Maastricht University

# Managing work-based postgraduate medical education in clinical departments

Citation for published version (APA):

Malling, B. V. G. (2011). *Managing work-based postgraduate medical education in clinical departments*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Universitaire Pers Maastricht. https://doi.org/10.26481/dis.20110701bm

**Document status and date:**
Published: 01/01/2011

**DOI:**
10.26481/dis.20110701bm

**Document Version:**
Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

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

Link to publication

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

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

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

www.umlib.nl/taverne-license

**Take down policy**
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 25 Apr. 2024

# CHAPTER 8

# Summary

The central theme in this thesis is the management of postgraduate medical education (PGME) in clinical departments with focus on the characteristics of the leadership role of the educational leaders in the clinical departments (CRE). Postgraduate medical education is a work-based education that predominantly takes place in specialised clinical departments. With the appointment of a CRE, the responsibility for managing PGME is clear, which from an organisational theoretical point of view seems optimal. The CRE's job resembles the job of a site director or a programme director known in other countries. The introduction of out-come based education (OBE) and in-training assessment is a major challenge for the CRE and for the clinical departments. At the same time society, health care services and clinical departments constantly undergo changes. The importance of managing PGME in clinical departments in times of change is well recognised.

The overall research question in this thesis is: What characterises leadership and management of PGME in clinical departments?

The thesis consists of five independent studies conducted around leadership of PGME in clinical departments. In the first study we explored the role and position of the clinical consultant responsible for education in the clinical departments (CRE). The second study focused on the influence of a CRE on the educational culture in the clinical departments. In the third and fourth study we investigated the effect of formal leadership training and personal development on the leadership skills of CREs. Finally the fifth study dealt with the wider context of the management of PGME.

**Chapter 1** contain the introduction to this thesis. The theme in the thesis will be addressed from three perspectives of the management of PGME in clinical departments: the task, the leader and the context. The introduction provides the theoretical background for these perspectives.

*The task perspective* refers to the management of PGME in the clinical department. It focuses on what the CREs are actually doing and how key stakeholders perceive his leadership and position in the clinical department. The CRE's primary duty as a mid-level manager is interpretation and implementation of policies and programs. However he also plays a major role in facilitating educational changes in the department. Chapters two and three deal with the task perspective.

*The leader perspective* comprises the CRE's leadership skills and the effect of developmental initiatives. As professionals, physicians are more aligned with their profession than with the organisation they practice in. Thus physicians in leadership-

positions are often novices regarding leadership and in need of developing a more systemic view and fundamental organisational understanding.

To develop leadership skills it is therefore recommended to combine experience as a leader with formal leadership education and personal development. Multi-source feedback (MSF) is a popular and widely used method to initiate personal development. Chapters four and five focus on the effect of MSF as well as the impact of a formal leadership course on CRE's leadership skills.

*The context perspective* deals with PGME as a work-based education and thus inseparable from the work in clinical hospital departments. Hospital departments are complex workplaces where it is difficult to make an exact plan for educating young physicians prior to full licensure (trainees). The very structured OBE with in-training assessment thus may be in conflict with actual practice in the clinical departments (the micro-level context). The many stakeholders in the governance of PGME (macro-level) contribute to the complexity in the leadership of PGME in clinical departments. Chapter six presents the context from both the micro-level and the macro-level perspective.

**Chapter 2** answers a basic question in this thesis: What is a CRE actually doing? The role and position of a CRE was investigated through focus-group discussions (6 focus groups) and semi-structured interviews (3 interviews). Participants were medical chiefs of hospitals (1), heads of departments (2), consultants (9), CREs (6) and trainees (18). Key stakeholders' knowledge of what a CRE is doing was generally scarce. Both the CREs and key-stakeholders acknowledged his leader-position. However, stakeholders found that the duties of a CRE were mainly administrative like taking care of the organisation and the paperwork involved in PGME, while the CREs perceived their function as comprising both administrative and leadership tasks. The CRE was not perceived as influential, and the job was not considered prestigious. However, it was generally agreed that the CRE could get the power and prestige he wanted by doing a good job, and that this eventually would lead to more influence. The CREs were in a position to take on more leadership and it was an overall expectation of the CRE to exert more leadership while still taking care of the administrative duties. Leadership development was suggested.

