

# **Het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen**

Scriptie in het kader van de doctoraalstudie andragogiek

---

A.R. Yedema

---

Groningen, 25 augustus 2004

Andragogisch Instituut  
Grote Rozenstraat 38  
9712 TJ Groningen

# Het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen

Scriptie in het kader van de doctoraalstudie andragogiek

---

A.R. Yedema

## **Begeleiders**

Andragogiek  
Onderwijskunde

drs. G.G. Toren – stafmedewerker Andragogisch Instituut  
dr. T. van Dellen – stafmedewerker Stafgroep Onderwijskunde

AZG

dr. J. Pols – arts-onderwijskundige, stafmedewerker stafgroep  
Organisatie & Ontwikkeling van het Academisch Ziekenhuis  
Groningen

---

Groningen, 25 augustus 2004

Andragogisch Instituut  
Grote Rozenstraat 38  
9712 TJ Groningen

Eén jaar, op de kop af! Vorig jaar ben ik op maandag 1 september begonnen met mijn afstudeeronderzoek binnen het Academisch Ziekenhuis van Groningen (AZG). Nu ligt er een afgerond onderzoeksverslag met daarin een beschrijving van achtergronden, theorieën, methoden, resultaten en conclusies van mijn onderzoek.

Het afgelopen jaar is een leerzame tijd voor mij geweest. Een heel ander jaar dan de voorgaande studie jaren, omdat ik geen colleges meer hoefde te volgen. Maar ook het zelfstandig uitvoeren van een onderzoek, scriptieschrijven, keuzes maken en nadenken over de toekomst, maken het een bijzonder jaar.

Tijdens mijn onderzoek naar de medische vervolgoopleidingen, heb ik het vak van een specialist van dichtbij kunnen bekijken. Ik heb ervaren dat leven en dood soms dicht bij elkaar liggen. Een bijzondere herinnering die ik nooit zal vergeten is de geboorte van een tweeling. Wat een mooi gezicht, wat een wonder!

Tijdens dit afgelopen jaar heb ik veel mensen om me heen gehad die kritisch met me mee hebben gedacht en me aangemoedigd hebben.

Ik mag in mijn handen knijpen met zulke fijne begeleiders. Koos Toren (andragogiek) heeft me vanuit de faculteit begeleidt op een zeer prettige en persoonlijke manier. Theo van Dellen (onderwijskunde) stelde kritische vragen en heeft me aangemoedigd door de uitspraak: 'Anna, ik heb alle vertrouwen in je!' Vanuit de afdeling Organisatie & Ontwikkeling van het AZG ben ik begeleidt door Jan Pols, een zeer betrokken begeleider die mijn scriptie op veel punten inhoudelijk heeft verbeterd. 'Jouw scriptie is het neusje van de zalm van mijn week' was een uitspraak van hem en dat liet hij ook merken door zijn enthousiastheid en interesse.

Ik wil een aantal andere mensen hartelijk bedanken voor hun bijdrage aan mijn scriptie: Marring Knip, Pine Remmelts, dhr. P. Boendermaker en dhr. J. Onstenk, bedankt voor jullie aanvullende kritieken op de inhoud en de vorm van mijn enquête. Bas Verhoeven, Iwan van der Horst en Gerard Koppelman, bedankt voor jullie praktische tips en uitleg over het vak van een arts. Arts-assistenten van de observaties, interviews en pilotstudie, hartelijk dank voor jullie gastvrijheid om een dag mee te lopen en jullie tijd om kritisch naar mijn enquête te kijken. Rianne en Anja, bedankt voor jullie enthousiastheid en betrokkenheid!

Daarnaast zijn er andere mensen geweest die dit afgelopen jaar veel voor mij betekend hebben. Mensen van de faculteitsraad van PPSW, afstudeerkring en ASO, Harmonie '67, praatgroep en stijldansen, hartelijk dank voor jullie gezelligheid, relativisme en medeleven.

Bovenal mijn moeder, broer, vader en vriendin, twee tantes, Mayke, Berber, Alies, Afke, Femke, Mirjam, Paula en huisgenoten. Ik kan iedereen niet genoeg bedanken voor de positieve energie, de interesse en de inhoudelijke discussies!

Ik kan terugkijken op een plezierige afstudeerjaar! Hopelijk zult u ook met plezier dit onderzoeksverslag lezen,

Anna Yedema

Groningen, 1 september 2004

### ***Achtergrond en doelstelling van het onderzoek***

Dit onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van het project ‘Innovatie Medische (vervolg)Opleidingen (ImvO). Dit project biedt ondersteuning bij de realisatie van het medisch onderwijs- en opleidingscontinuüm in de Onderwijs- en OpleidingsRegio Noord- en Oost-Nederland.

Het doel van dit onderzoek is het expliciteren van het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen. Na de zesjarige studie geneeskunde volgen medici als arts-assistent een medische vervolgoopleiding tot medisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige. Het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen bestaat uit een weerspiegeling van de wijze waarop arts-assistenten het onderwijsproces ervaren (*Van den Akker, 1990*). Het onderwijsproces is in dit onderzoek toegespitst op de taken en activiteiten (inhoud) van arts-assistenten en op de manier (vorm) waarop arts-assistenten ondersteund worden in het leren uitvoeren van die taken en activiteiten.

Tijdens een medische vervolgoopleiding moeten arts-assistenten zich verschillende soorten kennis en vaardigheden eigen maken. Dit stelt hen in staat om uiteindelijk zelfstandig een beroep uit te oefenen. Een beroep bestaat uit een scala aan werkzaamheden, oftewel taken en activiteiten. Tot op heden is hier niet veel systematisch onderzoek naar gedaan (*Pols, 2003*).

Daarnaast bestaat de indruk dat de formele (georganiseerde) opleidingsactiviteiten vooral gericht zijn op medisch inhoudelijke taken en activiteiten. De andere taken en activiteiten lijken veelal op een informele (niet-georganiseerde) manier geleerd te worden. Ook hierover is op het gebied van de medische vervolgoopleidingen weinig onderzoek gedaan.

### ***Probleemstelling***

De onderzoeksvraag luidt: ‘*Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?*’ Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn twee deelvragen opgesteld:

- 1 Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgoopleiding?
- 2 Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces van deze taken en activiteiten ondersteund?

Met dit onderzoek wordt voor het eerst een systematische beschrijving gegeven van de taken en activiteiten van arts-assistenten. Daarnaast wordt een beter beeld verkregen van de ondersteuning die arts-assistenten krijgen om deze taken professioneel te leren uitvoeren. Het onderzoek levert hiermee informatie op die gebruikt kan worden bij de discussie over de inhoud en vormgeving van de medische vervolgoopleidingen.

### ***Theorie***

Om later zelfstandig te kunnen functioneren in een beroep moeten arts-assistenten beschikken over competenties die nodig zijn om de taken, oftewel de beroepsopgaven, goed uit te voeren (*ACOA, 1999*). ‘*Competentie is het vermogen van een individu om de kernopgaven van een beroep op een adequate, procesgerichte en productgerichte wijze aan te pakken. Competenties zijn multidimensionaal, gestructureerd en onderling samenhangend*’ (*ACOA, 1999: 8*). Competenties zijn opgebouwd uit generieke competenties, deelcompetenties en competentie-elementen. Onstenk (*1997*) heeft een model ontwikkeld bestaand uit zeven (generieke) beroepscompetenties: vakmatige, methodische, bestuurlijk-organisatorisch, strategisch, sociaal-communicatieve, normatief-culturele en leercompetenties. Het model van Onstenk is gebruikt bij het ontwikkelen van een volledig overzicht van de taken en activiteiten van arts-assistenten.

Het onderscheid tussen formele en informele leerondersteuning wordt in dit onderzoek gemaakt op basis van drie typen leersituaties: ‘Extern gestuurd of formeel leren’, ‘zelfgestuurd leren’ en ‘ervarings-, -informeel of situatieleren’. Dit zijn allemaal verschillende leersituaties die zich onderscheiden door de plek waar het leren plaatsvindt en door de aard van de sturing. Formele leerondersteuning staat in dit onderzoek gelijk aan ‘extern gestuurd leren’. Informele leerondersteuning staat in dit onderzoek gelijk aan ‘zelfgestuurd leren’ en ‘ervarings- en situatieleren’.

### **Methode**

Het onderzoek is beschrijvend en explorerend van aard. De gebruikte methoden zijn observaties, interviews, documentenanalyse, literatuurstudie en een enquête. Door middel van observaties en daarop volgende interviews ontstaat een overzicht van taken en leerondersteuning van arts-assistenten. Om een goede dekking van dit overzicht te krijgen is er gebruik gemaakt van triangulatie door middel van documentenonderzoek, literatuuronderzoek, deskundigen en een pilotstudie. Op basis hiervan is een takenpakket ontwikkeld dat als basis dient voor de enquête. Daarnaast zijn er zeven leerondersteuning geformuleerd die in de enquête als antwoordmogelijkheden worden gebruikt. In de enquête zijn de taken onderverdeeld in zes clusters. Aan elke taak zijn twee vragen verbonden:

A Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?

B Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?

De enquête is via de mail verstuurd naar alle arts-assistenten in de Onderwijs- en OpleidingsRegio Noord- en Oost-Nederland. In dit onderzoek zijn de resultaten en de conclusies van de individuele vervolgoopleidingen geclusterd tot vier uitstroomprofielen (*Heineman, 2003: 4*), te weten: snijdende- en niet-snijdende specialismen, huisartsen en sociaal geneeskundigen.

### **Resultaten en conclusies**

Naar aanleiding van de geretourneerde enquêtes kunnen we concluderen dat het opgestelde takenpakket voor de enquête, bevestigd wordt in dit onderzoek. De taken worden vrijwel allemaal gedaan door de arts-assistenten. Bij elke taak in de enquête is gevraagd hoe vaak de arts-assistent deze taak uitvoert (dagelijks, wekelijks, maandelijks, jaarlijks of nooit). Niet alle taken worden even frequent uitgevoerd. Er zijn twee taken die vrijwel nooit uitgevoerd worden, te weten 'gesprekken voeren met patiënten over euthanasie' en 'lesgeven aan arts-assistenten'. De arts-assistenten hebben in de enquête aanvullingen gegeven op het takenpakket. Er zouden enkele aanpassingen gedaan kunnen worden om het takenpakket te verhelderen en te complementeren.

De vier uitstroomprofielen hebben verschillende takenpakketten. Grofweg zijn er drie uitstroomprofielen met een verschillend takenpakket: de arts-assistenten die in een ziekenhuis werkzaam zijn (de medisch specialismen), de huisartsen en de sociaal geneeskundigen.

Alle zeven leerondersteuning die in de enquête worden genoemd, worden ervaren door de arts-assistenten. De zeven leerondersteuning zijn: 'docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag', 'gestructureerde patiëntenbespreking', 'supervisie door supervisor / opleider', 'zelfstudie', 'vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's', 'de kunst afkijken' en 'door te doen (ervaren)'. De meest ervaren leerondersteuning is 'door te doen (ervaren)' en de minst ervaren leerondersteuning is 'gestructureerde patiëntenbesprekingen'. Bij alle taken wordt een combinatie van formele leerondersteuning en informeel leren ervaren, waarbij de tendens is dat er vaker informeel leren wordt ervaren dan formele leerondersteuning. Tussen de verschillende clusters zoals die in de enquête samengesteld zijn, zijn duidelijke verschillen waar te nemen. De indruk wordt bevestigd dat het cluster met de medisch inhoudelijke taken, het meest formeel wordt ondersteund.

### **Ideeën voor verder onderzoek**

Naar aanleiding van dit onderzoek zijn ideeën voor vervolgonderzoek opgesteld. Zo kan er bijvoorbeeld onderzoek gedaan worden naar de opleidingsopbouw van de medische vervolgoopleidingen wat betreft het takenpakket, naar een systematischer onderscheid tussen de leerondersteuning, naar de meest efficiënte combinatie tussen leeromgeving en leerondersteuning, naar gezamenlijk onderwijs van verschillende uitstroomprofielen, naar rolverwachtingen.

### **Tot slot**

Er is een algemene trend gaande dat formeel leren zal afnemen en dat informeel leren naast formeel leren een grote rol gaat spelen. Hierbij moet gezegd worden dat in non-formele en informele leercontexten meer wordt geleerd naarmate de basis aan kennis, vaardigheden en competenties die bij formeel leren werd opgedaan, beter is (*Thijssen, 1997; Lankhuijzen, 2002*). Binnen de medische vervolgoopleidingen zijn echter ontwikkelingen gaande naar meer formeel onderwijs (*Meyboom-de Jong e.a., 2002*). Deze paradoxale situatie brengt ons tot de discussie welke leerondersteuning – formeel en/of informeel? – wenselijk en mogelijk zijn binnen de medische vervolgoopleidingen.

# INHOUDSOPGAVE

## VOORWOORD

## SAMENVATTING

<b>1 INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING</b>	<b>8</b>
1.1 HET ONDERWIJS- EN OPLEIDINGSCONTINUÛM VAN ARTSEN	8
1.2 ONTWIKKELINGEN BINNEN HET ONDERWIJS- EN OPLEIDINGSCONTINUÛM	9
1.3 VERANDERINGEN BINNEN DE VERVOLGOPLEIDINGEN	9
1.4 AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK	10
1.5 PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSVRAAG	10
1.6 LEESWIJZER	11
<b>2 THEORETISCH KADER</b>	<b>12</b>
2.1 ERVAREN CURRICULUM	12
2.2 TAKEN EN COMPETENTIE	13
2.2.1 <i>DEFINITIE VAN HET BEGRIP COMPETENTIE</i>	13
2.2.2 <i>COMPETENTIEMODELLEN</i>	14
2.3 LEERONDERSTEUNINGEN	15
2.3.1 <i>ONDERSCHIED FORMELE EN INFORMELE LEERONDERSTEUNING</i>	16
2.4 CONCEPTUEEL MODEL	17
<b>3 METHODOLOGIE VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>18</b>
3.1 DESIGN	18
3.2 ONDERZOEKSETTING- EN POPULATIE	18
3.3 ONTWIKKELING VAN DE ENQUÊTE	19
3.3.1 <i>OBSERVATIES</i>	19
3.3.2 <i>INTERVIEWS</i>	20
3.3.3 <i>DOCUMENTENANALYSE EN LITERAATUURSTUDIE</i>	20
3.3.4 <i>DESKUNDIGEN EN EEN PILOTSTUDIE</i>	21
3.3.5 <i>DATAVERWERKING EN –ANALYSE VAN DE INSTRUMENTONTWIKKELING</i>	21
3.4 DE ENQUÊTE	21
3.4.1 <i>DE NON-RESPONS</i>	22
3.4.2 <i>DE VALIDITEIT</i>	22
3.4.3 <i>DATAVERWERKING EN –ANALYSE VAN DE GERETOURNEERDE ENQUÊTES</i>	23
3.5 ONDERZOEKSMODEL	24
<b>4 RESULTATEN: ONTWIKKELING VAN DE ENQUÊTE</b>	<b>26</b>
4.1 RESULTATEN VAN DE OBSERVATIES EN INTERVIEWS	26
4.2 RESULTATEN VAN DE DOCUMENTENANALYSE	27
4.2.1 <i>BEROEPSCOMPETENTIES</i>	27
4.2.2 <i>TAKEN EN ACTIVITEITEN</i>	28
4.3 HET TAKENPAKKET	29
4.4 RESULTATEN VAN DE LITERAATUURSTUDIE	29
4.5 DE LEERONDERSTEUNINGEN	30
4.6 RESULTATEN VAN DE DESKUNDIGEN	30
4.7 RESULTATEN VAN DE PILOTSTUDIE	31
4.8 OPBOUW VAN DE ENQUÊTE	32

---

## **5 RESULTATEN: ENQUÊTE-ONDERZOEK ONDER ARTS-ASSISTENTEN** **34**

<b>5.1</b>	<b>RESPONS EN NON-RESPONS</b>	<b>34</b>
<b>5.2</b>	<b>REPRESENTATIVITEIT</b>	<b>34</b>
<b>5.3</b>	<b>VALIDITEIT</b>	<b>36</b>
<b>5.4</b>	<b>RESULTATEN TAKENPAKKET</b>	<b>37</b>
<b>5.4.1</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND CONSULTEN/SPREKUREN/VISITES/HUISBEZOEKEN</i>	<b>38</b>
<b>5.4.2</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND CONTACTEN MET PATIËNTEN, HUN FAMILIE EN BEKENDEN</i>	<b>39</b>
<b>5.4.3</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND ADMINISTRATIE EN INFORMATIE-UITWISSELING</i>	<b>39</b>
<b>5.4.4</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND SAMENWERKEN, BEGELEIDEN EN ORGANISEREN</i>	<b>40</b>
<b>5.4.5</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND VERANTWOORDELIJKHEID, STRUCTUUR EN HIËRARCHIE</i>	<b>41</b>
<b>5.4.6</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND LEREN EN VERANDEREN</i>	<b>41</b>
<b>5.4.7</b>	<i>RESUMÉ</i>	<b>42</b>
<b>5.5</b>	<b>RESULTATEN LEERONDERSTEUNINGEN</b>	<b>44</b>
<b>5.5.1</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND CONSULTEN/SPREKUREN/VISITES/HUISBEZOEKEN</i>	<b>44</b>
<b>5.5.2</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND CONTACTEN MET PATIENTEN, HUN FAMILIE EN BEKENDEN</i>	<b>45</b>
<b>5.5.3</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND ADMINISTRATIE EN INFORMATIE-UITWISSELING</i>	<b>46</b>
<b>5.5.4</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND SAMENWERKEN, BEGELEIDEN EN ORGANISEREN</i>	<b>47</b>
<b>5.5.5</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND VERANTWOORDELIJKHEID, STRUCTUUR EN HIËRARCHIE</i>	<b>48</b>
<b>5.5.6</b>	<i>TAKEN EN ACTIVITEITEN ROND LEREN EN VERANDEREN</i>	<b>48</b>
<b>5.5.7</b>	<i>AANVULLINGEN OP DE LEERONDERSTEUNINGEN</i>	<b>49</b>
<b>5.5.8</b>	<i>RESUMÉ</i>	<b>49</b>

