores van de beroepsgroep.

Pratt, Rockmann en Kaufmann (2006) tonen aan dat, naast voorbeeldgedrag, met name informele feedback het meest van invloed is in het tot stand komen van de medisch professionele identiteit en een sterke gemeenschappelijke cultuur. Onder informele feedback verstaan zij zowel het wandelgangencircuit,

waarin over mensen wordt gesproken, als de *bites* – kritische vragen en opmerkingen die uitgedeeld worden aan assistenten (Pratt, Rockmann en Kaufmann, 2006). De kracht van deze mechanismen staat niet in verhouding tot bijvoorbeeld allerlei formele beoordelingen.

De angst voor gezichtsverlies kan maken dat de arts zijn uiterste best doet om het goede te doen, om zo schaamte te voorkomen. Toch kan diezelfde angst ertoe leiden dat fouten, of onwetendheid, verborgen worden, ook om gezichtsverlies te voorkomen. Er wordt, indien nodig, geen advies gevraagd of overleg gepleegd. Collegae die zich hier in grote mate schuldig aan maken worden binnen de professie als de gevaarlijkste dokters beschouwd.

Ook naar elkaar toe is er door grote identificatie met de ander op voorhand al sprake van plaatsvervangende schaamte. De angst voor deze schaamte vormt een belemmering voor het leveren van openlijke kritiek. Door een collega gezichtsverlies te laten lijden laat de arts hem als persoon vallen. Dit is zeer bedreigend, ook voor de kritiekgever. Ook omdat hierdoor de binding aan de groep op het spel staat, terwijl die bepalend is voor de identiteit van de individuele arts. Artsen zijn nogal eens geneigd zo'n collega te isoleren, of er iemand naast te zetten, liever dan dit openlijk te bespreken. Dit kan voor de buitenwereld lijken op een *conspiracy of silence*, terwijl dit proces zich vaak grotendeels onbewust afspeelt.

Een andere keerzijde is dat hiërarchie ook kan leiden tot machtsmisbruik. Dit zijn situaties waarin we echt kunnen spreken van *teaching by humiliation*. Als assistenten voor leeghoofd worden uitgescholden en hen niet duidelijk wordt gemaakt wat zij fout doen, schiet de hiërarchie zijn doel voorbij: er wordt niet geleerd.

5. Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen

Mede door fenomenen als *teaching by humiliation* en *conspiracy of silence* gaan er nogal eens stemmen op dat de cultuur van dokters moet veranderen. Het 'moderniseren' en professionaliseren van de geneeskundeopleiding nu, kenmerkt zich door het invoeren van competenties en portfolio's, zoals dit voor meerdere opleidingen geldt.² Gewenste competenties suggereren als ideaaltypische formuleringen de hele geneeskunde te omvatten, waarbij vakinhoudelijke en sociale competenties in aparte categorieën zijn ondergebracht. Ook is er aandacht voor expliciet feedback geven.

Hierbij is de volgende kanttekening te zetten. Vele formele curriculumhervormingen, zoals het toevoegen van sociale vaardigheden, hebben in het verleden weinig daadwerkelijke veranderingen gebracht (Hafferty, 1998). Dit hangt samen met de impact van juist het verborgen curriculum in de geneeskunde op de vorming van de medische habitus. De aandacht voor gewenste competenties verdoezelt aspecten die niet geëxpliciteerd worden, en leidt de aandacht af van de 'verborgen' wijze waarop in de praktijk geleerd wordt, waarbij vakinhoudelijk en sociaal gedrag niet eenvoudig te scheiden zijn. Ook de gezagsverhoudingen worden niet genoemd, terwijl deze in de praktijk zo belangrijk

zijn, juist ook voor het leren. Bovendien ligt hier de veronderstelling aan ten grondslag dat explicitering en formalisering altijd beter zijn dan de ‘verborgen’ manier van leren. Dit kan leiden tot een veronachtzaming van deze manier van leren, die toch plaatsvindt in de praktijk van alledag: ‘Schemes are able to pass directly from practice to practice without moving through discourse and consciousness’ (Bourdieu, 1990, p. 74).

