

ONDERWIJS

Generatieverschillen

RELEVANT VOOR DE NEDERLANDSE SPECIALISTENOPLEIDING

Jamiu O. Busari en Fedde Scheele

De zorgverlening wordt steeds meer toegesneden op de wensen van patiënten. Daarom is inzicht nodig in de ideeën, normen en waarden van zorgconsumenten. Deze benadering begint ook door te dringen in het medisch onderwijs. Het is mogelijk verschillende generaties te onderscheiden op basis van gedeelde opvattingen, omdat groepen met gedeelde ervaringen meestal ook dezelfde waarden delen. Dit is een waardevolle invalshoek om de verschillende generaties van consumenten beter te kunnen bedienen. Er zijn op dit moment 4 verschillende generaties die hun invloed doen gelden op de inrichting en verdeling van de gezondheidszorg en die relevant zijn voor het medisch onderwijs in de komende decennia. Toekomstige onderwijsmethoden zullen voldoende moeten aansluiten op de generatie waaruit de nieuwe dokters komen. Ten behoeve van een betere patiëntenzorg is het belangrijk om het denken in generaties meer aandacht te geven in de medische opleidingen.

De maatschappelijke vraag naar medische zorg evolueert. Om aan die vraag tegemoet te komen is goed gekeken naar de opleidingen van artsen en medisch specialisten. Het curriculum wordt herzien om toekomstige artsen te voorzien van medische en professionele competenties die zij nodig hebben in een snel veranderend zorglandschap. Voorbeelden hiervan zijn omgaan met e-health, werken in complexe zorgteams en het meesturen in zorgprocessen.

In Nederland werden principes uit de onderwijskunde en het competentieprofiel uit de 'Canadian medical education directives for specialists' (CanMEDS) in de zorgopleidingen geïntroduceerd.¹ In dit proces is stevig ingezet op de opleidingsstructuur, op feedback, toetsing, het inrichten van kwaliteitsprogramma's en het expliciete gebruik van algemene competenties. Om de CanMEDS-competenties met meer inhoud en overtuigingskracht te kunnen gebruiken ontstond het 'CanBetter'-project van de KNMG, waarin de aandacht wordt gericht op doelmatigheid, patiëntveiligheid, ouderenzorg, patiëntparticipatie en leiderschap. Met al deze onderwijskundige veranderingen is er een geleidelijke opmars gekomen van informatietechnologie en digitale media, zowel in de opleiding van artsen als in de zorgverlening.

De vraag is nu of we met de inbreng uit de onderwijskunde, CanMEDS en CanBetter voldoende zijn toegerust op de toekomst. Zorg en opleiding zijn complex en op die complexiteit moet zo goed mogelijk ingespeeld worden. Een onderbelicht thema is het belang van nieuwe generaties mensen met hun eigen normen en wensen, een fenomeen dat men aanduidt als 'de segmentatie in generaties'.

SEGMENTATIE OP BASIS VAN GENERATIEVERSCHILLEN

De gezondheidszorg wordt in toenemende mate bepaald door de consument, die vergelijkingen maakt tussen dienstverlening, kwaliteit van zorg en kosten.² Instellingen gaan zorg op maat aanbieden en houden daarbij meer rekening met de wensen van de consument dan met de voorkeuren van zorgaanbieders. Instellingen investeren ook in onderzoek naar de verschillende overtuigingen en normen van de consument.

Het concept van segmentatie op basis van generatieverschillen – dat in Nederland al sinds de jaren 50 wordt onderzocht – berust op de observatie dat mensen vooral

Zuyderland Medisch Centrum Parkstad,
afd. Kindergeneeskunde, Heerlen.

Dr. J.O. Busari, kinderarts (tevens: afd. Onderwijs, Ontwikkeling en Research, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht).

Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, afd. Gynaecologie, Amsterdam.

Prof.dr. F. Scheele, gynaecoloog (tevens: School of Medical Sciences VuMC en Athena Institute for Transdisciplinary Research, VU, Amsterdam).