---

## **6 CONCLUSIES** **51**

<b>6.1</b>	<b>WAARDE EN BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK</b>	<b>51</b>
<b>6.2</b>	<b>CONCLUSIES TAKENPAKKET</b>	<b>51</b>
<b>6.3</b>	<b>CONCLUSIES LEERONDERSTEUNINGEN</b>	<b>53</b>
<b>6.4</b>	<b>BEANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSVRAAG EN DE DEELVRAGEN</b>	<b>54</b>

---

## **7 DISCUSSIE** **55**

<b>7.1</b>	<b>REFLECTIE OP DE BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN</b>	<b>55</b>
<b>7.1.1</b>	<i>REFLECTIE TAKENPAKKET</i>	<b>55</b>
<b>7.1.2</b>	<i>REFLECTIE LEERONDERSTEUNINGEN</i>	<b>56</b>
<b>7.2</b>	<b>REFLECTIE OP HET ONDERZOEK</b>	<b>57</b>
<b>7.3</b>	<b>IDEEËN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK</b>	<b>58</b>
<b>7.4</b>	<b>TOT SLOT</b>	<b>58</b>

---

## **8 LITERATUUR** **59**

### **BIJLAGEN:**

<b>BIJLAGE 1:</b>	<b>UITLEG MODEL ONSTENK</b>	<b>62</b>
<b>BIJLAGE 2:</b>	<b>OVERZICHT MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN</b>	<b>64</b>
<b>BIJLAGE 3:</b>	<b>HET INTERVIEWSHEMA</b>	<b>66</b>
<b>BIJLAGE 4:</b>	<b>(HERINNERINGS)MAILS</b>	<b>68</b>
<b>BIJLAGE 5:</b>	<b>VOORBEELD CLUSTERING TAKEN VAN EEN REVALIDATIE-ARTS</b>	<b>76</b>
<b>BIJLAGE 6:</b>	<b>ONDERVERDELING VAN TAKEN IN HET MODEL VAN ONSTENK</b>	<b>79</b>
<b>BIJLAGE 7:</b>	<b>UITLEG BEROEPSCOMPETENTIEMODELLEN EN TAAKINDELINGEN</b>	<b>82</b>
<b>BIJLAGE 8:</b>	<b>DE TAKEN EN ACTIVITEITEN VOOR DE ENQUÊTE VERWERKT IN HET MODEL VAN ONSTENK</b>	<b>84</b>
<b>BIJLAGE 9:</b>	<b>ENQUÊTE</b>	<b>86</b>
<b>BIJLAGE 10:</b>	<b>BESCHRIJVING VAN DE ACHTERGRONDGEGEVENS VAN DE ENQUÊTE</b>	<b>89</b>
<b>BIJLAGE 11:</b>	<b>VALIDITEIT VAN DE ENQUÊTE</b>	<b>93</b>
<b>BIJLAGE 12<sup>A</sup>:</b>	<b>ALGEMEEN GEWOGEN GEMIDDELDE EN GEWOGEN GEMIDDELDE</b>	<b>94</b>
<b>BIJLAGE 12<sup>B</sup>:</b>	<b>DE MEEST EN MINST UITGEVOERDE TAKEN OP EEN RIJ</b>	<b>96</b>
<b>BIJLAGE 13:</b>	<b>PERCENTAGES LEERONDERSTEUNINGEN</b>	<b>98</b>
<b>BIJLAGE 14:</b>	<b>DE VIJF MEEST UITGEVOERDE TAKEN IN COMBINATIE MET DE LEERONDERSTEUNINGEN</b>	<b>100</b>

# 1 Inleiding en probleemstelling

In onze samenleving zijn verschillende ontwikkelingen gaande die van invloed zijn op de opleiding voor artsen. Centraal hierbij staat de individualisering van de samenleving, oftewel de groeiende autonomie van het individu ten opzichte van zijn directe omgeving (*Sociaal Cultureel Planbureau, 1998*). In de gezondheidszorg zien we bijvoorbeeld dat de rol en de positie van patiënten is veranderd. Steeds meer patiënten zijn mondiger, kritischer en meer gesteld op autonomie en keuzevrijheid.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen op demografisch, epidemiologisch en sociaal-cultureel terrein. Demografische en epidemiologische ontwikkelingen hebben respectievelijk betrekking op de bevolkingsopbouw en op het voorkomen van ziekten. In de komende jaren zal het aantal jongeren afnemen en het aantal ouderen toenemen. Daardoor neemt de omvang van ziekten die kenmerkend zijn voor ouderen, met name chronische aandoeningen, toe. Sociaal-culturele ontwikkelingen komen tot uitdrukking in de manier waarop artsen en zorgverleners om moeten gaan met de wensen van (allochtone) patiënten (*Meyboom-de Jong e.a., 2002*).

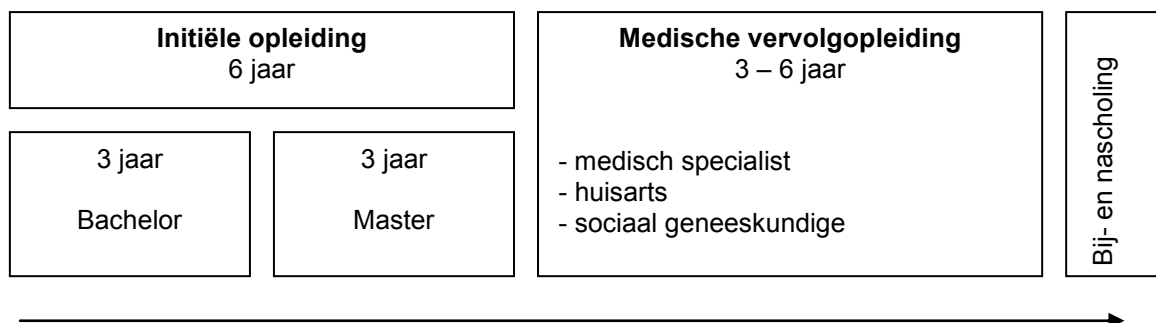
De voorgaande ontwikkelingen maken een omslag noodzakelijk van aanbodgestuurde zorg naar vraaggestuurde zorg met meer vrijheden en meer keuzemogelijkheden. Dit houdt in dat er nieuwe eisen worden gesteld aan de deskundigheid van artsen, zoals technische en sociale vaardigheden, samenwerkingskwaliteiten en flexibiliteit (*Meyboom-de Jong e.a., 2002*). Voordat er verder ingegaan wordt op de gevolgen van deze ontwikkelingen voor de opleiding voor artsen, wordt het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen beschreven.

## 1.1 Het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen

Het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen duurt minimaal negen jaar en bestaat uit twee delen:

- 1 De initiële opleiding (de studie geneeskunde).
- 2 Een medische vervolgopleiding.

Na een medische vervolgopleiding onderhoudt een arts zijn kennis en vaardigheden onder andere door het volgen van bij- en nascholing<sup>1</sup>. Dit zijn multidisciplinaire activiteiten zoals masterclasses, conferenties en symposia waar stilgestaan wordt bij belangrijke vraagstukken. Vaardigheidstrainingen in het skillslabs nemen ook een belangrijke plaats in. Het gehele onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen ziet er, na de invoering van de bachelor-masterstructuur, als volgt uit:



**Figuur 1** *Het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen*

<sup>1</sup> Kijk op <http://www.wenckebachinstituut.nl/> voor een uitgebreid overzicht van bij- en nascholingscursussen.



Na de zesjarige initiële opleiding volgen artsen als arts-assistent een medische vervolgopleiding tot medisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige. Chirurgie, reumatologie, cardiologie, gynaecologie en klinische geriatrie zijn enkele vervolgopleidingen tot medisch specialist. De huisartsenopleiding leidt op tot huisarts en de bedrijfs- en de verzekeringsartsopleiding leiden op tot sociaal geneeskundige. In totaal zijn er 28 medische vervolgopleidingen, waarvan de duur verschilt van drie tot zes jaar. Arts-assistenten leggen gedurende deze periode het traject af van pas afgestudeerd arts tot zelfstandig beroepsbeoefenaar.

In de volgende twee paragrafen wordt ingegaan op de ontwikkelingen en veranderingen rond de aansluiting van de medische vervolgopleidingen op de initiële opleiding. Deze paragrafen zijn voornamelijk gebaseerd op het rapport ‘*De arts van straks*’ (Meyboom-de Jong e.a., 2002). In dit rapport worden kwalitatieve en kwantitatieve aanbevelingen gedaan over de ontwikkeling van een nieuw onderwijs- en opleidingscontinuüm waarbij de initiële opleiding en de medische vervolgopleidingen<sup>2</sup> op elkaar aan moeten sluiten en opnieuw gestructureerd moeten worden.

### *1.2 Ontwikkelingen binnen het onderwijs- en opleidingscontinuüm*

Van een continuüm dat het gehele opleidingstraject geneeskunde van het begin tot het eind op samenhangende wijze omvat, is nog geen sprake. Een belangrijke voorwaarde om aansluiting te realiseren is een samenhangend stelsel van eindtermen voor de studie geneeskunde en de vervolgopleidingen, met daarnaast disciplinespecifieke eindtermen voor elke vervolgopleiding. Een tweede voorwaarde om aansluiting te realiseren betreft de structuur van de vervolgopleidingen. Er worden in het rapport ook aanbevelingen gedaan voor modernisering van opleidingsmethoden en taakherschikking van de vervolgopleidingen en van de studie geneeskunde. In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de concrete gevolgen van deze aanbevelingen voor de vervolgopleidingen.

### *1.3 Veranderingen binnen de vervolgopleidingen*

Naar aanleiding van de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en het discontinuüm tussen de studie geneeskunde en de vervolgopleidingen, moeten de vervolgopleidingen heringericht worden. Ten aanzien van de na te streven herinrichting moeten tenminste drie aspecten gerealiseerd worden:

- 1 Structuur. De vervolgopleidingen moeten zo opgebouwd worden dat per onderdeel van de vervolgopleiding duidelijk wordt welke onderwijsdoelen bereikt moeten worden.
- 2 Duur. De opleidingsduur van de vervolgopleidingen moet worden gereduceerd in aansluiting op de Europese regelgeving.
- 3 Inhoud. Gezien de inhoudelijke aspecten van de vervolgopleidingen moet er gestreefd worden naar competentiegeoriënteerde opleidingsprogramma's.

Binnen de vervolgopleidingen moet een sterk accent aangebracht worden op de ontwikkeling van professioneel gedrag. Er wordt gestreefd naar een ‘wetenschappelijke opgeleide, bekwame medicus, die communicatief en sociaal vaardig is, goed in een team functioneert, zijn werk adequaat kan organiseren en gemotiveerd is om een leven lang te leren en te reflecteren’ (Meyboom-de Jong e.a., 2002: 5).

---

<sup>2</sup> Voor de begrijpelijkheid en leesbaarheid van dit onderzoeksverslag zal in het vervolg de initiële opleiding aangeduid worden met ‘de studie geneeskunde’ en een medische vervolgopleiding zal aangeduid worden met ‘een vervolgopleiding’. Met de term ‘arts-assistent’ worden arts-assistenten in opleiding bedoeld.

#### 1.4 Aanleiding tot het onderzoek

Dit onderzoek wordt gedaan naar aanleiding van het project ‘Innovatie Medische (vervolg)Opleidingen’ (IMvO). Dit project, gestart in 2003, biedt ondersteuning bij de realisatie van inhoudelijke en onderwijskundige veranderingen van de medische vervolgopleidingen in de Onderwijs- en OpleidingsRegio Noord- en Oost-Nederland.

Het uitgangspunt van dit onderzoek is het ervaren curriculum van de vervolgopleidingen. Het ervaren curriculum weerspiegelt de manier waarop arts-assistenten het gehele onderwijsproces ervaren (*Van den Akker, 1990*). In dit onderzoek is het onderwijsproces toegespitst op de taken en activiteiten (inhoud) van arts-assistenten en op de manier (vorm) waarop arts-assistenten ondersteund worden in het leren uitvoeren van die taken en activiteiten. Het vertrekpunt van dit onderzoek ligt dus bij de arts-assistenten en niet bij de opleiders van de vervolgopleidingen. De arts-assistenten zijn degenen die een beroep moeten leren en daarom is het belangrijk hun praktijkervaringen met het huidige curriculum bij toekomstige veranderingen van de vervolgopleidingen te betrekken.

Tijdens een vervolgopleiding moeten arts-assistenten zich verschillende soorten kennis en vaardigheden eigen maken. Dit stelt hen in staat om uiteindelijk zelfstandig een beroep uit te oefenen. Een beroep bestaat uit een scala aan werkzaamheden, oftewel taken en activiteiten. Dit vormt ook de kern van de vervolgopleidingen. Tot op heden is hier niet veel systematisch onderzoek naar gedaan (*Pols, 2003*). Dit onderzoek richt zich daarom ten eerste op de vraag welke taken en activiteiten arts-assistenten hebben tijdens de vervolgopleiding.

Daarnaast bestaat de indruk dat de formele (georganiseerde) opleidingsactiviteiten vooral gericht zijn op medisch inhoudelijke taken en activiteiten. De andere taken en activiteiten lijken veelal op een informele (niet-georganiseerde) manier geleerd te worden. Actueel onderwijskundig onderzoek laat zien dat in beroepssituaties formeel en informeel leren twee relevante en elkaar aanvullende manieren zijn (*Onderwijsraad, 2003*). Ook hierover is op het gebied van vervolgopleidingen weinig onderzoek gedaan. Dit onderzoek richt zich daarom ten tweede op de vraag hoe arts-assistenten worden ondersteund in het leren uitvoeren van deze taken en activiteiten, formeel en/of informeel.

#### 1.5 Probleemstelling en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is het expliciteren van het ervaren curriculum van de vervolgopleidingen. Zo wordt een eerste systematische beschrijving gegeven van de taken en activiteiten<sup>3</sup> van arts-assistenten. Daarnaast wordt een beter beeld verkregen van de ondersteuning die arts-assistenten krijgen om deze taken professioneel te leren uitvoeren.

De onderzoeksvraag luidt:

*‘Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?’*

Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn twee deelvragen opgesteld:

- 3 Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgopleiding?
- 4 Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces rond deze taken en activiteiten ondersteund?

Door het beantwoorden van deze vragen levert het onderzoek informatie op die gebruikt kan worden bij de discussie over de inhoud en vormgeving van vervolgopleidingen.

---

<sup>3</sup> Om de leesbaarheid van dit onderzoeksverslag te waarborgen wordt in het vervolg alleen de term ‘taken’ gebruikt, wanneer er ‘taken en activiteiten’ worden bedoeld.

## 1.6 Leeswijzer

*Hoofdstuk 1* heeft een beschrijving gegeven van het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen. Daarna is er ingegaan op de ontwikkelingen binnen het onderwijs- en opleidingscontinuüm en op veranderingen binnen de vervolgopleidingen. Het hoofdstuk is geëindigd met het noemen van de aanleiding tot het onderzoek en de onderzoeksvraag met de bijbehorende twee deelvragen.

In *hoofdstuk 2* wordt een uitgebreide uitleg gegeven van een viertal begrippen die aan de onderzoeksvraag en de deelvragen zijn verbonden. Het gaat om de begrippen: ervaren curriculum, taken, competentie en leerondersteuning.

In *hoofdstuk 3* wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is om uiteindelijk antwoord te geven op de deelvragen en daarmee ook op de onderzoeksvraag. In dit onderzoek zijn observaties, interviews, een documentenanalyse, een literatuurstudie en een enquête gebruikt. Bij elk instrument wordt in dit hoofdstuk aangegeven waarom en hoe het gebruikt is. Tevens wordt aangegeven hoe de gevonden data van elk instrument wordt verwerkt.

In *hoofdstuk 4* worden de resultaten van de observaties, interviews, documentenanalyse en literatuurstudie, ten aanzien van de ontwikkeling van de enquête, beschreven. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de opbouw van de enquête.