Ook vanuit veranderkundig perspectief is er niets zo taai en hardnekkig als een cultuurvraagstuk. Standaardtrajecten, die veel tijd en geld kosten, zijn gericht op structuren en formele aspecten, maar brengen weinig echte veranderingen teweeg, omdat de informele cultuur niet wezenlijk verandert. De valkuil bij verandertrajecten is bovendien dat alles anders moet, terwijl het als contra-productief gediagnosticeerde gedrag in de meeste situaties juist buitengewoon effectief is en waarbij je het kind niet met het badwater weg moet gooien (Vermaak, 2009).

Het gebruik van competenties is te beschouwen als een managementinstrument. De afgelopen jaren zijn er steeds meer instrumenten uit de managementwereld in de medische wereld geïntroduceerd: kwaliteitsmanagement, beleidsplannen en prestatie-indicatoren. In andere professionele velden, zoals de universitaire wereld, gebeurt hetzelfde (Prichard en Willmott, 1997; Oakes, Townley en Cooper, 1998; Townley, 1996, 1997). De medische wereld zelf pleit ook voor het invoeren van deze instrumenten, zoals functioneringsgesprekken (KNMG, 2005; Geeraerts en Hoofwijk, 2006). Al deze managementinstrumenten worden ingezet om redenen van efficiëntie, kwaliteitsverhoging en kostenbesparing. Of deze beloften altijd worden waargemaakt, daar is niet iedereen het over eens.

Artsen worden geacht zich de kennis van de managementwereld toe te eigenen en gestimuleerd managementopleidingen te volgen. Wat daarbij onderschat wordt is dat ook managementopleidingen een verborgen curriculum kennen: behalve kennis, tools en taal, dragen zij nog iets anders over: de logica van de managementwereld (Oakes, Townley en Cooper, 1998; Townley, 1997). Zo beschrijven Oakes, Townley en Cooper hoe het maken van businessplannen in de museumwereld de identiteit en logica van betrokkenen beïnvloedt.

Het verborgen curriculum van managementopleidingen kan impact hebben voor artsen, maar heeft dit ook voor managers zelf: professionalisering van het management – gemeenschappelijke opleidingen met overeenkomstige socialisatieprocessen en beroepsorganisaties – leidt tot gelijkvormige, normatieve regels over organisaties en professioneel gedrag. En daarmee ook tot gelijkvormigheid van organisaties (institutioneel isomorfisme, zie DiMaggio en Powell, 1991). Deze professionalisering van het management zal de onderlinge (machts)verhoudingen tussen verschillende logica’s – en daarmee de verhoudingen tussen professionals en managers – in organisaties beïnvloeden; ook als de verschillende betrokkenen zich hiervan niet bewust zijn. Misschien ontwikkelen deze professionele organisaties zich van een professionele bureaucratie (Mintzberg, 1983) zo tot een nieuw archetype, zoals de *managed professional business* (MPB) (Hinings, Greenwood en Cooper, 1999). Deze organisatie bevat naast bepaalde traditionele professionele waarden ook zakelijke en managementwaarden.

6. Het verborgen curriculum, en veranderen...

‘Reform initiatives must be undertaken with an eye to what students learn instead of what they are taught.’ (Hafferty, 1998, p. 403)

Als adviseurs die zich bezighouden met leren en veranderen, moeten we goed stilstaan bij wat er in het verborgen curriculum wordt overgedragen; om zo effectief mogelijk te zijn. Hoe kunnen we hier in de praktijk rekening mee houden? Om te beginnen is het belangrijk om de informele omgangsvormen en gezagsverhoudingen van een (professionele) wereld die we betreden te kennen; deze kennis informeert ons over de ordening in een bepaalde wereld. In plaats van het bestrijden van de heersende ordening, kunnen we er gebruik van maken.

Bijvoorbeeld bij het invoeren van managementinstrumenten in de medische wereld, zoals functioneringsgesprekken. Afdelingshoofden in een UMC modelleren dit instrument naar hun eigen logica. Ze hanteren de collegiale omgangsvormen en de gesprekken hebben vooral effect als het afdelingshoofd gezag heeft op basis van de informele medische hiërarchie, niet op basis van zijn positie in de formele managementhiërarchie.