Contactpersoon: dr. J.O. Busari

(jamiu.busari@maastrichtuniversity.nl).

in de leeftijd van 10 tot 25 jaar op basis van parameters als beschikbaarheid van economische bronnen en kansen in het onderwijs en op de arbeidsmarkt normen gaan hantieren en overtuigingen verwerven die lang beklijven.³ Dit concept is medio jaren 90 wereldwijd sterk opgekomen en is een nuttig hulpmiddel gebleken om inzicht te verwerven in verschillen tussen consumenten. Deze verschillen kunnen vertaald worden in dienstverlening op maat.

Hoewel het opdelen van de bevolking in verschillende generaties geen exacte wetenschap is, gebruiken marketingexperts en journalisten deze indeling voor het ontwikkelen van marketingstrategieën die toegesneden zijn op verschillende leeftijdsgroepen of generaties; dezelfde opdeling in generaties is ook bruikbaar voor de gezondheidszorg (tabel 1).⁴⁻⁸ De onderstaande beschrijving en de bijbehorende tabellen zijn elders al eerder gepubliceerd (overgenomen met toestemming).⁶

DE GROOTSE GENERATIE (1925-1944)

De Grootse Generatie, ook wel aan te duiden als de 'Stille Generatie', groeide op tijdens de crisis van de jaren 30 en de Tweede Wereldoorlog. Zij betraden de arbeidsmarkt na de oorlog en bleven tot hun pensioen in dienst van dezelfde werkgever. Loyaliteit wordt als een belangrijke deugd beschouwd, zowel voor het bedrijf als voor de individuele werknemer. Door vroege ervaringen heeft deze generatie een sterk vertrouwen in particuliere en openbare instellingen. Plichtsbesef en opofferingsgezindheid zijn belangrijk en deze generatie hecht grote waarde aan kwalificaties als bewijs van deskundigheid. Respect voor gezag en voor maatschappelijke regels is een vanzelfsprekendheid. Hoewel deze generatie in omvang de kleinste van de 4 generaties is, beschikt zij over de grootste rijkdom.

DE BABYBOOMGENERATIE (1945-1964)

De Babyboomgeneratie groeide op in een periode van wederopbouw en toenemende welvaart en met de overtuiging dat zij de wereld kon veranderen. Zij maakte de mensenrechtenbeweging mee, de Vietnamoorlog en de seksuele revolutie. Leden van deze generatie waren de hippies van Woodstock die uitgroeiden tot de workaholics en de yuppen van de 20e eeuw. In tegenstelling tot de conformistische Grootse Generatie is de Babyboomgeneratie een protestgeneratie die zich verzette tegen traditionele waarden en de gevestigde orde van regering, zakenleven en kerken. In de ogen van deze generatie had de gevestigde orde gefaald in het vinden van een passend antwoord op maatschappelijke problemen. Deze generatie staat op het standpunt dat je je alleen aan regels hoeft te houden als deze tot het gewenste resultaat leiden; anders zijn regels er om doorbroken of aangepast te worden.

DE GENERATIE X (1965-1984)

De Generatie X groeide op in een tijd van maatschappelijke en financiële problemen. Deze generatie bestond voor een groot deel uit de sleutelkinderen van de babyboomouders die bezig waren met zelfverwerkelijking en financieel succes. Tegen de achtergrond van de Watergate-affaire, aids en milieuvervuiling ontwikkelde deze generatie een groot wantrouwen jegens instellingen en grote organisaties. Zij vertrouwen meer op zichzelf en hun leeftijdsgenoten dan op grote instellingen en worden dan ook betiteld als de generatie van onafhankelijkheid en scepsis. Zij worden gezien als loyale werknemers maar staan afwijzend tegenover het arbeidsethos van de Babyboomgeneratie. Hun loyaliteit is meer gericht op personen dan op de gevestigde orde.