In *hoofdstuk 5* worden de (non-)respons, de representativiteit, de validiteit en de resultaten van de geretourneerde enquêtes weergegeven. De resultaten van de inhoud van de enquête hebben betrekking op de taken en op de leerondersteuning.

In *hoofdstuk 6* worden de conclusies ten aanzien van de resultaten van de enquête beschreven. Deze conclusies hebben als doel de deelvragen en daarmee de onderzoeksvraag te beantwoorden. Voorafgaand aan de conclusies wordt kort ingegaan op de waarde en de beperkingen van het onderzoek.

In het laatste hoofdstuk, *hoofdstuk 7*, wordt een reflectie gegeven op de resultaten van het gehele onderzoeksverslag. Naar aanleiding van deze reflectie zijn er een aantal discussiepunten en ideeën voor toekomstig onderzoek opgesteld.

In dit hoofdstuk wordt een uitgebreide uitleg gegeven van een viertal begrippen die aan de onderzoeksvraag en de deelvragen zijn verbonden. Het gaat om de begrippen: ervaren curriculum, taken, competentie en leerondersteuning. Het begrip ‘ervaren curriculum’ is verbonden aan de onderzoeksvraag. De begrippen ‘taken’ en ‘competentie’ zijn aan de eerste deelvraag verbonden en het begrip ‘leerondersteuning’ is aan de tweede deelvraag verbonden.

In deze volgorde worden de begrippen behandeld, met als afsluiting een samenvatting in de vorm van een conceptueel model.

### 2.1 *Ervaren curriculum*

Voor onderwijsontwikkelaars is een curriculum een instrument dat ter voorbereiding, uitvoering en evaluatie van onderwijs dient. Het omvat naast omschrijvingen van doelen en inhouden ook aanwijzingen of middelen voor het organiseren, uitvoeren en evalueren van onderwijsprocessen (*De Corte e.a., 1981*).

Een curriculum is tevens het resultaat van de inspanningen van vele betrokkenen, zoals managers, docenten en studenten (*Kessels, 1996; Van den Akker, 1990; Wachtler, e.a., 2003*). Het is, mede daardoor, niet vanzelfsprekend dat wat oorspronkelijk werd beoogd ook plaatsvindt in de dagelijkse praktijk. Vanuit het perspectief van verschillende betrokkenen kan een curriculum zich dus heel verschillend presenteren. In de literatuur wordt op basis daarvan veel indelingen gemaakt. De volgende drie voorbeelden geven hiervan een helder beeld:

- 1 ‘Beoogd’, ‘formeel’, ‘gepercipieerd’, ‘operationeel’ en ‘getoetst’ curriculum (*Kessels, 1996: 112-115*). Het ‘beoogde’ curriculum wordt opgevat als een door het management aan de opleidingsafdeling gegeven opdracht, het ‘formele’ curriculum bevat alle materialen om het beoogde curriculum te weerspiegelen, het ‘gepercipieerde’ curriculum geeft de opvattingen weer die een bepaalde docent over een curriculum heeft, het ‘operationele’ curriculum is het leerplan zoals het zich in de reële situatie voordoet en het ‘getoetste’ curriculum omvat alle formele resultaten en effecten van een opleidingsprogramma die de evaluatie-instrumenten registreren.
- 2 ‘Denkbeeldig’, ‘geschreven’, ‘geïnterpreteerd’, ‘uitgevoerd’, ‘ervaren’, en ‘geleerd’ curriculum (*Van den Akker, 1990*). Het ‘denkbeeldige’ curriculum zijn de uitgangspunten en idealen van de ontwerpers met betrekking tot het curriculum, het ‘geschreven’ curriculum is het op schrift gestelde, in documenten en materialen vervatte curriculum, het ‘geïnterpreteerde’ curriculum is de interpretatie van het geschreven curriculum door de gebruiker (docent), het ‘uitgevoerde’ curriculum is het daadwerkelijk uitgevoerde onderwijsleerproces, het ‘ervaren’ curriculum is de wijze waarop de leerlingen het onderwijsproces ervaren en het ‘geleerde’ curriculum zijn de leeruitkomsten bij de leerlingen.
- 3 ‘Planned’, ‘thought’ en ‘received’ curriculum (*Wachtler, e.a., 2003*). Het ‘planned’ curriculum beschrijft de leerdoelen, het ‘thought’ curriculum zijn de intenties van de docenten en het ‘received’ curriculum zijn de ervaringen van de studenten.

De onderzoeksvraag luidt: ‘*Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?*’. Dit onderzoek gaat uit van het ‘ervaren’ curriculum van de vervolgopleidingen. De term ‘ervaren’ curriculum wordt door Van den Akker (1990) onderscheiden en weerspiegelt de wijze waarop leerlingen, in dit geval arts-assistenten, het onderwijsproces ervaren. Het onderwijsproces is een breed begrip en wordt in dit onderzoek toegespitst op de inhoud en de vorm. De inhoud bestaat uit de taken

die arts-assistenten hebben tijdens de vervolgopleiding (deelvraag 1). De vorm bestaat uit de manier waarop arts-assistenten worden ondersteund bij het leren uitvoeren van deze taken (deelvraag 2).

## 2.2 *Taken en competentie*

De eerste deelvraag luidt: ‘*Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgopleiding?*’ De taken die arts-assistenten hebben tijdens de vervolgopleiding komen (deels) overeen met de latere werkzaamheden van hun beroep. Aan het eind van een vervolgopleiding moeten arts-assistenten op een professionele manier zelfstandig kunnen functioneren in de gezondheidszorg. Om zelfstandig te kunnen functioneren in een beroep moet men beschikken over de competenties die nodig zijn om de taken, oftewel de beroepsopgaven, goed uit te voeren (ACOA, 1999).

Het begrip competentie is om een aantal redenen bruikbaar voor dit onderzoek. In de jaren negentig komt er in Nederland aandacht voor het competentiebeprip. Dit past in het beeld dat de Nederlandse economie steeds meer een kenniseconomie wordt. De ontwikkeling, spreiding en deling van kennis is een vraagstuk van strategisch belang in organisaties, met implicaties voor de inrichting van het werk. Ook binnen het onderwijs is er een tendens tot meer competentiegerichte vormen van onderwijs. De integratie van kennis, vaardigheden en gedrag, het leren aan de hand van projecten, casussen en problemen en het sterker accent op zelfstandig leren, zijn de belangrijkste kenmerken van dit meer competentiegerichte onderwijs (Merriënboer e.a., 2002: 13-31). Deze ontwikkelingen zijn ook te zien binnen de vervolgopleidingen van artsen. Daar wordt namelijk gestreefd naar steeds meer competentiegeoriënteerde opleidingsprogramma's (Meyboom-de Jong e.a., 2002).

Het werken met het begrip competentie sluit dus goed aan bij de meest recente ontwikkelingen binnen de vervolgopleidingen. Daarnaast zijn competentie en leren direct met elkaar zijn verbonden. Competenties kunnen zich namelijk verbreden, verdiepen en verrijken (Onstenk, 1997; ACOA, 1999). In de vervolgopleidingen verbreden, verdiepen en verrijken arts-assistenten zich ook steeds meer wat betreft de uitvoering van hun taken.

### 2.2.1 *Definitie van het begrip competentie*

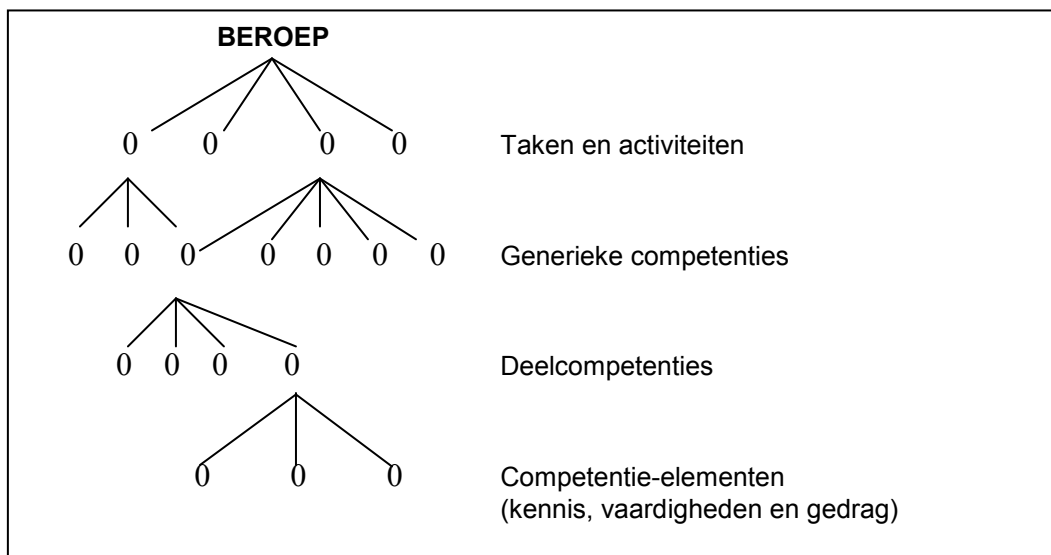
De Onderwijsraad heeft een gedegen studie gedaan naar het begrip competentie om conceptuele verheldering van het begrip te verkrijgen. Er is de afgelopen jaren namelijk veel gepubliceerd over het begrip competentie, maar overeenstemming over het begrip valt moeilijk te bereiken. Dit komt omdat het vanuit verschillende invalshoeken kan worden gedefinieerd. Definities van het begrip competentie verschillen qua inhoud als gevolg van leertheoretische opvattingen, geografische context waarin ze zijn ontstaan en doel waarvoor ze worden gebruikt (Merriënboer e.a., 2002).

De Onderwijsraad heeft verschillende relevante definities met elkaar vergeleken. Zij is tot een zestal kenmerken gekomen die tamelijk vaak in de omschrijvingen van het begrip competentie voorkomen (Merriënboer e.a., 2002):

- 1 Competenties zijn contextgebonden.
- 2 Competenties zijn ondeelbaar. Het zijn clusters van vaardigheden, kennis, attituden, eigenschappen en inzichten.
- 3 Competenties zijn veranderlijk in tijd.
- 4 Competenties zijn verbonden met taken en activiteiten.
- 5 Leer- en ontwikkelingsprocessen zijn een voorwaarde voor het verwerven van competenties.
- 6 Competenties staan in een bepaalde relatie tot elkaar. De verwerving van competenties vereist vaak de aanwezigheid van andere competenties.

ACOA, de Adviescommissie Onderwijs- en Arbeidsmarkt, formuleert als enige een definitie die al deze kenmerken bevat: ‘Competentie is het vermogen van een individu om de kernopgaven van een beroep op een adequate, procesgerichte en productgerichte wijze aan te pakken. Competenties zijn multidimensionaal, gestructureerd en onderling samenhangend’ (ACOA, 1999: 8). In dit onderzoek wordt uitgegaan van deze definitie, omdat deze definitie alle zes bovengenoemde kenmerken omvat én omdat deze definitie betrekking heeft op het professioneel kunnen uitoefenen van een beroep en dat is uiteindelijk het doel van de vervolgoopleidingen (Meyboom-de Jong e.a., 2002: 5).

Arts-assistenten hebben generieke competenties en deelcompetenties nodig om de taken uit te kunnen voeren. De generieke competenties bestaan onder andere uit vakmatige-, organisatorische-, communicatieve- en leercompetenties. Deze generieke competenties zijn op te delen in deelcompetenties. Deelcompetenties zijn een specifiek soort bekwaamheid die betrekking hebben op de kern van het beroep, zoals operaties uitvoeren, leiding geven aan een afdeling en informatie overdragen aan collega’s. Deze deelcompetenties bestaan vervolgens weer uit kennis, vaardigheden en gedrag, toegespitst op concrete situaties. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om handvaardigheden en anatomische kennis (Merriënboer e.a., 2002).



**Figuur 2** Competenties: van taken naar gedrag

### 2.2.2 Competentiemodellen

ACOA heeft, uitgaande van hun definitie van het begrip competentie, een model opgesteld dat uit vier beroepscompetenties bestaat (ACOA, 1999):

- 1 *Vakmatige- en methodische beroepscompetenties.* Deze competenties vormen de kern van het beroepscompetentieprofiel en zijn gericht op het vermogen om op adequate wijze producten en diensten te leveren.
- 2 *Bestuurlijk-organisatorische en strategische competenties.* Deze competenties zijn gericht op het omgaan met de organisatorische context en daarbij horende problemen.
- 3 *Sociaal-communicatieve en normatief-culturele competenties.* Deze competenties hebben betrekking op samenwerking, op coördinatie van arbeid en op het functioneren in een arbeidsomgeving.
- 4 *Leer- en vormgevingscompetenties.* Deze competenties verwijzen naar het vermogen bij te dragen aan de eigen ontwikkeling en die van de arbeidsorganisaties en het beroep (ACOA, 1999).

**Figuur 3** Model van ACOA (1999)

Onstenk (1997) heeft een model ontwikkeld dat uit zeven beroepscompetenties bestaat. Deze zeven beroepscompetenties vormen de basis voor de vier beroepscompetenties die ACOA onderscheidt. ACOA heeft de zeven beroepscompetenties van Onstenk namelijk ondergebracht in vier beroepscompetenties. In dit onderzoek zal gebruik worden gemaakt van het model van Onstenk, omdat het voor dit onderzoek van belang is dat er een brede insteek is. Dit kan eventueel later vereenvoudigd worden tot het model van ACOA.

De zeven beroepscompetenties van Onstenk (1997) leiden, volgens hem, gezamenlijk tot brede vakbekwaamheid. Brede vakbekwaamheid kan omschreven worden als ‘een multi-dimensionale gestructureerde en samenhangende set van vakmatige, methodische, bestuurlijk-organisatorisch, strategisch, sociaal-communicatieve, normatief-culturele en leercompetenties, gericht op een adequate aanpak van de kernproblemen van het beroep’ (Onstenk, 1997: 128). Dit is volgens Onstenk het leerdoel voor beroepsgericht opleiden en leren. Het model van Onstenk ziet er als volgt uit:

<p><b>1 Vakmatige competentie</b>            Technisch-praktische vaardigheden            Informatieverwerkende vaardigheden            Omgangsvaardigheden</p>	<p><b>5 Sociaal-communicatieve competentie</b>            Samenwerkingsvaardigheden            Omgaan met kritiek            en/ontvangen van feedback</p>
<p><b>2 Methodische competentie</b>            Regelvaardigheden            Methodische vaardigheden</p>	<p><b>6 Normatief-culturele competentie</b>            Betrokkenheid, beroepshouding            Motivatie, prestatiebereidheid</p>
<p><b>3 Bestuurlijk-organisatorische competentie</b>            Verantwoordelijkheid            Flexibiliteit</p>	<p><b>7 Leer- en vormgevingscompetentie</b>            Leervaardigheden            Reflectie en ‘double-loop’-leren            Transitievaardigheden            Transfervaardigheden            Vormgevingsvaardigheden</p>
<p><b>4 Strategische competentie</b>            Opkomen belangen            Employability</p>	

**Figuur 4** Model van Onstenk (1997)

Een uitgebreide uitleg van het model van Onstenk is te vinden in *bijlage 1*. Om een antwoord te geven op de eerste deelvraag, ‘Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgopleiding?’, wordt het model van Onstenk als hulpmiddel gebruikt. De taken van arts-assistenten worden in dit model onderverdeeld, om zo tot een dekkend overzicht te komen. Een uitgebreide beschrijving van dit proces volgt in hoofdstuk 3.

### 2.3 Leerondersteuning

De tweede deelvraag luidt: ‘Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces rond deze taken en activiteiten ondersteund?’ Om hier een antwoord op te geven moet eerst een onderscheid gemaakt worden tussen formele en informele ondersteuning van het leerproces. Leren is het uitvoeren van activiteiten in formele en informele settings om vooraf vastgestelde en spontane leerdoelen, in de vorm van (deel)competenties en competentie-elementen (kennis, vaardigheden en gedrag) te bereiken, wat zichtbaar wordt in een relatief stabiele gedragsverandering (Onstenk en Den Boogert, 2002). Er zijn verschillende leersituaties die zich onderscheiden door de plek waar het leren plaatsvindt en door de aard van de sturing. Het basisonderzoek kent drie typen leersituaties:

- 1 Extern gestuurd of formeel leren.
- 2 Zelfgestuurd leren.
- 3 Ervarings-, -informeel of situatieleren.

Extern gestuurd leren heeft betrekking op leren dat wordt bepaald en georganiseerd door één of meer buitenstaanders (bijvoorbeeld een docent, manager, werkgever of opleider). Deze nemen beslissingen over en organiseren voor de lerende de inhoud én de aanpak van de leeractiviteiten uit de leercyclus. De leercyclus bestaat uit vier leeractiviteiten: doelen stellen, plannen, uitvoeren en evalueren. De uitvoerende activiteiten vormen de kern van de leercyclus (*Onstenk en Den Boogert, 2002*). Er moeten echter mogelijkheden zijn om binnen de gestelde kaders in toenemende mate zelfstandiger te (laten) leren.