**Chapter 3** deals with influence of the CRE on the educational climate in the clinical department. Participants were 56 CREs and their departments. We used MSF to measure leadership skills of CREs. The educational climate was evaluated using a questionnaire among all physicians in the department. Surprisingly no correlation was found between the leadership skills of CREs and the educational climate. Likewise, there was no correlation between the administrative skills of CREs and the

organisation of work in the departments. This indicates that the CRE has minor influence on the educational climate and the daily work.

**Chapter 4** describes the development, validation and use of a MSF instrument for CREs. The MSF instrument comprised 69 questions of which 38 (55%) concerned leadership while 31 (45%) dealt with administration. In the study, 52 CREs went through a MSF procedure. The CREs chose respondents among the other consultants and the trainees in the department as well as the head of the department. Based on the scores a report pointed out low/ high scores and positive and negative gaps were worked out. Besides this report the CRE received personal feedback from an experienced human resource consultant that guided the CRE in drafting a personal development plan.

The response rate of the MSF-procedure was above 80 %. The vast majority of initiatives in the developmental plans concerned administrative duties or management (75%) while initiatives concerning development of leadership skills were lagging behind (25%). This is in contrast to the more even distribution of the questions in the questionnaire. The plans for performance improvement concerning the "easy to set and measure" goals regarding management were concrete and specific while plans for development of leadership skills and hence personal development were less concrete and expressed by superficial terminology. The plans did not necessarily reflect the areas of improvement identified by low ratings or gaps between self-ratings and the ratings of others in the MSF process.

**Chapter 5** brings the effect of a combination of leadership developmental initiatives in focus. The study was conducted as an intervention study with a control group. The intervention was participation in a leadership course developed specifically for CREs. In the intervention group participation in the leadership course was combined with a MSF process before the course and one year after participation. The CREs in the control-group went through MSF twice with a one year interval. In all 56 CREs participated, 28 in the intervention and control group, respectively.

The CREs in the intervention group rated the course as highly important and reported to have learned from participation. However this was not reflected in the MSF scores that were unchanged one year after compared to the scores of CREs in the control group. The study therefore indicates that a leadership course following a MSF procedure compared to MSF alone does not improve leadership skills of CREs in clinical departments.

**Chapter 6** provides an analysis of the Danish PGME curriculum. The analysis revealed several challenges in the context of the managerial position of a CRE. The governance of PGME is characterised by many stakeholders with contrasting interests, which they strive to maximise. Thus a power-struggle keeping each other in

check might have developed. A slightly skewed power-balance in favour of the labour market parties seems to have emerged. This might make leaders in PGME incapable to make decisions and make it difficult to exert leadership. Furthermore it seems as if the organisation of clinical service and PGME runs in two separate lines making initiatives around PGME come from outside bodies and thus bypassing the ordinary line of command in the hospitals.

The responsibility to establish coherence between the educational and the administrative line has been placed on the CRE, who is a mid-level manager in the administrative line. In educational matters the CRE refers to an outside body while in more administrative matters he refers to the head of department, and thus the administrative line. Even if he might refer to the administrative line in educational matters since the chief of the hospital is ultimately responsible for PGME in the hospital, there appears to be no natural connection between the chief of the hospital and the PGME authorities.

Postgraduate medical education is a work- based education and PGME is inseparable from clinical service. However, there seems to be a discrepancy between the curriculum on paper describing the competent physician in separable roles or competencies, and the curriculum in use, which takes clinical situations embracing all roles as point of reference. In theory, an outcome-based curriculum is ideal to secure high quality and safe patient treatment, and translating the OBE curriculum into clinical practice becomes a prominent part of the CREs' managerial duties. However, the tight structure of outcome-based education is not easy to live up to in the clinical departments where you have to rely on "opportunistic learning situations". Besides, the basically behaviouristic approach of the written curriculum is in contrast to the more constructivist and socio-cultural approach to education in the clinical departments. Combining this with a lack of instructional design in the curricula makes leadership of PGME in clinical departments a complex and unclear task.

## Conclusion

The research behind this thesis has given valuable contributions to the understanding of management of work-based postgraduate medical education in clinical departments. The educational leaders in clinical departments are perceived as having good management and leadership skills, but at the same time are considered in a weak, non-influential and unclear position. Their leadership skills seem rather resistant to traditional leadership development initiatives such as MSF, supported developmental plans, and courses. However, this might be due to the context in which the leadership is exerted, which is characterised of being inherently unclear regarding tasks, responsibilities, and line of reference. The governance of PGME includes many stakeholders with contrasting interests. However, there seems to be a slightly

skewed power-balance among stakeholders in favour of the hospital owners and the labour market parties, which might emphasise the work-based nature of PGME.