DE MILLENNIUMGENERATIE (1985-2005)

De Millenniumgeneratie, ook wel 'Screenagers' genoemd, wordt gezien als de meest bedreigde en tegelijkertijd meest beschermde generatie. Opgegroeid in een tijd van terroristische aanslagen, schietpartijen op scholen, de verschrikkingen van etnische zuiveringen en de recente opstanden in het Midden-Oosten, is deze generatie getuige geweest van gruwelijke binnenlandse conflicten en natuurrampen met enorme aantallen slachtoffers. De Millenniumgeneratie had een zeer beschermde jeugd, gekenmerkt door een sterke mate van ouderlijk toezicht en steun. Hun levensvisie en hun ideeën over gebeurtenissen in de wereld zijn gevormd door de lens van de digitale technologie, zoals computers en smartphones. Anders dan voorgaande generaties hebben zij met één klik toegang tot informatie en kennis die eerdere generaties moesten verwerven door levenservaring en studie. De Millenniumgeneratie kan goed samenwerken, is tolerant en gewend aan digitale media. Bij het uitvoeren van opdrachten en in hun werk zijn zij op zoek naar onmiddellijke en voortdurende bevestiging.⁹

BESCHOUWING VAN GENERATIEVERSCHILLEN

In tabel 1 zien wij hoe de verschillen tussen de generaties doorwerken in hun houding en opvattingen ten aanzien van gezondheidszorg. Bij de beschouwing van generatieverschillen in het algemeen komen in de zorg ook nog eens ervaringen als feminisatie, normalisering van werktijden, een verandering van arbeidsethos en een niet meer zo vanzelfsprekende status van de dokter. De invloed daarvan op het normen- en waardenstelsel van zorgverleners door de tijd heen is op zich een verhandelbaar waard.^{10,11}

In de loop van de tijd is het ziekte- en gezondheidsperspectief veranderd, van de dominantie van infectieziekten tot de nadruk op welvaartziekten en tegenwoordig aandoeningen van de ouderdom. Het is voorstelbaar

TABEL 1 Hoe verschillende generaties de markt en de gezondheidszorg benaderen⁷

generatie	marketingaspecten	gezondheidszorgaspecten
De Grootse Generatie* 1925-1944	<p>trouwe klanten, maar verkennen de markt indien nodig stellen kwaliteit boven efficiëntie zijn tevreden met standaardkeuzes hebben vertrouwen in de gevestigde instellingen die hen leveren wat zij nodig hebben</p> <p>motto: <i>Geef me wat ik nodig heb</i></p>	<p>hebben groot vertrouwen in de arts als poortwachter en navigator van de gezondheidszorg zien de arts als een betrouwbare autoriteit die hun welzijn ter harte neemt maken veel gebruik van de gezondheidszorg door multipele, leeftijdgerelateerde aandoeningen de Babyboomers (dat wil zeggen: hun kinderen) nemen veel beslissingen voor hen</p> <p>motto: <i>Zeg me wat ik moet doen</i></p>
Babyboomgeneratie 1945-1964	<p>behoefte aan producten of diensten op maat hechten minder belang aan algemene reputatie waarderen prestigieuze producten en diensten, bijvoorbeeld 'speciale ledenstatus' zijn gevoelig voor diensten die zich aanpassen aan de keuzes en de tijdsplanning van de klant</p> <p>motto: <i>Zit achter me aan</i></p>	<p>actieve gezondheidszorgconsumenten hechten waarde aan het prestige van de arts en het ziekenhuis doen uitvoerig onderzoek (ook op internet) voorafgaand aan doktersbezoek verwachten een gesprek met de arts over beslissingen aangaande het zorgplan zijn gericht op persoonlijk welbevinden en proberen veroudering tegen te gaan</p> <p>motto: <i>Betrokkenheid</i></p>
Generatie X 1965-1984	<p>hebben meer vertrouwen in advies van leeftijdgenoten dan andere generaties gevoelig voor producten op maat willen meer keuzemogelijkheden hebben bij aankopen</p> <p>motto: <i>Wat zeggen mijn vrienden?</i></p>	<p>verwachten dat gezondheidszorg toegesneden is op hun behoeften en die van hun familie niet de arts-patiëntrelatie maar de verwachting van de patiënt staat centraal hebben wantrouwen in instituties, weinig respect voor hiërarchische verhoudingen en autoriteit willen vrije informatievoorziening – onder andere inzage in eigen elektronisch patiëntendossier – en gebruiken dit om hun zorg naar eigen smaak te moduleren nemen deel aan online programma's om ziekten te bestrijden en aan virtuele begeleidingsbijeenkomsten over verschillende gezondheidsonderwerpen eisen persoonlijke keuzes op met betrekking tot gezondheidszorg</p> <p>motto: <i>Leer me hoe ik het moet doen</i></p>
Millenniumgeneratie 1985-2005	<p>opgevoed tot consument, zeer merkbewust verwachten hoge kwaliteit en gebruikersvriendelijke ervaringen gaan uit van interactieve koopervaringen willen geïndividualiseerde producten die maatschappelijk verantwoord zijn opgevoed met sterk milieubewustzijn</p> <p>motto: <i>Ga met mij in interactie</i></p>	<p>de meeste gezondheidszorgcontacten zijn met de huisarts, de kindergeneeskunde, gynaecologie en verloskunde, en sportgeneeskunde zijn op zoek naar rechtstreekse interactie via technologie zijn niet bereid te wachten tot de arts tijd heeft voor een afspraak, een operatie, et cetera sterke voorkeur voor rechtstreeks contact en geïndividualiseerde probleemoplossingen</p> <p>motto: <i>Maak contact met mij</i></p>