Zelfgestuurd leren betreft het leren dat mensen zelfstandig doen zonder dat er sprake is van externe sturing door buitenstaanders. Deze vorm van leren komt veel voor op de werkplek. Het zelfgestuurd leren verloopt vanuit eigen leerintenties en leerdoelstellingen. De lerende kiest zelf leerstrategieën en toetst vooruitgang en resultaten van het leren zelfstandig. Het leren staat centraal in het handelen. Verworven leercompetenties als ‘kritisch leren en meedenken’ bieden de basis voor volledig zelfgestuurd leren.

Ervaringsleren is het gevolg van menselijke activiteiten en ervaringen die worden opgedaan in een bepaalde sociale omgeving. Ervaringsleren behoort tot de spontane leerprocessen, in die zin dat het leren niet expliciet wordt gepland. Het zijn activiteiten en ervaringen met anderen die het leren bepalen. Het leren kan zelfs plaatsvinden zonder dat de lerende zich ervan bewust is te leren (impliciet leren). Het leren door te doen en te ervaren gaat vaak samen met het leren door sociale interactie en leren door reflectie en vraagt dan ook om ontwikkeling van daarop gerichte leervaardigheden (*Onstenk en Den Boogert, 2002*).

In de praktijk van het beroepsonderwijs zal het er overigens vaak om gaan te streven naar effectieve combinaties van de drie vormen van leren, afhankelijk van leerdoelen en leermogelijkheden (*Onstenk en Den Boogert, 2002*).

### *2.3.1 Onderscheid formele en informele leerondersteuning*

In dit onderzoek is een onderscheid gemaakt tussen formele en informele ondersteuning van leren. Dit onderscheid is gemaakt op basis van bovengenoemde leersituaties.

Formele leerondersteuning staat in dit onderzoek gelijk aan ‘extern gestuurd leren’. Formeel leren wordt dus bepaald en georganiseerd door één of meer buitenstaanders. Voor vervolgopleidingen zijn dit bijvoorbeeld cursussen, trainingen, landelijke onderwijsdagen, terugkomdagen en evaluatiemomenten met de supervisor.

Informele leerondersteuning is eigenlijk een paradoxaal begrip, omdat ‘ondersteuning’ iets formeels impliceert. Om verwarring te voorkomen wordt informele leerondersteuning aangeduid met informeel leren<sup>4</sup>. Informeel leren wordt gekenmerkt door zelfgestuurde leerprocessen of spontane vormen van leren in niet-formeel georganiseerde settings (*Onstenk, 1997; Bolhuis, 2001*). Informeel leren staat in dit onderzoek gelijk aan ‘zelfgestuurd leren’ en ‘ervarings- en situatieleren’. Voorbeelden hiervan zijn per toeval iets ontdekken, van andere mensen afkijken (meelopen) en uitproberen.

In de literatuur zijn vele onderverdelingen gemaakt tussen formele en informele leerondersteuning. De literatuur geeft echter onvoldoende houvast om een helder onderscheid te maken tussen formele en informele leerondersteuning. Uitspraken over de verhouding tussen deze twee leerondersteuning zijn nergens te vinden, met uitzondering van de uitspraak dat formeel en informeel leren twee relevante en elkaar aanvullende manieren zijn (*Onderwijsraad, 2003*). Dit onderzoek maakt een eerste verkenning op dit gebied die aanleiding kan geven tot reflectie. Met conclusies en harde uitspraken is dus voorzichtigheid geboden.

---

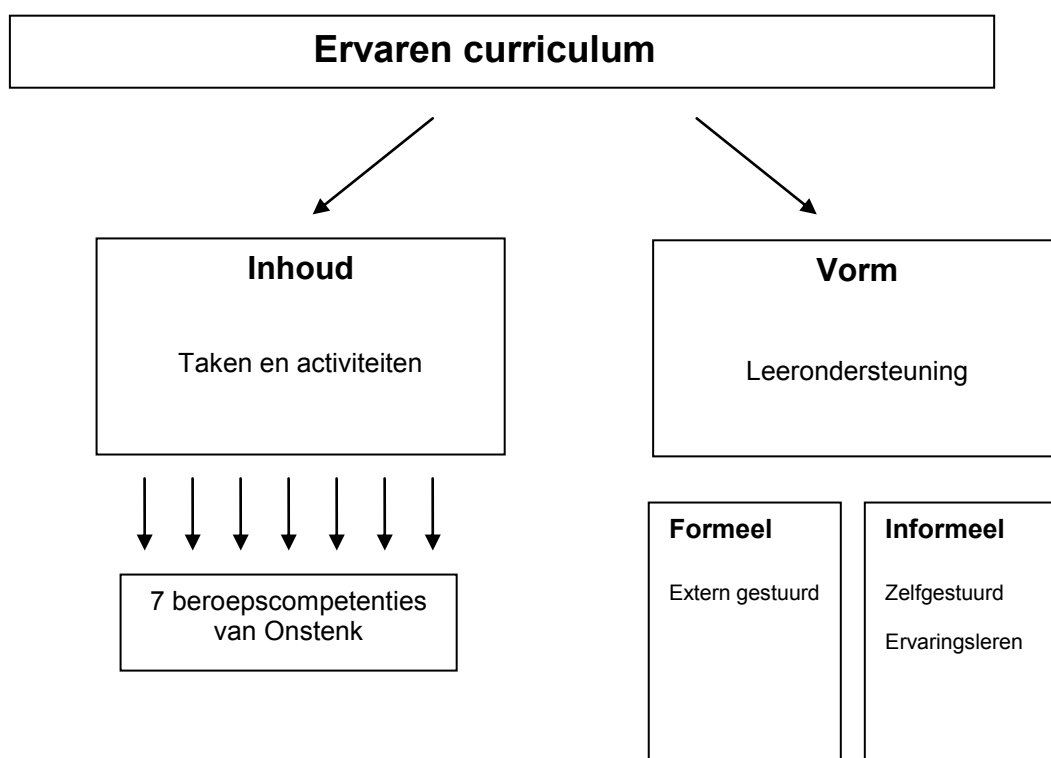
<sup>4</sup> In dit onderzoek staat informeel leren tegenover formele leerondersteuning.



## 2.4 Conceptueel model

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van de begrippen die met de onderzoeksvraag en de deelvragen zijn verbonden. Het gaat in dit onderzoek om het ervaren curriculum van vervolgoopleidingen. Het ervaren curriculum weerspiegelt de wijze waarop de arts-assistenten het onderwijsproces ervaren. Het onderwijsproces wordt in dit onderzoek toegespitst op de inhoud en de vorm.

De inhoud bestaat uit de taken die arts-assistenten hebben tijdens de vervolgoopleiding. Deze taken worden onderverdeeld aan de hand van de zeven beroepscompetenties van het model van Onstenk (1997). De vorm bestaat uit de manier waarop arts-assistenten worden ondersteund in het leren uitvoeren van deze taken. Deze leerondersteuning wordt opgedeeld in formeel (extern gestuurd) en informeel (zelfgestuurd en ervaring). In onderstaand figuur wordt een samenvatting gegeven van de begrippen:



**Figuur 5** *Conceptueel model*

---

## 3 Methodologie van het onderzoek

---

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. Eerst wordt kort ingegaan op het design, daarna wordt de onderzoekssetting en de onderzoekspopulatie beschreven. In dit onderzoek zijn observaties, interviews, een documentenanalyse, een literatuurstudie en een enquête gebruikt om antwoord te geven op de deelvragen en daarmee ook op de onderzoeksvraag. De enquête is op basis van de vier voorgaande instrumenten ontwikkeld. Er zijn deskundigen ingeschakeld en er is een pilotstudie uitgevoerd om de validiteit en de betrouwbaarheid van de resultaten van de instrumenten te verhogen. Bij elk instrument wordt in dit hoofdstuk aangegeven waarom en hoe het gebruikt is. Tevens wordt aangegeven hoe de gevonden data van elk instrument wordt verwerkt.

Aan het eind van dit hoofdstuk volgt een samenvatting van de instrumenten in de vorm van een onderzoeksmodel.

### 3.1 Design

Dit onderzoek is een eerste oriëntatie en inventarisatie met als voornaamste doel een relatief onbekend verschijnsel te verkennen, te weten het ervaren curriculum van de vervolgopleidingen. Om dit doel te bereiken heeft het onderzoek twee subdoelen:

- 1 Het takenpakket van arts-assistenten inventariseren.
- 2 De ondersteuning die bij het leren van deze taken wordt ervaren in kaart brengen.

Het onderzoek is, gezien de twee subdoelen, explorerend van aard. Er zijn namelijk geen theorieën en scherp geformuleerde hypothesen voorhanden zoals dat bij toetsend onderzoek het geval is (*Baarda e.a., 2000*). Daarnaast is het onderzoek beschrijvend van aard. Het gaat bij dit soort onderzoek om het beschrijven van één of meer kenmerken binnen een specifieke groep (*Baarda e.a., 2000: 22*). In dit onderzoek wordt een beschrijving gegeven van het takenpakket en van de leerondersteuning van arts-assistenten.

Het explorerend en beschrijvend deel van het onderzoek komt tot uitdrukking in de observaties, interviews, documentenanalyse en de literatuurstudie. Deze vier kwalitatieve onderzoeksinstrumenten zijn gebruikt voor het opstellen van de enquête. Tijdens het analyseproces voor het ontwikkelen van de enquête zijn deskundigen ingeschakeld en is er een pilotstudie uitgevoerd. Hierdoor worden de resultaten van elk instrument en uiteindelijk de enquête meer valide en betrouwbaar.

De enquête, grotendeels kwantitatief van aard, is het survey-gedeelte van het onderzoek. Een survey-onderzoek geeft een brede beschrijving van een situatie en wordt gekenmerkt door een groot aantal onderzoekselementen, gestandaardiseerde vragenlijsten en numerieke verwerking en analyse van de antwoorden daarop (*Segers, 1999*).

### 3.2 Onderzoekssetting- en populatie

De setting van het onderzoek is de Onderwijs- en OpleidingsRegio Noord- en Oost-Nederland; dit zijn de provincies Drenthe, Friesland, Groningen en Overijssel. De onderzoekspopulatie bestaat uit alle arts-assistenten die in deze regio op dit moment een vervolgopleiding volgen tot medisch specialist, huisarts of sociale geneeskundige. Dit zijn ongeveer 700 arts-assistenten.

Tot de onderzoekspopulatie behoren niet de arts-assistenten die bezig zijn met een vooropleiding. Bij de medisch specialisten gaat het om arts-assistenten die in zowel het academisch ziekenhuis, als in niet-academische ziekenhuizen in opleiding zijn. Het gaat in dit onderzoek om arts-assistenten die patiëntenzorg hebben. Pols (2003) heeft de 28 medische

vervolgopleidingen onderverdeeld in acht beroepsclusters die op het gebied van de patiëntenzorg karakteristieke verschillen vertonen, te weten:

- 1 Snijdende specialismen.
- 2 Niet snijdende specialismen: gemengde patiëntenzorg.
- 3 Niet snijdende specialismen: merendeels chronisch zieken.
- 4 Huisartsen.
- 5 Psychiaters.
- 6 Sociaal geneeskundigen.
- 7 Overige artsen: met patiëntenzorg.
- 8 Overige artsen: zonder patiëntenzorg.

Zoals in deze onderverdeling duidelijk is te zien, hebben bijna alle beroepsclusters patiëntenzorg. Alleen beroepscluster 8 heeft geen patiëntenzorg en behoort dus niet tot de onderzoekspopulatie. Er zijn drie vervolgopleidingen die onder dit beroepscluster vallen, te weten medische microbiologie, pathologie en radiologie. Samengevat bestaat de onderzoekspopulatie uit de vervolgopleidingen behorend tot beroepscluster 1 tot en met 7 (zie voor een volledig overzicht van alle vervolgopleidingen *bijlage 2*).

### 3.3 *Ontwikkeling van de enquête*

De enquête is op basis van observaties, interviews, een documentenanalyse en een literatuurstudie ontwikkeld. Tijdens het onderzoek is er telkens heen en weer gegaan tussen de uitkomsten van elk instrument. Deze manier van werken wordt ‘methodische triangulatie’ genoemd. Bij triangulatie worden meerdere methoden strategisch gecombineerd om meer facetten van de werkelijkheid tegelijkertijd te belichten en op elkaar te betrekken (*Wester, 1995: 17*). Het ontwikkelingsproces van de enquête<sup>5</sup> wordt hieronder echter in lineaire volgorde weergegeven, om de helderheid van het onderzoeksverslag te behouden.

#### 3.3.1 *Observaties*

Observeren heeft twee voordelen. Er worden op een directe manier gegevens verzameld en het is een flexibele methode. Er bestaat namelijk altijd de mogelijkheid om buiten het schema om belangrijke of interessante zaken op te merken (*Van de Sande, 1999: 20*). Er is gekozen voor observaties door een buitenstaander, om een praktijkgerelateerd beeld te krijgen van de taken en de leerondersteuning van arts-assistenten. Wanneer er bijvoorbeeld alleen geïnterviewd wordt, is de kans op blinde vlekken in de beschrijving van de taken en leerondersteuning van arts-assistenten veel groter. Dit komt onder andere omdat arts-assistenten hun werk zo vanzelfsprekend vinden, dat ze alleen de meest standaard dingen vertellen.

Voor de observaties en de daarop volgende interviews zijn arts-assistenten benaderd uit alle zeven beroepsclusters. Zo ontstaat er een evenwichtig beeld van de taken en leerondersteuning van elk beroepscluster. De opleiders van enkele vervolgopleidingen hebben hun medewerking verleend door namen en telefoonnummers door te geven van arts-assistenten met wie de onderzoeker een dag ‘mee kon lopen’. Er is net zo lang doorgegaan met observeren en interviewen totdat er informatieverzadiging optreedt, dat wil zeggen totdat de onderzoeker geen nieuwe informatie meer binnenkrijgt (*Wester, 1995*).

De dagelijkse praktijk van een arts-assistent is, gedurende één werkdag, geobserveerd. Dit houdt in dat de onderzoeker aanwezig is bij alle activiteiten van de arts-assistent, zoals patiëntenoverdrachten, spreekuren en operaties. Tijdens deze dag is de onderzoeker gekleed in een witte ‘doktersjas’, zodat de situatie voor de patiënt, en dus ook voor de arts-assistent, het

---

<sup>5</sup> Dit proces wordt in het vervolg instrumentontwikkeling genoemd.

dichtst bij de werkelijkheid blijft. De arts-assistent is aan het werk in zijn natuurlijke omgeving en handelt zonder dat er van buitenaf gestuurd wordt. Dit wordt ‘participatieve’ observatie genoemd. Participerende observatie is het observeren van gebeurtenissen terwijl men deel uitmaakt van de betreffende situatie of groep en er ogenschijnlijk actief in participeert (*Van de Sande, 1999: 22-23*).

In een tijdschema zijn aantekeningen gemaakt van de taken en de leerondersteuning van de arts-assistent. Aan het eind van de dag is hier een overzicht van gemaakt.

### 3.3.2 Interviews

Na elke observatie volgt een interview met de desbetreffende arts-assistent. Er is gekozen voor een aanvullend interview op de observatie, om te vragen naar taken die op die dag niet aan de orde zijn geweest en om door te vragen naar de leerondersteuning. Het interview dient tevens als controle voor de observatie. De onderzoeker kan dingen die hij heeft gezien of gedacht controleren door het te vragen aan de arts-assistent.

De interviewvragen worden gestuurd door het competentiemodel van Onstenk (*1997*), de observatie en voorgaande observaties en interviews. De interviews zijn dus semi-gestructureerd, met als voordelen dat de arts-assistenten aan de ene kant grotendeels gestuurd worden door de competentiegebieden van het model van Onstenk en aan de andere kant de ruimte hebben om hun eigen verhaal te doen. Dit biedt de mogelijkheid om uit te weiden over één onderwerp en maakt genuanceerde antwoorden mogelijk (*Hulshof, 1992*). Na elke observatie en elk interview wordt het interviewschema aangepast, zodat het volgende interview weer meer informatie oplevert. Deze vorm van interviewen wordt ‘cumulatief’ interviewen genoemd (*Wester, 1995*). Het interviewschema is opgenomen in *bijlage 3*.

Het interview is in een rustige ruimte gehouden, waar de arts-assistent zo weinig mogelijk gestoord kan worden. Het interview duurde ongeveer 1 tot 1,5 uur. Tijdens het interview is gebruik gemaakt van een taperecorder, zodat het interview volledig en nauwkeurig uitgewerkt kan worden. De uitwerking van de observatie en het interview zijn teruggestuurd naar de arts-assistenten, met de vraag het te controleren op juistheid. Wanneer een arts-assistent veranderingen aanbracht, is met deze versie verder gewerkt.