A prominent task for an educational leader is to manage outcome-based education with in-training assessment. It might be problematic to manage a basically behavioural curriculum in the clinical department where more constructivist and socio-cultural learning strategies are prevalent. Thus the curriculum on paper is far from the curriculum in practice. Furthermore it seems as if the instructional design is lacking in the curricula.

In conclusion the task and the context for leaders of PGME in clinical departments are complex and often conflicting, and take place in professional organisations, which are inherently reluctant to changes. The role of leaders of PGME in clinical departments is characterised by being unclear regarding tasks, responsibilities, and line of reference. Even leaders with the best qualifications and competences might find it difficult to exert leadership under these conditions.

# CHAPTER 9

## **Samenvatting** (Summary in Dutch)

Het centrale thema van dit proefschrift is het onderwijsmanagement van de specialistenopleiding op de klinische afdelingen, met nadruk op de kenmerken van de leiderschapsrol van de opleiders die binnen de klinische afdelingen verantwoordelijk zijn voor het onderwijs (CRE). De specialistenopleiding speelt zich voornamelijk af in de klinische werkplaats binnen de verschillende klinische afdelingen. Met het aanstellen van een opleidingscoördinator is de verantwoordelijkheid voor de specialistenopleiding duidelijk vastgelegd. Vanuit een theoretisch organisatiekundig oogpunt gezien is dit een optimale managementsituatie. De positie van de opleidingscoördinator in de specialistenopleiding is vergelijkbaar met de rol van een 'site director' of 'programme director' in andere landen. De invoering van uitkomstgericht onderwijs (OBE) en werkplektoetsing stelt zowel de opleidingscoördinator als de klinische afdeling voor een grote uitdaging. Tegelijkertijd zijn er voortdurend veranderingen in maatschappij, gezondheidszorg en ook binnen de afdelingen. De betekenis van onderwijsmanagement voor de specialistenopleiding in tijden van verandering wordt algemeen onderschreven.

**De centrale onderzoeksvraag van dit proefschrift is:** Wat zijn de kenmerken van leiderschap en onderwijsmanagement met betrekking tot de specialistenopleiding binnen de klinische afdelingen?

Dit proefschrift bestaat uit vijf afzonderlijke studies betreffende leiderschap op het gebied van het onderwijs in de specialistenopleidingen binnen de klinische afdelingen. Het eerste onderzoek betrof de rol en positie van de specialist die binnen een afdeling verantwoordelijk is voor de specialistenopleiding (CRE). Het tweede onderzoek betrof de invloed van deze opleidingscoördinator op de onderwijscultuur binnen de afdeling. In de derde en het vierde studie is onderzocht wat het effect is van formele managementtraining en persoonlijke ontwikkeling op de managementvaardigheden van opleidingscoördinatoren. Het vijfde en laatste onderzoek was gericht op de bredere context van het management van de specialistenopleiding.

**Hoofdstuk 1** vormt de inleiding van dit proefschrift. Het centrale thema wordt belicht vanuit drie invalshoeken van waaruit onderwijsmanagement binnen klinische afdelingen kan worden bestudeerd: de taak, de leider en de context. De introductie beschrijft de theoretische achtergronden van deze invalshoeken.

Vanuit *de taakgerichte invalshoek* ligt de nadruk op het onderwijsmanagement van de specialistenopleiding binnen een klinische afdeling. Hierbij wordt vooral gekeken naar de activiteiten van de opleidingscoördinator en de opvattingen van de belangrijkste groepen binnen de afdeling ten aanzien van diens leiderschap en positie. Als functionaris op het niveau van middenmanagement heeft de opleidingscoördinator als belangrijkste taak het beleid en de programma's te interpreteren en uit te voe-

ren. Hij speelt echter ook een belangrijke rol in het stimuleren van onderwijsvernieuwingen binnen de afdeling. Hoofdstuk 2 en 3 zijn gewijd aan dit taakgerichte perspectief.