* Deze generatie wordt ook 'Stille Generatie' genoemd.

LEERPUNTEN

- In de Nederlandse bevolking zijn generaties te onderscheiden die duidelijk van elkaar verschillen in attitude, normen en waarden.
- Deze verschillen tussen de generaties zijn relevant voor de zorgverlening en voor de medische opleidingen.
- Bij het ontwikkelen en toepassen van curricula in de opleiding tot arts en medisch specialist moet rekening gehouden worden met generatieverschillen.
- Medici moeten leren rekening te houden met de wensen en normen van de verschillende generaties gezondheidszorgconsumenten.

dat dit perspectief een eigen dimensie heeft binnen het palet van ervaringen die men tussen het 10e en 25e levensjaar opdoet en die de generaties kleuren bij het geven en ontvangen van zorg.

GEZONDHEIDSZORG

Ongeacht de generatie verwacht de moderne consument kwaliteit, continuïteit en toegankelijkheid van zorg, ook al wordt de keuze van ziekenhuis en zorgverlener beïnvloed door de ervaringen van de eigen generatie. Volgens de Pulse Survey van Thomson-Reuters laten babyboomers zich bij hun artskeuze meestal leiden door de 'geschiktheid' – op te vatten als bijvoorbeeld nabijheid of bereikbaarheid – van het ziekenhuis waaraan de arts verbonden is. Generatie X en de Millenniumgeneratie gaan meer af op aanbevelingen van vrienden en familie. De Grootse Generatie en de Babyboomgeneratie bleken in dit onderzoek het minst geneigd van arts te veranderen, terwijl de Millenniumgeneratie en Generatie X ervaringen met zorg – zoals wantrouwen, tevredenheid met de arts-patiëntrelatie, de locatie van een huisartsenpraktijk of ziekenhuis – en wachttijden gemakkelijk bleek aan te grijpen om van arts te veranderen.^{4,8,12} Dit is bevestigd in een onderzoek uit 2009 onder gezondheidszorgconsumenten, waaruit bleek dat 16% van de deelnemers in het jaar daarvoor van arts veranderd was; 2 van de 3 gaven als reden voor deze verandering ontevredenheid met de dienstverlening.² Voor Generatie X en de Millenniumgeneratie is dienstverlening het belangrijkste middel waarmee artsen patiënten aan zich kunnen binden. Inzicht in generaties zal leiden tot passender zorg. Nu al zullen jonge artsen zich moeten kunnen verplaatsen in oudere generaties met andere normen- en waardenstelsels.

CONSEQUENTIES VOOR MEDISCH ONDERWIJS

Wat betekent de segmentatie op basis van generatieverschillen voor het opleiden van de arts van morgen? Dezelfde generatieverschillen die doorwerken in gedrag en houding ten aanzien van de gezondheidszorg zijn terug te vinden in het onderwijs. De Grootse Generatie respecteert onderwijsinstituten als de bron van alle kennis, houdt zich aan regels en voorschriften en interpreteert feedback als een teken dat men gefaald heeft, terwijl de leden van de Millenniumgeneratie en in mindere mate Generatie X uitstekend functioneren onder directe, voortdurende feedback, zich onzeker voelen zonder feedback, en erkenning zoeken in de omvang van hun sociale netwerk en het aantal volgers op twitter. Deze groep wendt zich voor informatie en kennis steeds meer tot kanalen buiten het traditionele onderwijs.