### 3.3.3 Documentenanalyse en literatuurstudie

Om de subjectiviteit van de observaties en interviews te verminderen is onder andere gebruik gemaakt van documenten. Met behulp van de documenten is geprobeerd een compleet en systematisch beeld te krijgen van de taken en competenties van arts-assistenten. De gebruikte documenten zijn nota's, rapporten en studies van zowel nationale als internationale afkomst. Er is onder andere gebruik gemaakt van ‘Het Raamplan Artsenopleiding 2001’ (*Metz, e.a., 2001*), ‘Medisch Professionele Vorming’ (*Pols, 1996*), over gesprekken met patiënten en de ‘Notitie modernisering’ (*Bleker, e.a., 2003*) over de competenties van CanMEDS. In alle documenten worden onderverdelingen gemaakt van taken en competenties.

De literatuurstudie in dit onderzoek heeft bijgedragen tot een theoretisch kader voor de leerondersteuning. De leerondersteuning wordt aan de hand van literatuur eerst opgedeeld in formeel en informeel. Vervolgens wordt deze onderverdeling verder opgesplitst in concrete voorbeelden die in de enquête tot uitdrukking komen in antwoordmogelijkheden. Deze antwoordmogelijkheden zijn grotendeels gebaseerd op literatuur, maar er is ook gebruik gemaakt van leerondersteuning die naar voren zijn gekomen in de observaties en interviews. Op deze manier zijn de leerondersteuning in de enquête begrijpelijk en praktijkgerelateerd voor arts-assistenten.

### 3.3.4 Deskundigen en een pilotstudie

Er zijn deskundigen aangetrokken om een compleet beeld te krijgen van de taken en van de leerondersteuning van arts-assistenten. Als deskundigen traden op: een specialist op het gebied van competenties en leren, een onderzoeker op medisch gebied en een onderzoeker die op de hoogte is van de lokale context van de medische vervolgopleidingen.

De deskundigen hebben aanvullingen gegeven op de gevonden taken en leerondersteuning. Hierbij is gekeken naar de intersubjectiviteit tussen deze deskundigen; wanneer zij het allemaal met elkaar eens zijn, verhoogt dit de betrouwbaarheid van de resultaten van de observaties, interviews, documentenanalyse en literatuurstudie (*Wester, 1995*).

Voordat de enquête is verstuurd, is er een pilotstudie uitgevoerd. De enquête is in deze pilotstudie voorgelegd aan een aantal arts-assistenten en aan één opleider. De arts-assistenten die meewerken aan de pilotstudie zijn benaderd via de arts-assistenten die mee hebben gewerkt aan de observaties en interviews. Door de pilotstudie zijn de laatste aanwijzingen en tips gegeven, zodat de enquête duidelijk en begrijpelijk in te vullen is. Dit verhoogt de validiteit en de betrouwbaarheid van de enquête (*Baarda, e.a., 2000; Wester, 1995*).

### 3.3.5 Dataverwerking en –analyse van de instrumentontwikkeling

De taken die tijdens de observaties en interviews naar voren zijn gekomen, zijn ondergebracht onder één van de zeven beroepscompetenties van Onstenk (*1997*). Op deze manier is er telkens een overzicht ontstaan van de taken van een individuele arts-assistent. Vervolgens zijn alle individuele overzichten bij elkaar gevoegd en is er een totaaloverzicht ontstaan van de taken van de geobserveerde en geïnterviewde arts-assistenten. Hierbij zijn overlappende taken tot één taak geclusterd. Deze geclusterde taken zijn de basis voor de enquête. Het indelen van de taken in het model van Onstenk en het clusteren van de taken, is met behulp van Atlas-ti, een softwarepakket dat analyse van kwalitatieve gegevens ondersteunt, gedaan.

De onderverdelingen in de documenten zijn vergeleken met het model van Onstenk en met de gevonden taken uit de observaties en interviews. Ontbrekende taken zijn aangevuld en een aantal taken zijn op basis van de documenten verder gsystematiseerd. Op deze manier ontstaat er een compleet en systematisch overzicht van het takenpakket van arts-assistenten.

Op basis van de literatuurstudie zijn voorbeelden opgesteld van formele en informele leerondersteuning. Tijdens de observaties en interviews is er ook gekeken en gevraagd naar de leerondersteuning. De uitkomsten hiervan zijn verwerkt in de voorbeelden uit de literatuur, tot een aantal antwoordmogelijkheden in de enquête.

Vervolgens hebben deskundigen en arts-assistenten van de pilotstudie de laatste aanbevelingen en tips gegeven voor de enquête. Deze aanbevelingen en tips zijn, voor zover van belang en nuttig, verwerkt in de enquête.

## 3.4 De enquête

Het doel van de enquête is een beeld te krijgen van de taken en de leerondersteuning van een groot aantal arts-assistenten. De inhoud van de enquête bestaat enerzijds uit een overzicht van generieke taken van arts-assistenten. Anderzijds bestaat de enquête uit een aantal antwoordmogelijkheden per taak betreffende de leerondersteuning.

De enquête is elektronisch opgesteld en begint met een aantal achtergrondvragen over onder andere leeftijd, geslacht, vervolgopleiding en jaar van opleiding. Op deze manier kan bij de dataverwerking gekeken worden of de arts-assistenten die de enquête ingevuld hebben representatief zijn voor de gehele doelgroep. Vervolgens is de enquête opgebouwd uit een zestal clusters taken, met gekoppeld aan elke taak twee vragen:

A Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?

B Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?

De antwoordmogelijkheden van de enquête bestaat bij vraag A uit de frequenties ‘nooit’, ‘jaarlijks’, ‘maandelijks’, ‘wekelijks’ en ‘dagelijks’. Bij vraag B bestaan ze uit de volgende leerondersteuning: ‘docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag’, ‘gestructureerde patiëntenbespreking’, ‘supervisie door supervisor / opleider’, ‘zelfstudie’, ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’, ‘de kunst afkijken’ en ‘door te doen (ervaren)’. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe deze antwoordmogelijkheden tot stand zijn gekomen.

De enquête is naar de gehele onderzoekspopulatie verstuurd. Hiervoor is eerst toestemming gevraagd aan de desbetreffende opleider(s) van de vervolgopleidingen. Het was erg moeilijk om aan een recente lijst van emailadressen van arts-assistenten te komen. De enquête is daarom via de secretariaten van de vervolgopleidingen naar de arts-assistenten verstuurd. Deze indirecte manier van benaderen maakt het lastig om te controleren of de onderzoekspopulatie in zijn geheel benaderd is. Zie *bijlage 4* voor de (herinnerings)mails.

### 3.4.1 De non-respons

Om non-respons van de enquête tegen te gaan is de enquête elektronisch opgesteld. Op deze manier kunnen de arts-assistenten de antwoorden aanvinken en met één druk op de knop de enquête terugsturen. Via dit medium zijn de arts-assistenten makkelijk te bereiken, omdat ze dagelijks hun mail checken. De invultijd komt neer op circa 15 minuten. De enquête heeft dus een lage drempel om in te vullen.

In de bijgaande mail aan de arts-assistenten is het belang van het onderzoek benadrukt en daarbij ook het belang van de stem die arts-assistenten hebben in veranderingsprocessen van de vervolgopleidingen. Er is tevens gezegd dat de opleiders toestemming hebben verleend voor het onderzoek. Na de eerste mail, zijn twee reminders gestuurd. De laatste reminder is verstuurd uit naam van de onderzoeksbegeleider van het academisch ziekenhuis, om de mail meer gewicht te geven. In de laatste reminder is een vraag toegevoegd aan de enquête die inzicht probeert te krijgen in de non-respons. Deze vraag luidt: ‘*Wat is voor u de belangrijkste reden om deze enquête niet in te vullen?*’ met als antwoordmogelijkheden: ‘niet relevant’, ‘te tijdrovend’ of ‘anders, namelijk:...’.

Om de non-respons van de geretoureerde enquêtes te corrigeren zal gebruik worden gemaakt van weging. Bij weging speelt het begrip representativiteit van de variabelen een grote rol (*Segers, 1999*). De variabelen moeten een representatief beeld geven van de onderzoekspopulatie, zodat de antwoorden van de geretoureerde enquêtes generaliseerbaar zijn naar deze onderzoekspopulatie. Van twee variabelen zijn gegevens bekend van de onderzoekspopulatie, te weten geslacht en aantal arts-assistenten per vervolgopleiding. De verhouding wat betreft het geslacht wordt vergeleken met gegevens uit een visitatierapport en wanneer dit met elkaar overeen komt, is de enquête representatief voor de onderzoekspopulatie. De grootte van de respons per vervolgopleiding moet groot genoeg zijn om generaliserende uitspraken te doen over deze vervolgopleidingen en om de vervolgopleidingen met elkaar te vergelijken. Wanneer dit niet zo is, zullen de vervolgopleidingen geclusterd moeten worden naar een hoger aggregatieniveau. Een hoger aggregatieniveau is bijvoorbeeld de indeling in acht beroepsclusters (*Pols, 2003*), of de indeling in vier uitstroomprofielen (*Heineman, 2003*).

### 3.4.2 De validiteit

Na elk cluster taken in de enquête is de vraag gesteld of de arts-assistent nog andere taken heeft naast de genoemde taken en activiteiten. Op deze manier wordt de inventarisatie van het takenpakket zo volledig en valide mogelijk beschreven. Apart van elkaar hebben de onderzoeker en de onafhankelijke persoon de aanvullende taken geprobeerd in te delen in de taken die reeds opgesteld zijn. Verschillen tussen de gemaakte indeling worden besproken en aanvullende taken die niet in kunnen worden gedeeld, worden als aanvulling of verheldering

van het opgestelde takenpakket gebruikt. Op deze manier wordt de validiteit van de enquête op een betrouwbare manier beoordeeld.

Wanneer arts-assistenten geen taken als aanvulling hebben gegeven op de taken die reeds zijn genoemd, wil dat zeggen dat de enquête een dekkend beeld geeft van de taken van arts-assistenten. Concluderend kan dan gezegd worden dat de enquête valide is (Baarda, e.a., 2000; Wester, 1995). Aan het eind van de enquête is gevraagd of de arts-assistent nog andere leerondersteuning heeft. Deze worden als aanvullingen op de reeds genoemde leerondersteuning genoemd.

### 3.4.3 Dataverwerking en –analyse van de geretourneerde enquêtes

De geretourneerde enquêtes zijn geanalyseerd met behulp van SPSS en Excel. De analyse bestaat uit een analyse van de achtergrondgegevens en uit een analyse van de inhoud van de enquête. Hierbij zijn beschrijvende statistieken (gemiddelde en frequentie) gebruikt.

De inhoud van de enquête bestaat uit de taken en de bijbehorende leerondersteuning. Voor elke taak is een algemeen gewogen gemiddelde berekend door aan elke antwoordmogelijkheid een waarde te koppelen. Deze waarde is vermenigvuldigd met de bijbehorende frequentie. Dit is bij elkaar opgeteld en gedeeld door het totaal aantal ingevulde antwoorden voor die taak. Vervolgens is dit algemeen gewogen gemiddelde teruggekoppeld naar de kwalitatieve benamingen zoals deze gebruikt zijn in de enquête. Het algemeen gewogen gemiddelde geeft aan hoe vaak de taak gemiddeld wordt uitgevoerd door alle arts-assistenten.

Voor elke taak is ook een gewogen gemiddelde berekend voor elke vervolgopleiding, elk beroepscluster of elk uitstroomprofiel, afhankelijk van de respons. Dit geeft aan hoe vaak de taak gemiddeld wordt uitgevoerd door een groep arts-assistenten. Op deze manier worden verschillen tussen groepen zichtbaar. De gewogen gemiddelden zijn eveneens teruggekoppeld naar de kwalitatieve benamingen.

#### Voorbeeld 1 Taak: 'Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/ huisbezoek'

Antwoordmogelijkheid	Waarde	Frequentie	Frequentie * waarde
Nooit	1	10	10
Jaarlijks	2	1	2
Maandelijks	3	11	33
Wekelijks	4	46	184
Dagelijks	5	97	485
Totaal		165	714

Algemeen gewogen gemiddelde =  $714 / 165 = 4,3$ .

De algemeen gewogen gemiddelden worden daarna weer teruggekoppeld naar de kwalitatieve benaming:

(Algemeen) Gewogen gemiddelde	Kwalitatieve benaming
1 – 1,8	Nooit
1,9 – 2,6	Jaarlijks
2,7 – 3,4	Maandelijks
3,5 – 4,2	Wekelijks
4,3 – 5,0	Dagelijks

Het algemeen gemiddelde van deze taak (4,3) ligt tussen 4,3 en 5,0. Deze taak wordt dus **gemiddeld dagelijks** uitgevoerd.

Wat betreft de leerondersteuning is voor elke taak berekend hoeveel procent van de arts-assistenten die deze vraag in hebben gevuld, een bepaalde leerondersteuning ervaren. Deze percentages zijn ook berekend voor elke vervolgopleiding, elk beroepscluster of elk

uitstroomprofiel, afhankelijk van de respons. Op deze manier kunnen er vergelijkingen worden gemaakt tussen bepaalde taken, maar ook tussen groepen arts-assistenten. Aan onderstaand voorbeeld is te zien hoe dit berekend is.

**Voorbeeld 2** Taak: 'Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/ huisbezoek'

Antwoordmogelijkheid	Frequentie	Percentage
Docentgebonden cursorisch onderwijs	37	22
Gestructureerde patiëntenbespreking	41	24
Supervisie door de supervisor/opleider	120	71
Zelfstudie	100	60
De kunst afkijken	101	60
Vragen stellen en beantwoorden van en aan collega's	93	55
Door te doen (ervaren)	144	86

In totaal hebben 168 arts-assistenten deze vraag ingevuld. De percentages zijn op basis van dit aantal berekend.

Bijvoorbeeld 'Supervisie door supervisor/opleider':  $120 / 168 = 0,714 \Rightarrow 71 \%$

71 % Van de 168 arts-assistenten die deze vraag ingevuld heeft, heeft 'supervisie door supervisor/opleider' als leerondersteuning ervaren.

Voor elke taak is de verhouding tussen formele leerondersteuning en informeel leren berekend door de frequenties behorende bij de formele ondersteuning bij elkaar op te tellen en te delen door het totaal aan ingevulde antwoorden met betrekking tot die taak. Op deze manier krijg je het percentage formele leerondersteuning, waarvan het percentage informeel leren het equivalent is. Per taak, maar ook per cluster taken wordt deze verhouding berekend. Hierbij wordt tevens een onderscheid gemaakt tussen vervolgopleiding, beroepscluster of uitstroomprofiel, afhankelijk van de respons.

Dit onderzoek maakt echter een eerste verkenning op dit gebied die aanleiding kan geven tot reflectie. Met conclusies en harde uitspraken is dus voorzichtigheid geboden.

**Voorbeeld 3** Taak: 'Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/ huisbezoek'

Antwoordmogelijkheid	Frequentie	Leerondersteuning
Docentgebonden cursorisch onderwijs	37	Formeel
Gestructureerde patiëntenbespreking	41	Formeel
Supervisie door de supervisor/opleider	120	Formeel
<b>Subtotaal</b>	<b>198</b>	
Zelfstudie	100	Informeel
De kunst afkijken	101	Informeel
Vragen stellen en beantwoorden van en aan collega's	93	Informeel
Door te doen (ervaren)	144	Informeel
<b>Subtotaal</b>	<b>438</b>	
<b>Eindtotaal</b>	<b>636</b>	

De formele leerondersteuning =  $198 / 636 = 0,311 \Rightarrow 31 \%$

Het informele leren =  $438 / 636 = 0,689 \Rightarrow 69 \%$

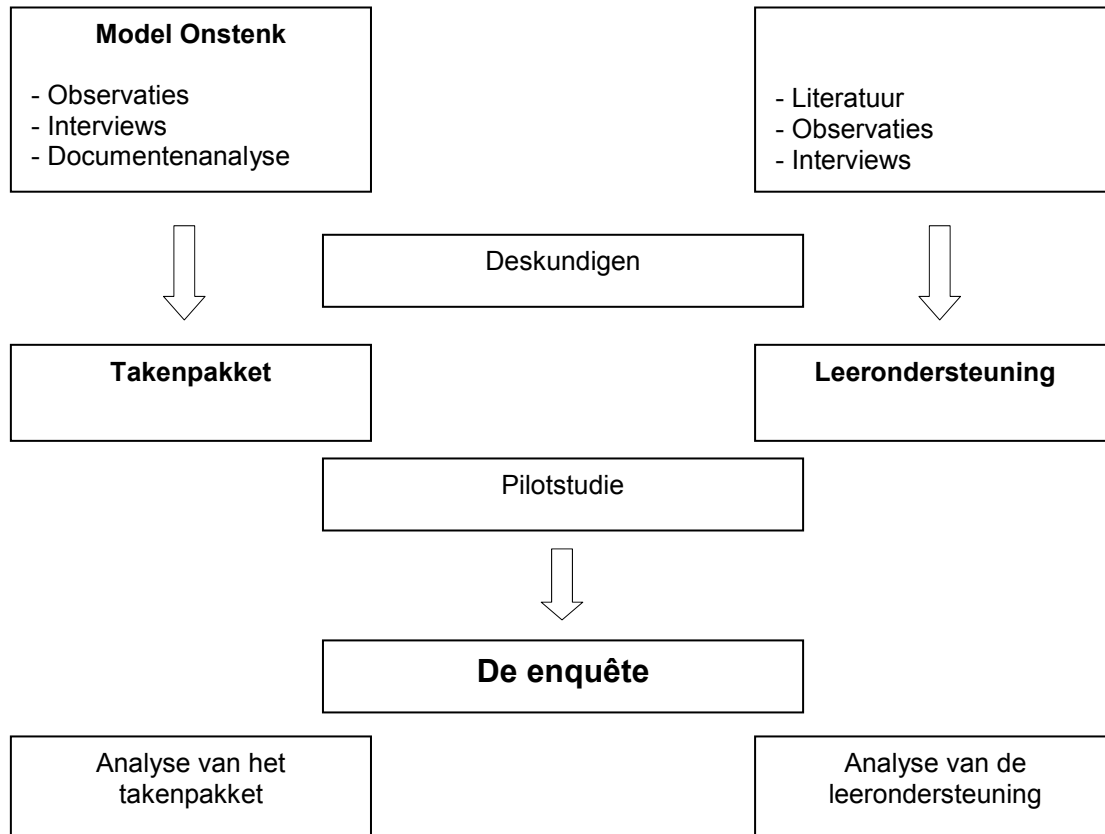
Bij het leren uitvoeren van deze taak wordt dus 31 % formele leerondersteuning ervaren en 69 % informeel leren ervaren.