Vanuit *de leiderschapsinvalshoek* wordt gekeken naar de managementvaardigheden van de opleidingscoördinator en het effect van initiatieven ten aanzien van het ontwikkelen daarvan. Artsen voelen zich als professionals meer betrokken bij hun beroepsgroep dan bij de organisatie waarbinnen zij werkzaam zijn. Dit betekent dat een leiderschapspositie vaak nieuw is voor de arts die deze rol bekleedt en dat de arts voor het functioneren in deze rol een systematische visie en fundamenteel inzicht met betrekking tot organisatorische aspecten moet ontwikkelen.

Voor het ontwikkelen van leiderschapsvaardigheden is het daarom aan te bevelen om ervaring in de leiderschapsrol te combineren met formeel onderwijs in leiderschap en persoonlijke ontwikkeling. 360-gradenfeedback is een bekende en vaak toegepaste methode om de persoonlijke ontwikkeling te stimuleren. Hoofdstuk 4 en 5 beschrijven onderzoeken naar de invloed van 360-gradenfeedback en een formele leiderschapscursus op de ontwikkeling van leiderschapsvaardigheden van opleidingscoördinatoren binnen de specialistenopleiding.

*Vanuit de contextinvalshoek* wordt naar de specialistenopleiding gekeken als een vorm van werkplekleren die een ondeelbaar geheel vormt met het werk op de klinische afdelingen. Ziekenhuisafdelingen zijn complexe werkomgevingen, die er niet op zijn ingericht om mogelijkheden te bieden voor het opstellen van een welomschreven onderwijsplan voor AIOS. Sterk gestructureerd uitkomstgericht onderwijs met werkplaatsgebonden toetsing kan daardoor strijdig zijn met de dagelijkse praktijk op klinische afdelingen (context op microniveau). De vele belanghebbenden bij het onderwijsmanagement van de specialistenopleiding (macroniveau) dragen bij tot de complexiteit van leiderschap voor de specialistenopleiding op klinische afdelingen. Hoofdstuk 6 geeft een beschouwing van deze context zowel op micro- als op macroniveau.

**Hoofdstuk 2** probeert een antwoord te geven op een fundamentele vraag van dit proefschrift: Wat doet een opleidingscoördinator (CRE)? The rol en positie van de opleidingscoördinator zijn onderzocht met behulp van zes focusgroepen en drie semigestructureerde interviews, waaraan werd deelgenomen door één medisch directeur van een ziekenhuis, twee afdelingshoofden, negen specialisten, zes opleidingscoördinatoren en achttien AIOS. De belangrijkste belangengroepen hadden over het algemeen weinig inzicht in de werkzaamheden van de opleidingscoördinator. De opleidingscoördinatoren en de belangrijkste belangengroepen erkenden de leiderschapsrol van de opleidingscoördinator. De belanghebbenden waren echter van mening dat de opleidingscoördinator voornamelijk administratieve taken had,

zoals organisatie en administratie van de specialistenopleiding, terwijl de opleidingscoördinatoren zelf van mening waren dat hun taken zowel administratieve als sturende aspecten behelsden. De opleidingscoördinator werd niet gezien als een functie met veel invloed en status. Men was het er echter over eens dat de opleidingscoördinator macht en status kon verwerven door zijn taken goed uit te voeren, waardoor hij uiteindelijk zijn invloed kon versterken. De opleidingscoördinatoren konden meer leiderschapstaken op zich nemen en de algemene verwachting was dat de opleidingscoördinator naast meer leiderschapstaken zijn administratieve taken kon blijven vervullen. Er werd voorgesteld om leiderschapsontwikkeling te bevorderen.

**Hoofdstuk 3** beschrijft een onderzoek naar de invloed van opleidingscoördinatoren op het onderwijsklimaat binnen hun afdeling. Zesenvijftig opleidingscoördinatoren en hun afdelingen namen deel aan het onderzoek. Met behulp van 360-gradenfeedback werden leiderschapsvaardigheden gemeten. Aan alle artsen op de afdeling werd gevraagd een enquête in te vullen over het onderwijsklimaat. Een verrassende uitkomst was dat er geen relatie werd gevonden tussen de leiderschapsvaardigheden van de opleidingscoördinator en de organisatie van het werk binnen de afdeling. Er werd ook geen verband gevonden tussen de administratieve vaardigheden van de opleidingscoördinator en de organisatie van het werk binnen de afdeling. Dit wijst erop dat de invloed van de opleidingscoördinator op het onderwijsklimaat en de dagelijkse gang van zaken slechts gering is.