De Babyboomgeneratie trekt de legitimiteit van autoriteit in twijfel en ziet zichzelf als de belangrijkste bron van betrouwbare kennis en informatie. Deze generatie preferert schriftelijke aantekeningen boven apparaten als de 'slimme en foutengevoelige' iPad en loopt achteraan wat betreft de acceptatie van moderne technologie (tabel 2). Het verschil in generaties zal gevolg hebben voor de opbouw van huidige opleidingsprogramma's. Wanneer wij weten dat de huidige arts-assistenten in opleiding – voornamelijk van de Millenniumgeneratie – meer prijs stellen op interactieve vormen van opleiden en op individuele autonomie, en zich verheugen op het krijgen van constructieve feedback, dan kan de opleider – voornamelijk babyboomers – zich bezinnen op zijn eigen referentiekaders en vervolgens zijn opleidingsprogramma en -stijl aanpassen. Het ligt voor de hand om programma's interactiever te maken, met gebruik van sociale media, en om de mogelijkheid tot individuele variatie te bieden, rijker aan feedback. Als opleiders zich bewust worden van dit fenomeen van segmentatie in generaties kunnen zij inzicht krijgen in de huidige manier van opleiden en hun eigen vooroordelen ten opzichte van andere generatiegebonden leerstijlen.

Daarnaast zien we steeds meer vrouwelijke artsen, een verandering in werktijden, een verschuivende arbeids-ethos en een veranderende status van de arts. Dat vraagt om inlevingsvermogen van bijvoorbeeld mannelijke opleiders van de Babyboomgeneratie in vrouwelijke assistenten van de Millenniumgeneratie, en om het zoeken naar een balans tussen de normen- en waardenstelsels van mensen uit verschillende generaties die met elkaar moeten samenwerken. Bovendien vragen deze ontwikkelingen om een extra dimensie in de discussie over wat er veranderen moet in de opleiding van medische specialisten in Nederland en hoe die herziening aangepakt moet worden.

TABEL 2 De houding van de verschillende generaties ten opzichte van het onderwijs⁵

onderwijskundig element	Grootse Generatie 1925-1944	Babyboomgeneratie 1945-1964	Generatie X 1965-1984	Millenniumgeneratie 1985-2005
autoriteit	conformistisch autoriteiten stellen de regels beveel en heers	voelen zich meestal ongemakkelijk tegenover autoriteiten trekken de legitimiteit van autoriteit in twijfel	geen moeite met autoriteit voelen zich niet geïntimideerd door autoriteit	respect moet verdiend worden trekken autoriteit in twijfel
tekenen van respect	bewondering voor autoriteit of meerderen privileges op basis van trouwe dienst of leeftijd	bewondering voor autoriteit, hogergeplaatste voorkeur gebaseerd op sociale status (elite)	eisen autoriteit verwachten waardering verwachten dat er naar hen geluisterd wordt op basis van beroepsmatige of academische prestaties	eisen autoriteit verwachten waardering verwachten dat er naar hen geluisterd wordt op basis van hun contacten (volgers) op internet (Twitter, Facebook)
kennisbronnen	persoonlijke ervaring verhalen vallen en opstaan	boeken en bibliotheken microfilms experts, intellectuelen experimenten	elektronische media, e-books CD-ROM online informatie en databases	www: Wikipedia, Google, YouTube sociale netwerken
voorkeur voor onderwijsbenadering	meester-gezelrelatie	lezingen, colleges pen en papier dia's, overheadsheets	e-mail powerpoint-presentaties	simulaties 'serious games' instructies via YouTube virtueel onderwijs via internet
reactie op feedback	voelen zich makkelijk bedreigd door voortdurende feedback	voelen zich makkelijk bedreigd door voortdurende feedback	zijn vertrouwd met feedback zijn niet afhankelijk van directe en voortdurende feedback	gedijen uitstekend onder directe en voortdurende feedback voelen zicht onzeker zonder feedback
kernwaarde	zich gewaardeerd voelen	zich gewaardeerd voelen	zich gewaardeerd voelen	zich gewaardeerd voelen