### 3.5 Onderzoeksmodel

In onderstaand onderzoeksmodel zijn de instrumenten samengevat. In de linkerkolom is aangegeven dat het takenpakket ontstaat op basis van observaties, interviews en documenten. Hierbij dient het model van Onstenk (1997) als basis. In de rechterkolom is aangegeven dat de antwoordmogelijkheden met betrekking tot de leerondersteuning grotendeels worden



gevormd op basis van een literatuurstudie en gedeeltelijk op basis van observaties en interviews. Tijdens het gehele analyseproces zijn er deskundigen aangetrokken en voordat de enquête is weggestuurd, is er een pilotstudie uitgevoerd. De uitkomst van dit gehele proces is de enquête. De enquête is vervolgens geanalyseerd met behulp van SPSS en Excel.



**Figuur 6**

*Het onderzoeksmodel*

## 4 Resultaten: Ontwikkeling van de enquête

---

In dit hoofdstuk worden de resultaten van elk instrument ten aanzien van de ontwikkeling van de enquête beschreven. De enquête is tot stand gekomen op basis van observaties, interviews, documentenanalyse en literatuurstudie. Ter controle van de resultaten van deze vier instrumenten zijn deskundigen ingeschakeld en is er een pilotstudie uitgevoerd. Het hoofdstuk eindigt met een beschrijving van de opbouw van de enquête.

### 4.1 Resultaten van de observaties en interviews

Van elk beroepscluster is één arts-assistent geobserveerd en geïnterviewd, met als uitzondering het beroepscluster ‘snijdende specialismen’. Van dit beroepscluster zijn twee arts-assistenten geobserveerd en geïnterviewd. Dit is namelijk het enige beroepscluster met snijdende specialismen, de andere beroepsclusters zijn allemaal niet-snijdende specialismen. Door twee observaties en interviews te houden met arts-assistenten uit dit cluster wordt deze verdeling enigszins recht gehouden. Concreet gezegd zijn er een internist, een revalidatiearts, een psychiater, een bedrijfsarts, een huisarts, een gynaecoloog en een chirurg in opleiding geobserveerd en geïnterviewd. Na deze zeven observaties en interviews werd er informatieverzadiging bereikt.

Elke observatie en elk interview is geanalyseerd met behulp van Atlas-ti. De taken die tijdens de observaties en interviews naar voren zijn gekomen, zijn ondergebracht onder één van de zeven beroepscompetenties van Onstenk (1997). Hiervan is een voorbeeld van een revalidatiearts opgenomen in *bijlage 5*. Vervolgens zijn alle zeven individuele overzichten bij elkaar gevoegd. Hierbij zijn overlappende taken tot één taak geclusterd. Een voorbeeld van vier overlappende taken die tot één taak zijn geclusterd, is:

- beslissingen nemen op cruciale momenten.
- problemen snel kunnen analyseren.
- reageren op een acute situatie.
- direct ingrijpen wanneer iets niet goed gaat.

Geclusterd tot de taak: ‘Consulten doen bij patiënten met acute problematiek’.

Een tweede voorbeeld:

- een vergadering voorzitten
- beslissingen nemen op cruciale momenten tijdens een operatie
- taken delegeren naar collega’s en tegelijkertijd corrigeren en sturen

Geclusterd tot de taak: ‘Leiding geven aan een team’.

Een laatste voorbeeld:

- eigen invulling aan de week geven, bijvoorbeeld een familiespreekuur organiseren.
- lange termijn planning maken.
- niet bij het apparaat staan wachten voor de uitslag, maar ondertussen andere dingen doen.

Geclusterd tot de taak: ‘Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden’.

Op deze manier zijn er veel taken geclusterd. Elke geclusterde taak is ingedeeld in het model van Onstenk. Vaak zijn bij de uitvoering van een taak meerdere competentiegebieden in het geding. Daarom is het noodzakelijk om telkens een keuze te maken wat betreft deze indeling. Een voorbeeld van een dergelijk keuzemoment is de taak ‘omgaan met collega’s’. Deze kan bij zowel de vakmatige-, als bij de sociaal-communicatieve competentie in worden gedeeld. In dit onderzoek is er voor gekozen om alle samenwerkingsverbanden met collega’s te laten vallen onder de sociaal-communicatieve competentie. Een uitzondering is de taak ‘een (andere) specialist in consult vragen’; de arts-assistent vraagt een andere arts om naar een

patiënt te kijken en advies te geven. Deze taak valt in dit onderzoek onder de informatie- en symboolbewerkende vaardigheden (onderdeel van de vakmatige competentie), omdat deze taak verbonden is aan de taken ‘aanvullend onderzoek aanvragen’ en het ‘opstellen van een beleid voor een patiënt’.

De indeling in het model van Onstenk, die na de clustering van de zeven observaties en interviews uiteindelijk is ontstaan, is opgenomen in *bijlage 6*. Deze indeling wordt aangevuld met de uitkomsten van de documentenanalyse om zo tot het uiteindelijke takenpakket te komen voor de enquête.

#### 4.2 Resultaten van de documentenanalyse

De gebruikte documenten zijn van zowel nationale als internationale afkomst. In deze documenten zijn onderverdelingen gemaakt van taken en competenties van arts-assistenten (zie *bijlage 7* voor een overzicht hiervan). De volgende documenten zijn geraadpleegd:

- Het basispakket van de gynaecoloog (*Doom, e.a., 1999*)
- Het Raamplan Artsenopleiding 2001 (*Metz, e.a., 2001*)
- Notitie modernisering (*Bleker, e.a., 2003*)
- AZG Cahiers 6 ‘Resultaat- en gedragsgericht werken in het AZG’ (*Leeuwen-Seelt, 1999*)
- Observaties arts-assistenten kindergeneeskunde AZG (*Rozema, 2002*)
- Coachen op resultaat en gedrag (*Broerse, e.a., 1998*)
- Medisch Professionele Vorming (*Pols, 1996*)

In de volgende twee paragrafen volgt een beschrijving van de resultaten van de documentenanalyse. Er wordt eerst ingegaan op de documenten over beroepscompetenties, omdat deze modellen de basis vormen voor de indeling van de taken. Vervolgens wordt ingegaan op de documenten over taken.

##### 4.2.1 Beroepscompetenties

In dit onderzoek is het beroepscompetentiemodel van Onstenk (*1997*) het uitgangspunt voor de observaties, interviews en de documentenanalyse. Naast dit model zijn er andere beroepscompetentiemodellen binnen de medische wereld ontwikkeld. In onderstaande tabel is het model van Onstenk vergeleken met een aantal ‘medische’ modellen.

Model van Onstenk 1997	Obstetrie / gynaecologie 1999	Het Raamplan 2001	CanMEDS 2003
Vakmatig	- Diagnostische vaardigheden - Operatieve vaardigheden	- Medische aspecten	- Medisch handelen - Communicatie - Professionaliteit
Methodisch	GEEN	GEEN	GEEN
Bestuurlijk-organisatorisch	GEEN	- Aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidssysteem	- Maatschappelijk handelen - Organisatie
Strategisch	GEEN	GEEN	GEEN
Sociaal-communicatief	- Samenwerkingsvaardigheden	- Samenwerking	- Samenwerking
Normatief-cultureel	- Persoonlijke aspecten	- Persoonlijke aspecten	GEEN
Leer- en vormgeving	GEEN	- Wetenschappelijke aspecten	- Kennis en wetenschap

**Figuur 7** *Tabel vergelijking competentiemodellen*

Zoals in bovenstaande tabel is te zien komt in al deze ‘medische’ modellen de medische inhoudelijke competentie duidelijk naar voren. Soms zijn er zelfs meerdere competentiegebieden van één model die daar onder vallen. Dit is ook de kernactiviteit van arts-assistenten, maar daarnaast zijn andere beroepscompetenties van belang binnen het werk van arts-assistenten. Deze zijn echter niet bij alle ‘medische’ modellen aanwezig. In de tabel is bijvoorbeeld te zien dat de methodische en de strategische competentie in geen van de drie ‘medische’ modellen wordt genoemd (zie *bijlage 7* voor een uitgebreide beschrijving van deze ‘medische’ competentiemodellen).

Het model van Onstenk is het meest gefundeerde model. Dit model is namelijk op basis van diverse andere modellen opgesteld, zoals het Engelse Job Competence Model van Matthews en Mansfield, de indeling in ‘Fachkompetenz’ uit Duitsland en het samenvattende ‘Europabreed’ bestaande uit technische-, methodische-, sociale- en ‘behaviouristic’ (waarden, gedrag en houding) competenties (Onstenk, 1997: 100). Het model van Onstenk geeft een heldere en volledige omschrijving van alle aspecten van werk.

#### 4.2.2 Taken en activiteiten

De taken die voor de enquête worden gebruikt zijn primair gebaseerd op de observaties en interviews. Deze taken worden ondergebracht in het competentiemodel van Onstenk (1997). De taken die genoemd worden in de documenten, zijn vergeleken met de taken uit de observaties en interviews. Bepaalde taken uit de documenten worden als aanvulling of ordening gebruikt. Dit zorgt voor een dekkend en valide overzicht van de taken.

De taken uit de documenten die al opgenomen zijn in het overzicht van taken, zijn: leiding geven, besluiten, inpassen, lichamelijk onderzoek, vaardigheden ten behoeve van aanvullende diagnostiek, therapeutische vaardigheden en communicatie en verslaglegging. De taak ‘telefoneren’ is te specifiek voor het overzicht van de taken en de taak ‘zich inzetten’ is te subjectief voor het overzicht van taken. Deze twee taken worden daarom niet opgenomen in het overzicht van taken.

Er zijn ook een aantal taken die in de documenten worden genoemd, maar die te algemeen zijn, zoals patiëntenzorg, administratie, overleg, communiceren, anamnese. Deze taken zijn in het overzicht van taken verder gespecificeerd. Hieronder wordt voor enkele taken aangegeven op welke manier deze verder gespecificeerd zijn.

Bij het voeren van consulten worden de volgende communicatieve taken onderscheiden door Koppelman e.a. (*in Pols, 1996*):

- exploratie van de hulpvraag, vraagverheldering
- verkrijgen van informatie (anamnese en hypothesetoetsing)
- communicatie tijdens lichamelijk onderzoek: instructie, uitleg, bejegening
- geven van informatie: uitleg, instructie en advies
- geruiststellen, begeleiden, ondersteunen (counseling en coaching)
- overleggen en onderhandelen met als doel tot overeenstemming te komen
- communicatie als therapie

Naast deze onderverdeling binnen het consult worden een aantal andere bijzondere gesprekken onderscheiden, voorbeelden zijn:

- slecht nieuws gesprek
- gesprek voor het verkrijgen van toestemming (onderzoek, operatie, transplantatie)
- gesprek over euthanasie

Er is gekozen om de drie bijzondere gespreksvormen op de te nemen in het overzicht van de taken. Dit soort gesprekken zijn lastig en het is voor dit onderzoek interessant om te kijken op welke manier arts-assistenten hierin ondersteund worden.

De eerste twee gespreksvormen, ‘exploratie van de hulpvraag’ en ‘verkrijgen van informatie’, zijn al opgenomen in het overzicht van taken. De communicatie tijdens lichamelijk onderzoek is niet opgenomen in het overzicht, maar wordt wel geïmpliceerd bij de taak ‘lichamelijk onderzoek uitvoeren’. De vier resterende gespreksvormen zijn te specifiek om op te nemen in het takenoverzicht.

Voor de opsplitsing van de anamnese is gebruik gemaakt van Pols (2003: 124). Hij splitst de anamnese op in:

- opnemen van een anamnese waarbij gelet wordt op zowel de medisch inhoudelijke kant als op communicatieve aspecten
- zowel systematisch, als hypothesegericht verzamelen van anamnetische gegevens
- systematisch anamnetische gegevens verzamelen m.b.t. de aandoening en de gevolgen ervan op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied
- opnemen van een heteroanamnese

In de enquête is de anamnese opgesplitst in:

- 1 Klachtgerichte anamnese afnemen, gekoppeld aan gedachtestreepje 1 en 2.
- 2 Een algemene anamnese (screening) uitvoeren, gekoppeld aan gedachtestreepje 3 en 4.

Voor de opsplitsing van verschillende consulten is tevens gebruik gemaakt van Pols (2003).

De consulten zijn in zijn proefschrift en in de enquête opgesplitst in:

- consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem
- consulten doen bij patiënten met acute problematiek
- consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek

#### 4.3 *Het takenpakket*

Tijdens het opstellen van het takenpakket van arts-assistenten is gekeken naar zowel generieke taken, als specifieke taken. In de enquête zijn de taken opgenomen die door vrijwel alle arts-assistenten uitgevoerd worden. Niet alle specifieke taken zijn dus opgenomen in de enquête. Het uiteindelijke resultaat van de observaties, interviews en de documentenanalyse is een overzicht van 59 taken onderverdeeld in het model van Onstenk (*bijlage 8*). Deze taken worden opgenomen in de enquête.

Taken die behoren tot de methodische competentie zijn bijvoorbeeld ‘binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden’ en ‘omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien’. Bestuurlijk-organisatorische competenties zijn bijvoorbeeld ‘jongerejaars arts-assistenten superviseren’, ‘co-assistenten superviseren’, ‘leiding geven aan een team’ en ‘leiding geven aan een afdeling/praktijk’. Normatief-culturele competenties zijn bijvoorbeeld ‘mij aanpassen aan een nieuwe werkomgeving’ en ‘mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk’.

#### 4.4 *Resultaten van de literatuurstudie*

De literatuurstudie wordt gedaan om een theoretische indeling te maken van formele en informele ondersteuning van het leren. Bovendien is er, met behulp van de observaties en interviews, gekeken naar de praktijksituatie. In de literatuur maakt men onderscheid tussen formele leerondersteuning en informeel leren op basis van de volgende kenmerken:

**Formele leerondersteuning:** Dit is door meerdere mensen georganiseerd en gestructureerd, is expliciet, wordt ‘van bovenaf’ opgelegd en is grotendeels off-the job, oftewel leren in een regulier schoolse setting (*Bolhuis, 2002; Onderwijsraad, 2003; Onstenk en Boogert, 2002*).

**Informeel leren:** Wordt gedaan op eigen initiatief (zelfstudie), is nauwelijks georganiseerd en gestructureerd, gebeurt meestal spontaan, is impliciet, gaat vaak door middel van ervaring en door te doen en is veelal on-the-job, oftewel niet aan een institutionele context gebonden (*Becher, 1999; Bolhuis, 2002; Onderwijsraad, 2003; Onstenk en Boogert, 2002*).

In de praktijksituatie wordt de formele leerondersteuning gekenmerkt door (landelijke) cursussen en trainingen, terugkomdagen, patiëntenbesprekingen, feedback van de supervisor of opleider en intervisie. Informeel leren wordt gekenmerkt door per toeval iets ontdekken, door van andere mensen af te kijken (meelopen), door te doen en uit te proberen en door te ‘vragen, vragen en nog eens vragen’ (*uitspraak van een chirurg in opleiding*).

#### 4.5 De leerondersteuning

Door de literatuur te combineren met de praktijksituatie zijn de volgende antwoordmogelijkheden tot stand gekomen:

1 Docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag	Formeel
2 Gestructureerde patiëntenbespreking	Formeel
3 Supervisie door supervisor / opleider	Formeel
4 Zelfstudie	Informeel
5 Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	Informeel
6 De kunst afkijken	Informeel
7 Door te doen (ervaren)	Informeel

Er is gekozen voor het maken van antwoordmogelijkheden, omdat dit ten eerste concreter is dan de termen formeel en informeel. Ten tweede, omdat er specifiek gevraagd kan worden naar bepaalde leerondersteuning. Als basis voor het maken van de antwoordmogelijkheden is de indeling van Onstenk en Boogert (2002) gebruikt. Antwoordmogelijkheden één tot en met drie zijn formele leerondersteuning en worden door Onstenk en Den Boogert met de termen ‘extern gestuurd’ of ‘formeel leren’ aangeduid. Antwoordmogelijkheid vier en vijf behoren tot het informele leren en vallen in het model onder ‘zelfgestuurd leren’.