In **hoofdstuk 4** worden de ontwikkeling, validering en toepassing van een instrument voor 360-gradenfeedback voor opleidingscoördinatoren beschreven. Het instrument bestaat uit 69 vragen: 38 vragen (55%) over leiderschap en 31 vragen (45%) over administratie. Tweeënvijftig opleidingscoördinatoren namen deel aan een 360-gradenfeedbackprocedure. De opleidingscoördinatoren kozen als beoordelaars specialisten en AIOS van hun afdeling en het hoofd van de afdeling. Een rapport op basis van de scores gaf aan hoe lage/hoge scores and positieve en negatieve hiaten waren uitgewerkt. Naast dit rapport kreeg de opleidingscoördinator individuele feedback van een ervaren “humanresources”-medewerker, die de opleidingscoördinator begeleidde bij het opstellen van een persoonlijk ontwikkelingsplan.

De respons op de 360-gradenfeedbackprocedure was 80%. Veruit de meeste ontwikkelingsplannen waren gericht op administratieve of managementtaken (75%), terwijl er minder aandacht was voor initiatieven om leiderschapsvaardigheden te ontwikkelen (25%). Dit is in tegenstelling tot de gelijkmatige verdeling van de vragen over deze onderwerpen in de enquête. Verbeterplannen voor het functioneren met betrekking tot gemakkelijk te omschrijven en goed meetbare managementdoelen waren concreet en specifiek, terwijl plannen voor het ontwikkelen van leiderschapsvaardigheden en daarmee ook de persoonlijke ontwikkeling minder

concreet waren en oppervlakkiger beschreven werden. De plannen waren niet altijd een afspiegeling van de verbeterpunten die naar voren kwamen uit lage beoordelingen of verschillen tussen zelfbeoordelingen en de beoordelingen van andere deelnemers aan de 360-gradenbeoordeling.

**Hoofdstuk 5** is gericht op het effect van een combinatie van initiatieven om leiderschapsvaardigheden te ontwikkelen. Het onderzoek bestond uit een interventiestudie met een controlegroep. De interventie bestond uit deelname aan een leiderschapscursus die speciaal ontwikkeld was voor opleidingscoördinatoren. Naast de cursus namen de opleidingscoördinatoren ook deel aan een 360-gradenfeedbackprocedure zowel voorafgaand aan de cursus als een jaar na deelname. De controlegroep nam alleen deel aan twee 360-gradenfeedbackprocedures met een tussenpoos van een jaar. Alle 56 opleidingscoördinatoren deden mee. Dit leverde een interventie- en een controlegroep van 28 deelnemers op.

De opleidingscoördinatoren in de interventiegroep waren van mening dat de cursus zeer belangrijk was en deelname eraan leerzaam. Dit werd echter niet teruggevonden in de scores op de 360-gradenfeedback na en voor deelname aan de cursus. De scores van de interventiegroep op de 360-gradenfeedbackprocedure een jaar na de eerste 360-gradenfeedback gaf geen verschil te zien met de scores van de controlegroep. Hieruit blijkt dat deelname aan een 360-gradenfeedbackprocedure gevolgd door een leiderschapscursus niet voldoende is om de leiderschapsvaardigheden van opleidingscoördinatoren te verbeteren.

**Hoofdstuk 6** geeft een analyse van het curriculum van de Deense specialistenopleiding. De analyse bracht verschillende uitdagingen aan het licht ten aanzien van de positie van de opleidingscoördinator. Het managen van de specialistenopleiding wordt gekenmerkt door veel belanghebbenden die allen streven naar het verwezenlijken van hun tegenstrijdige belangen. Hierdoor kan een machtsstrijd ontstaan waarbij verschillende partijen elkaar in evenwicht houden. Het lijkt er echter op dat er een enigszins scheve verdeling is gegroeid ten gunste van belanghebbenden vanuit de arbeidsmarkt. Dit zou ertoe kunnen leiden dat leiders van de specialistenopleiding geen beslissingen kunnen nemen en moeite hebben hun leiderschap te doen gelden. Ook vormen de organisatie van de patiëntenzorg en de opleiding twee afzonderlijke lijnen waardoor initiatieven ten aanzien van de opleiding buiten het ziekenhuis ontwikkeld worden en daardoor buiten de normale managementstructuur van het ziekenhuis om gaan.