Om nog een stap verder te gaan: in de algemene ziekenhuizen zou, net als in de UMC's, de positie van informele leiders ook meer geformaliseerd kunnen worden. Hoewel er kanttekeningen gezet worden bij het leidinggeven van professionals aan collega-professionals (Mintzberg, 1983; Weggeman, 1992), pleit ik vanuit de resultaten van mijn onderzoek juist voor de (medische) professional *in the lead*. Maar dat moet dan wel een arts zijn met gezag in zijn groep. Zo wordt de functie van bijvoorbeeld medisch manager door specialisten zelf nu vaak nog gezien als een corveeklus en kijkt de organisatie vooral naar de managementopleiding die gevolgd moet worden. Bij de selectie zou men veel meer op zoek moeten gaan naar een gezaghebbende specialist in de groep. Dergelijke leiders kunnen hun stempel drukken op de gang van zaken en veel invloed uitoefenen op hun collegae, de kwaliteit van klinische activiteiten, het opleiden van artsen en specialisten en op het functioneren van de groep, ook waar het gaat om machtsmisbruik; ze spelen daarmee een belangrijke rol in de zelfregulatie. Zij moeten niet beschouwd worden als een manager die toevallig medicus is, maar zij moeten hun gezag onderhouden, door voldoende werkzaam te blijven in de klinische praktijk. Deze medisch manager heeft het vertrouwen van zijn groep en is daarmee ook een effectieve gesprekspartner voor het management.

In de tweede plaats zouden bestaande praktijken van de professie (op)gewaardeerd moeten worden (misschien zelfs ook binnen de beroepsgroep), zoals de patiëntenbespreking. Er is veel aandacht voor kwaliteit in de medische wereld, en verschillende kwaliteitsinstrumenten worden geïntroduceerd, zoals het veiligheidsmanagementsysteem (VMS). De vraag is of deze instrumenten effect hebben op het leren van medici (Waring en Currie, 2009). De patiëntenbespreking is een belangrijke medische praktijk waarin, naast overdracht van patiëntenzorg, de medische habitus wordt overgedragen, als basis van het

klinisch en wetenschappelijk denken en handelen, en professioneel en collegiaal gedrag. Maar deze bespreking is ook een voorbeeld van een professionele praktijk waarin ervaren specialisten elkaar toetsen en reflecteren op hun handelen, ook op fouten, zodat zij blijven leren. Op deze wijze dragen deze praktijken bij aan de zelfregulatie in de geneeskunde, mogelijk zeker zo veel als het maken van protocollen.

Erkenning en waardering van het verborgen curriculum geeft de mogelijkheid aan te grijpen op negatieve uitwassen en positieve kanten meer uitbaten.

Ouders, opleiders, specialisten, managers en adviseurs zouden zich hier goed bewust van moeten zijn, omdat dit verborgen curriculum de hele dag door in de praktijk plaatsvindt, ook als men zich dit niet bewust is. We kunnen niet net doen of er geen machtsverhoudingen zijn. Bij mensen vindt er, net als in de dierenwereld, een proces van classificatie plaats, met een hiërarchie gerelateerd aan de ordening in de wereld die het betreft. Zoals Schein (1992, p. 79) het zei: 'Human societies develop pecking orders just as chickens do, but both the process and the outcome are, of course, far more complex.' Het gaat erom hier verstandig mee om te gaan. Gezaghebbende specialisten hebben, net als ouders, een voorbeeldrol. Zij kunnen hun gezag gebruiken om de belangrijke waarden van hun professie door te geven, net zoals ouders de voor hun belangrijke waarden aan hun kinderen doorgeven. Genieten van een zonsopgang bij de Vecht gun ik iedereen.

Noten

- 1 Alle gebruikte citaten zonder verwijzing zijn afkomstig uit *De medicus maatgevend. Over leiderschap en habitus* (Witman, 2007).
- 2 Ook mijn zoon met het Downsyndroom heeft op zijn ZML-school nu een portfolio...