Antwoordmogelijkheid zes en zeven behoren ook tot het informele leren en vallen onder het ‘ervarings-, -informeel of situatieleren’.

‘Docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag’ is een puur formele leerondersteuning. Dit onderwijs wordt door meerdere mensen georganiseerd en het wordt op een expliciete manier gegeven. ‘Gestructureerde patiëntenbespreking’ is ook een formele ondersteuning. Dit wordt namelijk door de supervisoren georganiseerd. Er is sprake van expliciet ‘onderwijs’ door collega's, waarbij ruimte is om zelf vragen te stellen. ‘Supervisie door supervisor/opleider’ is tevens een formele ondersteuning, omdat dit vanuit de opleiding georganiseerd wordt. Er wordt expliciet feedback gegeven en er is ruimte voor dialoog. Men kan de eigen ideeën toetsen bij de supervisor/opleider en men kan op eigen initiatief vragen stellen.

‘Zelfstudie’ is een vorm van informeel leren. De arts-assistenten leren op eigen initiatief door bijvoorbeeld informatie op te zoeken in boeken of op Internet. Het leren is niet-georganiseerd, het gaat veelal tussen de bedrijven door. ‘Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's’ is informeel leren. Op eigen initiatief worden vragen gesteld en beantwoord aan en van collega's. Dit gebeurt vaak spontaan, tussen de bedrijven door, op een niet-georganiseerde manier. ‘De kunst afkijken’ is ook informeel leren. Dit is vaak een impliciete manier van leren, waarbij de arts-assistent de handelingen van collega's nadoet. Dit gaat tussen de bedrijven door en is niet-georganiseerd. De laatste mogelijkheid om informeel te leren is ‘door te doen (ervaren)’. Dit leren gebeurt puur vanuit jezelf op een spontane en niet-georganiseerde manier.

#### 4.6 Resultaten van de deskundigen

Alle deskundigen hebben de taken, ingedeeld in het model van Onstenk, onder ogen gekregen. De vraag werd hen gesteld om te kijken naar de volledigheid van het takenpakket en naar de vorm waarop dit takenpakket in een enquête verwerkt kan worden.

De specialist op het gebied van competenties en leren heeft aanbevolen om de taken nog verder clusteren, totdat je overhoudt wat er echt toe doet. Hij vindt dat je een consult niet op vorm, maar op inhoud moet bevragen. Dus niet alleen vragen naar de verschillende consulten die er zijn, zoals ‘consulten doen met patiënten met een nieuw probleem’ en ‘consulten doen met patiënten met chronische problematiek’, maar ook vragen naar de taken die binnen een consult aan de orde zijn, zoals ‘de hulpvraag van een patiënt verhelderen’, ‘een anamnese afnemen’ en ‘lichamelijk onderzoek doen’. Op deze manier gaat de enquête meer de diepte in. Deze aanbeveling is overgenomen. Deze specialist raadde aan om de kritische incidenten waar arts-assistenten van leren te bevragen, bijvoorbeeld ‘wat zijn de belangrijkste ervaringen/gebeurtenissen waar je van hebt geleerd?’. Als laatste zei hij dat het nuttig is om open vragen te gebruiken, want op deze manier kom je volgens hem echt wat aan de weet.

De onderzoeker op medisch gebied vindt dat de taken ingedeeld in het model van Onstenk, ook op een andere manier ingedeeld kunnen worden. ‘Het is maar net hoe je het bekijkt, je moet op een gegeven moment een keuze maken om een taak onder een bepaald competentiegebied te laten vallen’. Het is echter belangrijk om te beoordelen of alle taken genoemd zijn. Volgens haar zijn de belangrijkste taken genoemd, maar ze mist de taken ‘bijhouden van het medisch dossier’, ‘samenwerken met verpleegkundigen’ en ‘een multidisciplinair overleg voeren op de afdeling’. In deze vorm zijn deze taken in het takenpakket en uiteindelijk in de enquête opgenomen. Als indeling van de informatie- en symboolbewerkende vaardigheden heeft zij als idee informatie op te splitsen in ‘informatie direct naar de patiënten toe’ en ‘informatie anders’. Een andere indeling die gehanteerd kan worden is het onderscheid in ‘mondelinge informatie’ en ‘schriftelijke informatie’.

De onderzoeker die op de hoogte is van de lokale context van de medische vervolgoopleidingen heeft een aantal praktische opmerkingen over de enquête. Zij heeft de enquête bekeken in de vorm zoals die op Internet komt te staan voor arts-assistenten. Zij vindt dat in de enquête het enkelvoudig of meervoudig gebruik van het woord ‘patiënt’ consequent moet worden gebruikt. Deze aanbeveling is overgenomen. Bovendien vindt zij de enquête properig ogen. Dit is verbeterd door een (lege) regel aan elke vraag in de enquête toe te voegen. Zij stelt voor om een aantal antwoordmogelijkheden verder op te splitsen, zoals ‘de kunst afkijken’ opsplitsen in personen van wie je de kunst afkijkt en ‘docentgebonden cursorisch onderwijs’ opsplitsen in training (kennis) en skillslab (vaardigheden). Dit is uiteindelijk niet gedaan, omdat er al zeven antwoordmogelijkheden waren. Volgens deze onderzoeker waren de belangrijkste taken van een arts-assistent in de enquête vertegenwoordigd.

Allerdrie deskundigen hebben nuttige tips gegeven over de inhoud van de enquête, de vorm van de enquête en de manier waarop de vragen het beste gesteld kunnen worden. Er zijn nog enkele aanvullingen gegeven wat betreft het takenpakket er zijn goede tips gegeven wat betreft de systematisering van het takenpakket.

#### *4.7 Resultaten van de pilotstudie*

De enquête is in een pilotstudie voorgelegd aan zes arts-assistenten en één opleider, de opleider van de huisartsgeneeskunde. De arts-assistenten en de opleider hebben concrete aanbevelingen gegeven over de instructies voorafgaand aan de enquête, maar ook over de inhoud van de enquête. Op deze manier is de enquête onder andere zo volledig en begrijpelijk mogelijk gemaakt. Een paar concrete veranderingen naar aanleiding van deze adviezen, zijn:

##### *Instructies*

De vragen in de enquête gaan over de taken en de leerondersteuning die de arts-assistenten hebben gehad tot nu toe in de vervolgoopleiding. De vooropleiding telt hierbij dus niet mee. Om verwarring te voorkomen is de volgende tekst opgenomen in de instructies:

‘Twee belangrijke instructies voor het invullen van de enquête:

- 1 De vragen hebben betrekking op uw huidige vervolgopleiding
  - 2 De vragen dienen op basis van uw ervaringen TOT NU TOE beantwoord te worden
- NB: De vragen in de enquête gaan er vanuit dat u de basisvaardigheden van het medische beroep heeft geleerd tijdens de studie geneeskunde. De enquête richt zich op de vervolgopleiding’.

### *Inhoud*

Het overzicht van taken is uitgebreid met één taak, te weten ‘medische verrichtingen uitvoeren (b.v. bloed of infuus prikken, injecteren)’.

De taak ‘aanvullend onderzoek uitvoeren’ werd door veel arts-assistenten niet begrepen. ‘Dat doe je eigenlijk nooit’ zeiden arts-assistenten en daarom is er voor gekozen om alleen de taken ‘aanvullend onderzoek aanvragen en interpreteren’ in de enquête op te nemen.

De taak ‘operaties voorbereiden’ en ‘operaties uitvoeren’ is niet volledig. ‘Ingrepen’ zijn soms net zo moeilijk als operaties. Daarom is er voor gekozen het begrip ‘operaties’ uit te breiden met het begrip ‘ingrepen’.

De taak ‘diagnostisch beleid uitvoeren’ is vervallen, omdat deze taak al wordt vertegenwoordigd door alle taken die onder de praktisch technische competentie staan genoemd.

De taak ‘mij aanpassen aan een nieuwe structuur’ is veranderd in ‘mij aanpassen aan een nieuwe werkomgeving’.

### *4.8 Opbouw van de enquête*

De enquête begint met een aantal achtergrondvragen, bestaande uit variabelen zoals leeftijd, geslacht, duur van opleiding, werkverleden.

Daarna volgt het inhoudelijke gedeelte van de enquête. Om de enquête een begrijpelijke opbouw voor de arts-assistenten te geven, is een andere volgorde dan het model van Onstenk gebruikt voor het opsommen van de taken. Ook zijn er andere namen gegeven aan een cluster van taken, om zo de begrijpelijkheid van de enquête te vergroten. De enquête bestaat uit zes clusters met de volgende onderwerpen:

- 1 Taken en activiteiten rond consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken
- 2 Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden
- 3 Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling
- 4 Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren
- 5 Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie
- 6 Taken en activiteiten rond leren en veranderen

Deze zes onderwerpen zijn concreter en herkenbaarder voor arts-assistenten dan de namen van de competentiedomeinen van Onstenk. Er is met deze onderverdeling wel geprobeerd om zo dicht mogelijk bij het model van Onstenk te blijven.

Per taak worden twee vragen gesteld:

A Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?

B Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?



De antwoordmogelijkheden van de enquête bestaan bij vraag A uit de frequentie van de uitvoering van een bepaalde taak, te weten:

- nooit
- jaarlijks
- maandelijks
- wekelijks
- dagelijks

Er is gekozen voor deze antwoordmogelijkheden, omdat deze frequenties duidelijk en herkenbaar voor de arts-assistenten.

Bij vraag B bestaan de antwoordmogelijkheden uit de mogelijke manieren van ondersteuning van deze taak, te weten:

- Docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag
- Gestructureerde patiëntenbespreking
- Supervisie door supervisor/opleider
- Zelfstudie
- Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's
- De kunst afkijken
- Door te doen (ervaren)

Aan het eind van elk cluster staat een open vraag met de vraag of de arts-assistenten nog andere taken hebben die niet genoemd zijn in het desbetreffende cluster met taken. De enquête wordt afgesloten met de open vraag of arts-assistenten ook andere leerondersteuning hebben. Bovendien kunnen er aan het eind van de enquête op- en aanmerkingen worden geplaatst. De volledige enquête is opgenomen in *bijlage 9*<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> De enquête is ook te bekijken op [http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek\\_vervolgopleidingen](http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek_vervolgopleidingen).

## 5 Resultaten: Enquête-onderzoek onder arts-assistenten

---

In dit hoofdstuk worden de (non-)respons, de representativiteit, de validiteit en de resultaten van de enquête weergegeven. De resultaten van de enquête hebben betrekking op de taken en op de leerondersteuning. In de enquête zijn aan elke taak twee vragen verbonden: Vraag A: ‘*Hoe vaak heeft u deze taak/activiteit uitgevoerd?*’ en vraag B: ‘*Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?*’. Voor deze twee vragen worden in dit hoofdstuk de resultaten per cluster in tabellen weergegeven en beschreven.

### 5.1 Respons en non-respons

Twee opleiders, die van interne geneeskunde en kindergeneeskunde, verleenden geen medewerking aan de verspreiding van de enquête<sup>7</sup>. Via de overige 26 opleiders is de enquête voorgelegd aan 575 arts-assistenten in opleiding. Er zijn 181 ingevulde en beoordeelbare enquêtes ontvangen, een respons van 31,5 %. Door het ontbreken van een recent en systematisch bestand van emailadressen van arts-assistenten, heeft de enquête een aantal arts-assistenten van de onderzoeksgroep niet bereikt. Van psychiatrie is bijvoorbeeld bekend dat er 85 arts-assistenten in opleiding zijn waarvan er in dit onderzoek 20 zijn bereikt.

In de laatste reminder is een vraag toegevoegd aan de enquête om inzicht te krijgen in de non-respons. Deze vraag luidt: ‘*Wat is voor u de belangrijkste reden om deze enquête niet in te vullen?*’, met als antwoordmogelijkheden: ‘niet relevant’, ‘te tijdrovend’ of ‘anders, namelijk:...’. Dit hebben 15 arts-assistenten ingevuld. Het antwoord ‘niet relevant’ is één keer aangevinkt, ‘te tijdrovend’ is zes keer aangevinkt en de resterende acht arts-assistenten hebben ‘anders, namelijk:...’ ingevuld. Op deze laatste antwoordmogelijkheid is er vier keer gezegd dat het teveel tijd kost om de enquête in te vullen. Andere opmerkingen waren dat ze nog bezig waren met een promotieonderzoek (1 keer gezegd), dat de vragen niet bij hun vervolgopleiding (anesthesiologie) aansloten (2 keer) en dat het doel en effect onduidelijk was (1 keer).

Na de verspreiding van de enquête zijn tevens een aantal arts-assistenten gebeld. Aan hen is de vraag gesteld wat de reden kan zijn om de enquête niet in te vullen. Hier komt weer duidelijk naar voren dat arts-assistenten het invullen van de enquête ‘teveel tijd’ vinden kosten. De tendens is dat de non-respons voornamelijk komt door tijdgebrek en niet door redenen die invloed hebben op de onafhankelijke variabelen van het onderzoek, te weten het takenpakket en de leerondersteuning. Op basis hiervan kun je concluderen dat de kans op een groot verschil tussen de responsgroep en de onderzoeksgroep, klein is (*Huisman, 1999*).

### 5.2 Representativiteit

Om te beoordelen of de resultaten van de geretourneerde enquêtes representatief zijn, oftewel generaliseerbaar zijn naar de gehele onderzoeksgroep, is een vergelijking gemaakt van een achtergrondvariabele uit de enquête met gegevens die bekend zijn van de onderzoeksgroep. Alleen de achtergrondvariabele ‘geslacht’ is bekend uit een visitatierapport (*VSNU, 1997*).

Het visitatierapport geeft een beschrijving van studenten die in Groningen geneeskunde hebben gestudeerd. In de enquête is gevraagd naar vooropleiding en in totaal hebben 119 arts-assistenten (65,7 %) aangegeven geneeskunde gestudeerd te hebben aan de Rijksuniversiteit Groningen (zie *bijlage 10*). De meerderheid heeft dus geneeskunde in Groningen gestudeerd en op basis daarvan is een vergelijking met de visitatierapporten mogelijk.

---

<sup>7</sup> In het vervolg wordt er daarom niet meer gesproken van onderzoekspopulatie, maar van onderzoeksgroep.

Tussen het behalen van de artsenbul en de start van een vervolgopleiding kunnen periodes zitten van 0 tot langer dan 6 jaar. De meeste arts-assistenten die de enquête in hebben gevuld, in totaal 36 (19,9 %), beginnen aan een vervolgopleiding na een periode van twee tot drie jaar na het behalen van hun artsenbul (*bijlage 10*). Bovendien is de grootste groep arts-assistenten, in totaal 43 (23,8 %), 1<sup>e</sup>-jaars (*bijlage 10*). Deze groep arts-assistenten studeerde in het jaar 2001 af als basisarts en is in het jaar 1995 aan de studie geneeskunde in Groningen begonnen. Uit het visitatierapport van 1997 is bekend dat de man-vrouwverdeling van cohort '95/'96, 44 % - 56 % was (*VSNU, 1997*). De man-vrouwverdeling onder de respondenten is 46,4 % - 53,6 %. Dit komt goed overeen met elkaar.

Naast de achtergrondvariabele 'geslacht' is gekeken naar de representativiteit per vervolgopleiding. De respons van enkele individuele vervolgopleidingen is te klein om representatief te zijn voor de betreffende vervolgopleiding. Dit is bijvoorbeeld te zien bij orthopedie, oogheelkunde en cardiologie (zie *bijlage 10*). Hierbij hebben minder dan vijf arts-assistenten de enquête ingevuld en dit is niet genoeg om generaliserende uitspraken te doen over deze vervolgopleidingen (*Moore, e.a., 2003*). De vervolgopleidingen moeten dus naar een hoger aggregatieniveau worden geclusterd, bijvoorbeeld naar de acht beroepsclusters van Pols (*2003*). Wanneer er op dit niveau geclusterd wordt, zijn de aantallen per beroepscluster nog steeds laag en gedifferentieerd (zie *bijlage 10*). Er kunnen op dit niveau voorzichtige uitspraken gedaan worden over de beroepsclusters, maar vergelijkingen tussen beroepsclusters komen door de lage en gedifferentieerde aantallen niet ten goede. Daarom is er gekozen voor een nog hoger aggregatieniveau.