De taak om de onderwijslijn en de bestuurlijke lijn op elkaar aan te laten sluiten is in handen van de opleidingscoördinator die een middenkaderfunctie vervuld binnen de administratieve lijn. Voor onderwijszaken richt de opleidingscoördinator zich tot een externe organisatie terwijl hij zich voor administratieve zaken richt tot het hoofd van de afdeling. Hoewel hij zich voor onderwijszaken kan wenden tot de

administratieve lijn, aangezien de directeur van het ziekenhuis eindverantwoordelijkheid heeft voor de specialistenopleiding in het ziekenhuis, lijkt er geen natuurlijke communicatielijn te bestaan tussen ziekenhuisdirectie en het bestuur van de specialistenopleiding.

De specialistenopleiding bestaat uit leren in de werkplaats en is daarom onverbrekelijk verbonden met de patiëntenzorg. Er lijkt echter een onderscheid te bestaan tussen het curriculum-op-papier, waarin de competente arts beschreven wordt in termen van onderscheiden rollen of competenties, en het curriculum-in-actie dat gebaseerd is op een klinische omgeving waarin combinaties van alle rollen aan de orde kunnen komen. In theorie is een uitkomstgestuurd curriculum een ideaal middel om hoge kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te garanderen. Het is een belangrijk onderdeel van de managementtaken van de opleidingscoördinator om het uitkomstgestuurde curriculum to vertalen naar de klinische praktijk. Het is echter niet gemakkelijk om in een klinische afdeling waar onderwijs vooral afhangt van toevallige leermomenten de strakke structuur van een uitkomstgericht curriculum te realiseren. Daarnaast bestaat er ook een tegenstelling tussen de fundamenteel behavioristische benadering van het curriculum-op-papier en de constructivistische, sociaal-culturele benadering van het onderwijs binnen de klinische afdelingen. Als daar ook nog een gebrekkige onderwijskundige structuur van het curriculum bijkomt, wordt het management van de specialistenopleiding binnen een klinische afdeling onvermijdelijk een complexe en onduidelijke taak.

**Conclusie**

Het in dit proefschrift beschreven onderzoek levert waardevolle bijdragen aan een beter inzicht in het managen van werkplaatsleren tijdens de specialistenopleiding binnen klinische afdelingen. De algemene opvatting is dat de opleidingscoördinatoren binnen de afdelingen beschikken over goede management- en leiderschapsvaardigheden, maar dat hun positie niettemin gezien wordt als zwak, onduidelijk en weinig invloedrijk. Daarnaast lijken hun leiderschapsvaardigheden niet erg gevoelig voor traditionele methoden om managementvaardigheden te ontwikkelen, zoals 360-gradenfeedback, begeleide persoonlijke ontwikkelplannen en cursussen. Dit zou echter kunnen samenhangen met het feit dat dit leiderschap uitgeoefend wordt binnen een context die gekenmerkt wordt door onduidelijkheid met betrekking tot taken, verantwoordelijkheden en organisatorische lijnen. Bij het managen van de specialistenopleiding zijn veel belanghebbenden betrokken met tegenstrijdige belangen. Het machtsevenwicht van de betrokkenen lijkt enigszins scheef verdeeld ten gunste van ziekenhuiseigenaren en partijen op de arbeidsmarkt, waardoor het werkgestuurde karakter van de opleiding benadrukt wordt.

Het is een belangrijke taak van de onderwijsleider om sturing te geven aan de combinatie van uitkomstgericht onderwijs en praktijkbeoordeling op de werkplaats.

Het is geen eenvoudige taak om een primair behavioristisch curriculum tot uitvoering te brengen in een klinische afdeling waar constructivistische en sociaal-culturele leerstrategieën de overhand hebben. Het curriculum-op-papier lijkt dan ook ver verwijderd van het curriculum-in-actie. Bovendien lijkt het erop dat de curricula niet gebaseerd zijn op een duidelijk onderwijskundig model.

Samenvattend, de taken van de opleidingscoördinatoren van de specialistenopleiding binnen klinische afdelingen en de context waarin zij die uitvoeren zijn complex en vaak tegenstrijdig. Ook werken de opleidingscoördinatoren binnen een professionele organisatie die van nature afwijzend staat ten opzichte van verandering. De rol van de opleidingscoördinatoren wordt gekenmerkt door onduidelijkheid met betrekking tot taken, verantwoordelijkheden en organisatorische structuur. Onder dergelijke omstandigheden is het niet verwonderlijk dat zelfs leiders met de beste kwalificaties en vaardigheden moeilijkheden ondervinden bij het effectief leidinggeven.