Literatuur

- Abbott, A. (1988). *The system of the professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work*. London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications.
- Becker, H.S., Geer, B., Hughes, E.C. en Strauss, A.L. (1961). *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Bosk, C. (1979). *Forgive and remember: managing medical failure*. Chicago: Chicago University Press.
- Bourdieu, P. (1989). De sociale ruimte en de genese van 'klassen'. In: D. Pels (ed.), *Pierre Bourdieu: opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip* (p. 142-170). Amsterdam: Van Gennep.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice* [transl. Richard Nice]. Oxford: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1996). *The state nobility*. Oxford: Polity Press.

- Elias, N. (2001). *Het civilisatieproces: sociogenetische en psychogenetische onderzoeken*. Amsterdam: Boom.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. London: Tavistock.
- Freidson, E. (1970). *De medische professie*. Lochem: De Tijdstroom.
- Geeraerts, G.A.G., en Hoofwijk, A.G.M. (2006). *Evaluatie van (medische) professionals*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haber, R.J., en Lingard, L.A. (2001). Learning oral presentation skills: a rhetoric analysis with pedagogical and professional implications. *Journal of General Internal Medicine*, 16, p. 308-314.
- Hafferty, F.W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73, p. 403-407.
- Hafferty, F.W., en Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, p. 861-871.
- Hinings, C.R., Greenwood, R., en Cooper, D. (1999). The dynamics of change in large accounting firms. In: D. Brock, M. Powell en C.R. Hinings (eds.), *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*. London/New York: Routledge.
- KNMG, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (juli 2005). *Het functioneren van de individuele arts*. Utrecht: KNMG.
- Kwalitan, (2000). V.A.M. Peters, afdeling Methoden, Katholieke Universiteit Nijmegen. www.kwalitan.nl.
- Luke, H. (2003). *Medical education and sociology of medical habitus: 'It's not about the stethoscope!'* Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Mintzberg, H. (1983). *Structures in fives*. New Jersey/Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Oakes, L.S., Townley B., en Cooper, D.J. (1998). Business planning as pedagogy: language and control in a changing institutional field. *Administrative Science Quarterly*, 43, p. 257-292.
- Pels, D. (1989). *Pierre Bourdieu: opstellen over smaak, habitus en het veldbegrip*. Amsterdam: Van Gennep.
- Pratt, M.G., Rockmann, K.W., en Kaufmann, J.B. (2006). Constructing professional identity: the role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), p. 235-262.
- Prichard C., en Willmott H. (1997). Just how managed is the McUniversity? *Organization Studies*, 18(2), p. 287-316.
- Rosenthal, M.M. (1995). *The incompetent doctor: behind closed doors*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Scheff, T.J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2), p. 239-262.
- Schein, E.H. (1992). *Organizational culture and leadership* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

- Scholten, G.R.M., en Grinten, T.E.D. van der (2002). Integrating medical specialists and hospitals: the growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy*, 62, p. 131-139.
- Shuval, J.T. (1975). From 'boy' to 'colleague': processes of role transformation in professional socialization. *Social Science en Medicine*, 9, p. 413-420.
- Sinclair, S. (1997). *Making doctors: an institutional apprenticeship*. Oxford/New York: Berg.
- Townley, B. (1996). Accounting in detail: accounting for individual performance. *Critical Perspectives on Accounting*, 7, p. 565-584.
- Townley, B. (1997). The institutional logic of performance appraisal. *Organization Studies*, 18(2), p. 261-285.
- Vermaak, H. (2009). *Plezier beleven aan taaiere vraagstukken: werkingsmechanismen van vernieuwing en weerbaarheid*. Deventer: Kluwer.
- Waring, J., en Currie, G. (2009). Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. *Organization Studies*, 30(7), p. 755-778.
- Weggeman, M. (1992). *Leidinggeven aan professionals: het verzilveren van creativiteit*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Wiersinga, W.J., Schimmel, B., en Levi, M. (red.) (2002). *Handboek voor de co-assistent*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Windolf, P. (1981). *Berufliche Sozialisation: zur Produktion des beruflichen Habitus*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Witman, Y. (2007). *De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Witman, Y., en Smid, G.A.C. (2009). *Learning a feel for the game in the medical world through participation in review meetings*. Paper presented at EGOS 2009, Barcelona.