AANBEVELING

Er is behoefte aan een open debat over de herziening van de opleiding van medische specialisten. Erkend moet worden dat introductie van onderwijskundige elementen en CanMEDS-competenties belangrijke elementen van die herziening zijn, maar in de uitwerking moet ruimte blijven voor andere perspectieven. Dat heeft al eerder zijn waarde bewezen: open staan voor varianten van de geplande innovatie en voor out of the box denken was een van de succesfactoren in het In VIVO-project (2005-2008).^{13,14}

Met ons betoog over de generatieverschillen willen wij laten zien dat medische professionals de ogen en oren wijd open moeten houden en zich niet in slaap moeten laten sussen door eenmaal gemaakte keuzes. In de praktijk is gebleken dat de werkelijkheid multidimensioneel is. Complexe systemen, zoals de competentiegerichte opleiding van toekomstige artsen in een snel veranderende gezondheidszorg, zijn zelden gebaat bij een uni- of oligodimensionele aanpak. Complexiteit vraagt om een complexe benadering. Op dit moment ontgaat het de zorgprofessional in opleiding welke betekenis generatieverschillen hebben voor een optimale zorg. Goede artsen en goede opleiders tonen mensenkennis en daar hoort beheersing van het generatieconcept bij. Daarom verdient dit concept een stevige plek in de opleidingen.

Dit artikel is een bewerking van een eerdere publicatie in *Perspectives on Medical Education* (2013;2:340-8).⁶

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 juni 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8900

> **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8900**

LITERATUUR

- 1 KNMG. Moderniseren medische vervolopleidingen: nieuw kaderbesluit CCMS. <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Algemene-informatie/Nieuws/O-R-Nieuwsartikel/Moderniseren-medische-vervolopleidingen-nieuw-kaderbesluit-CCMS.htm>, geraadpleegd op 10 november 2013.
- 2 Keckley P, Eselius L (Deloitte Center for Health Solutions). 2009 Survey of health care consumers: key findings, strategic implications. Washington DC: Deloitte LLP; 2009. p.1-17.
- 3 Becker H. Generaties en hun kansen. Amsterdam: Meulenhoff; 1992.
- 4 MacCracken L, Pickens G, Wells M. Matching the market: Using generational insights to attract and retain consumers. New York: Thomson Reuters; 2009. p. 1-13.
- 5 Howe M. The new generation gap: impact on healthcare Scottsdale: Forum for healthcare strategists; 2008.
- 6 Busari JO. The discourse of generational segmentation and the implications for postgraduate medical education. *Perspect Med Educ*. 2013;2:340-8.
- 7 General Medical Council. Tomorrow's Doctors: outcomes and standards for undergraduate medical education. www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomorrows_doctors_2009_contents.asp, geraadpleegd op 8 juli 2015.
- 8 Howe M. Customer experience: a generational perspective. Bedford: The Beryl Institute; 2009.
- 9 Stanton Smith W. Decoding generational differences: fact, fiction...or should we just get back to work? Washington DC: Deloitte LLP; 2008.
- 10 Wallenburg I, van Exel J, Stolk E, Scheele F, de Bont A, Meurs P. Between trust and accountability: different perspectives on the modernization of postgraduate medical training in the Netherlands. *Acad Med*. 2010;85:1082-90.
- 11 Dwarswaard J, Hilhorst M, Trappenburg M. The robustness of medical professional ethics when times are changing: a comparative study of general practitioner ethics and surgery ethics in The Netherlands. *J Med Ethics*. 2009;35:621-5.
- 12 LoPresti L, Ginn P, Treat R. Using a simulated practice to improve practice management learning. *Fam Med*. 2009;41:640-5.
- 13 Bont de A, Wallenburg I, Mulder H, Scheele F, Meurs P. Eenvoud in veelvoud: eindrapportage In VIVO 2010. Utrecht: CBOG; 2010.
- 14 Kroon de C, Mulder H, Luijk van S, et al. In VIVO anderhalf jaar onderweg! Tijdschrift voor medisch onderwijs. 2008;27:304-9.