Dit hogere aggregatieniveau wordt gegeven door de programmabeschrijving van het nieuwe curriculum van de studie geneeskunde in Groningen, G2010 (*Heineman, 2003: 4*). Hier zijn vier uitstroomprofielen opgesteld, te weten een sociaal geneeskundige profiel, een extramuraal curatief profiel (vb. huisartsgeneeskunde) en twee intramurale curatieve profielen met een snijdende richting (vb. algemene heelkunde) en een beschouwende richting (vb. neurologie of psychiatrie). Dit onderzoeksverslag werkt met deze vier uitstroomprofielen, aangeduid met respectievelijk de sociaal geneeskundigen, de huisartsen, de snijdende en de niet-snijdende specialismen. In de resultatensectie is er ook direct onderscheid gemaakt tussen de vier uitstroomprofielen.

**Tabel 5.1** Respondenten per uitstroomprofiel : N (%)

Uitstroomprofiel	Onderzoeksgroep	Respons
1 Snijdende specialismen	245	80 (32,7 %)
2 Niet-snijdende specialismen	106	45 (42,5)
3 Huisartsen	129	37 (28,7)
4 Sociaal geneeskundigen	95	15 (15,8)
Ontbrekend		4
<b>Totaal</b>	<b>575</b>	<b>181 (31,5)</b>

De kans dat de non-respons afwijkt van de respons is klein. De reden van de non-respons om de enquête niet terug te sturen heeft namelijk niets te maken met het takenpakket en de leerondersteuning. Gezien de achtergrondvariabele 'geslacht', oftewel de man-vrouwverdeling, is de enquête representatief voor de gehele onderzoeksgroep. Bovendien vertonen de resultaten van de andere achtergrondvariabelen geen rare uitschieters. Van de andere achtergrondvariabelen zijn echter niet veel gegevens bekend over de onderzoeksgroep. Met generaliserende uitspraken is dus voorzichtigheid geboden.

De resultaten van de andere achtergrondvariabelen, zoals 'voltijd of deeltijd in opleiding' en 'belangrijkste activiteit in de periode dat arts-assistenten niet in opleiding zijn', zijn te vinden in *bijlage 10*.

### 5.3 Validiteit

Tijdens het opstellen van het takenpakket van arts-assistenten is gekeken naar zowel generieke taken, als specifieke taken. In dit onderzoek is geprobeerd een dekkend takenpakket op te stellen met taken die door vrijwel alle arts-assistenten uitgevoerd worden. Niet alle specifieke taken zijn dus opgenomen in de enquête. De arts-assistenten konden na elk cluster taken die in de enquête werden genoemd, ontbrekende taken en activiteiten aanvullen.

De beoordeling van deze aanvullingen zijn door de onderzoeker én een onafhankelijk persoon gedaan. In totaal zijn er 45 aanvullingen door arts-assistenten gegeven. In *bijlage 11* staan 28 taken die door arts-assistenten zijn genoemd, maar die onder te brengen zijn in het reeds opgestelde takenpakket voor de enquête. De onderzoeker en de onafhankelijke persoon hadden 23 van de 45 taken op dezelfde manier ingedeeld. Over 11 taken bestond eerst een verschil in indeling, maar na discussie zijn alle 11 taken ingedeeld in het takenpakket. Er zijn uiteindelijk 7 aanvullingen van arts-assistenten die het takenpakket helderder kunnen maken. De vet- en schreefgedrukte taken geven de taken aan die na aanpassing tot stand kunnen komen:

'Adviseren/voorlichten van patiënten over beleidsopties' als aanvulling op de taak 'beleid opstellen voor een patiënt': **'Beleid opstellen voor een patiënt en de patiënten adviseren/voorlichten over beleidsopties'**

'Toestemming vragen voor orgaan/weefseldonatie of beëindigen van een behandeling bij een wilsonbekwame patiënt' als aanvulling op de taak 'gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming': **'Gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (b.v. voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)'**

'Cliënt kunnen presenteren in teamoverleg' als aanvulling op de taak 'voorbereiden van een patiëntenoverdracht' en 'zelf een patiënt overdragen': **'Voorbereiden van een patiëntenoverdracht/-bespreking' en 'zelf een patiënt presenteren op een patiëntenoverdracht- of bespreking'**

'Overleg met verwijzers' als aanvulling op de taak 'een (andere) specialist in consult vragen': **'Een andere specialist/collega/medicus in consult vragen'**

'Farmotherapeutisch onderwijs met de huisartsengroep van de huisartsenopleider', 'literatuur / presentaties bijhouden' als aanvulling op de taak 'zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul': **'Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul (b.v. door het volgen van cursorisch onderwijs, door het bijhouden van literatuur / presentaties'**

'Lesgeven aan verpleegkundigen / genetisch consulenten' als suggestie om de taak 'lesgeven aan arts-assistenten' en 'lesgeven aan co-assistenten' te clusteren tot: **'Lesgeven (aan bijvoorbeeld co-assistenten, verpleegkundigen, enz.)'**

Er zijn, op basis van de aanvullingen van arts-assistenten, vijf taken opgesteld die het takenpakket in zijn geheel completeren.

**Tabel 5.2** *Aanvullingen van arts-assistenten die leiden tot 'nieuwe' taken*

<b>Aanvullingen van arts-assistenten</b>	<b>Nieuwe taak</b>
1 Samenwerking met collega's en assistenten	'Werken in teamverband'
2 In 15 – 30 minuten middels anamnese en lichamelijk onderzoek een redelijk beeld krijgen van iemands belastbaarheid voor arbeid	'Mijn taken binnen de beschikbare tijd afronden'
3 Geven van een advies aangaande een oncologische behandeling	'Een collega adviseren die mij in consult vraagt'
4 Telefonische spreekuur en patiënten bellen	'Telefonisch spreekuur doen'
5 Ouders begeleiden die aanwezig zijn bij inleiding van hun kind	'Omgaan met derden die aanwezig zijn bij contacten die ik heb met patiënten'

De sociaal geneeskundigen hebben een aantal taken als aanvulling gegeven die heel specifiek zijn voor hun werkveld. Deze arts-assistenten zitten in het spanningsveld van werkgever/werknemer en wetgever en in de enquête zijn de taken die daar betrekking op hebben niet genoemd. Dit is bewust gedaan, omdat de sociaal geneeskundigen wat dat betreft een uitzonderlijke positie hebben. Deze taken worden niet ingedeeld in het takenpakket, maar hieronder genoemd:

- Gegevens opvragen bij de behandelende sector.
- Uitgebreide rapporten schrijven.
- Omgaan met commerciële instelling managers.
- Administratie richting niet-gezondheidszorg instanties, zoals het maken van jaar- en kwartaalverslagen en andere rapporten met betrekking tot arbeidsomstandigheden en verzuim bij de werkgever.
- Productie/omzet maken.
- Samenwerken (informereren/adviseren) met de werkgever van patiënten (ondernemingsraad, leidinggevende, personeelsfunctionarissen of directies van werkgever en cliënt).

Voor dit uitstroomprofiel is de enquête dus niet geheel dekkend geweest, maar voor de andere uitstroomprofielen wel. Er kunnen nog een aantal wijzigingen doorgevoerd worden om het takenpakket helderder te maken en er kunnen nog vijf taken aan het takenpakket toegevoegd worden om een volledig overzicht te krijgen van de taken die arts-assistenten hebben.

Concluderend kan gezegd worden dat de enquête valide is. Dit wil zeggen dat de enquête een dekkend beeld geeft van de generieke taken van arts-assistenten.

#### 5.4 Resultaten takenpakket

Voor vraag A ‘Hoe vaak heeft u deze taak/activiteit uitgevoerd?’ is per taak een algemeen gewogen gemiddelde berekend (*p. 18*). Dit algemeen gewogen gemiddelde geeft aan hoe vaak de taak gemiddeld wordt uitgevoerd door alle arts-assistenten. Op dit algemeen gewogen gemiddelde zijn de meest en minst uitgevoerde taken gebaseerd (voor een overzicht van de algemeen gewogen gemiddelden, zie *bijlage 12<sup>A</sup>*. In *bijlage 12<sup>B</sup>* is een gehele lijst te vinden aflopend van meest tot minst uitgevoerde taken). De algemeen gewogen gemiddelden zijn teruggekoppeld naar de kwalitatieve benamingen uit de enquête. In onderstaand overzicht zijn de vijf meest uitgevoerde taken en de vijf minst uitgevoerde taken op een rij gezet:

**Tabel 5.3** De vijf meest en minst uitgevoerde taken

	Algemeen gewogen gemiddelde	Kwalitatieve benaming
<i>De vijf meest uitgevoerde taken</i>		
Klachtgerichte anamnese afnemen	4,9	Dagelijks
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	4,9	Dagelijks
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses	4,9	Dagelijks
Lichamelijk onderzoek uitvoeren	4,7	Dagelijks
Formulieren invullen en/of ondertekenen	4,5	Dagelijks
<i>De vijf minst uitgevoerde taken</i>		
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	1,8	Nooit
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals een pastor	1,8	Nooit
Een artikel schrijven	1,8	Nooit
Lesgeven aan arts-assistenten	1,5	Nooit
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	1,4	Nooit

Aan bovenstaand overzicht is te zien dat de meest uitgevoerde taken betrekking hebben op het contact met patiënten, administratie en samenwerken. De drie toppers hiervan zijn

‘klachtgerichte anamnese afnemen’, ‘het medisch dossier van patiënten bijhouden’ en ‘samenwerking met ondersteunend personeel’. Deze taken komen gemiddeld dagelijks voor. De minst uitgevoerde taken zijn medisch inhoudelijke taken, samenwerkingstaken en leer- en vormgevingstaken. De taak die het allerminst uitgevoerd wordt is ‘gesprekken voeren met patiënten over euthanasie’. Al deze taken worden vrijwel nooit uitgevoerd.

Er is een gewogen gemiddelde berekend voor elk van de vier uitstroomprofielen. Dit gewogen gemiddelde geeft aan hoe vaak de taak gemiddeld wordt uitgevoerd door de arts-assistenten van één uitstroomprofiel (voor een overzicht van de gewogen gemiddelden, zie *bijlage 12<sup>A</sup>*). De gewogen gemiddelden zijn teruggekoppeld naar de kwalitatieve benamingen die gebruikt zijn in de enquête. In onderstaande paragrafen is dit in tabellen weergegeven. Na elke tabel volgt een korte uitleg van de resultaten.

#### 5.4.1 Taken en activiteiten rond consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken

##### Cluster 1 Taken en activiteiten rond consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek	D	W	D	D	D
Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem	D	W	W	D	D
Consulten doen bij patiënten met acute problematiek	W	W	W	D	J
Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek	W	W	W	D	D
De hulpvraag van een patiënt verhelderen	D	D	D	D	D
Klachtgerichte anamnese afnemen	D	D	D	D	D
Een algemene anamnese (screening) uitvoeren	D	D	D	D	D
Lichamelijk onderzoek uitvoeren	D	D	D	D	D
Aanvullend onderzoek aanvragen	D	D	D	D	M
De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren	D	D	D	D	J
Een (andere) specialist in consult vragen	W	W	W	W	J
Beleid opstellen voor een patiënt	D	D	D	D	W
Therapeutisch beleid uitvoeren	D	D	D	D	J
Diensten doen	M	M	M	W	N
Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren	J	N	N	J	J
Medische verrichtingen uitvoeren	W	D	M	W	N
Ingrepen/operaties voorbereiden	M	D	N	M	N
Ingrepen/operaties uitvoeren	M	D	N	M	N

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld wekelijks uitgevoerd. Voor dit cluster wordt de taak ‘klachtgerichte anamnese afnemen’ het meest en de taak ‘periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren’ het minst uitgevoerd.

‘De hulpvraag van een patiënt verhelderen’, ‘klachtgerichte anamnese afnemen’, ‘een algemene anamnese (screening) uitvoeren’ en ‘lichamelijk onderzoek uitvoeren’, zijn taken die door alle vier uitstroomprofielen gemiddeld dagelijks worden gedaan. Een aantal taken in dit cluster worden veel minder door sociaal geneeskundigen gedaan, zoals: ‘consulten doen bij patiënten met acute problematiek’, ‘aanvullend onderzoek aanvragen en interpreteren’, ‘een (andere) specialist in consult vragen’ en ‘therapeutisch beleid uitvoeren’. ‘Diensten doen’ en ‘medische verrichtingen uitvoeren’ worden vrijwel nooit gedaan door sociaal geneeskundigen.

‘Ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’ wordt alleen gedaan door snijdende specialismen (gemiddeld dagelijks) en huisartsen (gemiddeld maandelijks). ‘Periodieke

gezondheidskeuringen uitvoeren' wordt alleen gedaan door huisartsen en sociaal geneeskundigen (gemiddeld jaarlijks).

#### 5.4.2 Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden

##### Cluster 2 Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten	<b>D</b>	D	D	D	D
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten	<b>M</b>	M	M	M	J
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten	<b>D</b>	D	W	W	D
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten	<b>M</b>	M	M	M	M
Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming	<b>W</b>	W	W	M	M
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	<b>N</b>	N	N	N	N
Gesprekken voeren met familie of bekenden van patiënten	<b>W</b>	W	W	M	J

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld maandelijks uitgevoerd. Voor dit cluster worden de taken 'mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten' en 'tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten' het meest uitgevoerd en de taak 'gesprekken voeren met patiënten over euthanasie' het minst.

'Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten' komt bij alle uitstroomprofielen gemiddeld dagelijks voor. De taak 'gesprekken voeren met patiënten over euthanasie' wordt door alle uitstroomprofielen vrijwel nooit gedaan. 'Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten' en 'gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten' wordt veel minder door sociaal geneeskundigen gedaan. 'Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming' wordt minder door sociaal geneeskundigen en huisartsen gedaan (gemiddeld maandelijks) dan door snijdende en niet-snijdende specialismen (gemiddeld wekelijks).

#### 5.4.3 Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling

##### Cluster 3 Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	<b>D</b>	D	D	D	D
Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma	<b>W</b>	W	M	D	D
De opname van een patiënt regelen	<b>M</b>	M	M	M	N
Brieven schrijven en/of dicteren	<b>W</b>	W	D	W	W
Formulieren invullen en/of ondertekenen	<b>D</b>	D	D	D	W
Vorbereiden van een patiëntenoverdracht	<b>M</b>	W	W	J	N
Zelf een patiënt overdragen	<b>W</b>	D	W	J	N

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld wekelijks uitgevoerd. De meest uitgevoerde taak van dit cluster is ‘het medisch dossier van patiënten bijhouden’ en de minst uitgevoerde taak is ‘de opname van een patiënt regelen’.

‘Het medisch dossier van patiënten bijhouden’ wordt door alle uitstroomprofielen gemiddeld dagelijks gedaan. ‘De opname van een patiënt regelen’ wordt vrijwel nooit gedaan door sociaal geneeskundigen, bij de andere uitstroomprofielen is dit gemiddeld maandelijks aan de orde. ‘Vorbereiden van patiënten overdracht’ en ‘zelf een patiënt overdragen’ komt bij de huisartsen en sociaal geneeskundigen veel minder (gemiddeld jaarlijks tot vrijwel nooit) voor dan bij snijdende en niet-snijdende specialismen (gemiddeld dagelijks tot wekelijks).

#### 5.4.4 Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren

##### Cluster 4 Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Jongerejaars arts-assistenten superviseren	<b>J</b>	M	J	N	N
Co-assistenten superviseren	<b>M</b>	W	W	N	J
Feedback geven op het handelen van collega's	<b>M</b>	W	M	M	M
Met feedback omgaan die ik van collega's krijg	<b>W</b>	W	M	W	M
Leiding geven aan een team	<b>J</b>	M	J	N	J
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	<b>N</b>	N	J	N	N
Samenwerken in een multidisciplinair team	<b>W</b>	W	W	J	W
Samenwerken met verpleegkundigen	<b>W</b>	D	D	M	J
Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten	<b>W</b>	W	W	M	J
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals pastors	<b>N</b>	J	J	N	N
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses	<b>D</b>	D	D	D	D
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden	<b>D</b>	D	D	D	D
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's	<b>W</b>	W	W	W	M
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien	<b>W</b>	D	W	W	W

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld maandelijks uitgevoerd. De meest uitgevoerde taak hierbij is ‘samenwerken met ondersteunend personeel’. De minst uitgevoerde taken zijn ‘samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten’ en ‘leiding geven aan een afdeling/praktijk’.

De taken ‘samenwerken met ondersteunend personeel’ en ‘binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden’ komen bij alle uitstroomprofielen gemiddeld dagelijks voor. ‘Leiding geven aan een afdeling/praktijk’ wordt alleen door de niet-snijdende specialismen gedaan (gemiddeld jaarlijks). ‘Jongerejaars arts-assistenten superviseren’ komt bij huisartsen en sociaal geneeskundigen vrijwel nooit voor. ‘Co-assistenten superviseren’ en ‘leiding geven aan een team’ komen vrijwel nooit voor bij huisartsen. Opvallend is dat huisartsen gemiddeld jaarlijks ‘samenwerken in een multidisciplinair team’, de andere uitstroomprofielen doen dit gemiddeld wekelijks. ‘Samenwerken met verpleegkundigen en met paramedici’ wordt door de sociaal geneeskundigen en de huisartsen weinig gedaan (gemiddeld jaarlijks en maandelijks) in vergelijking met de snijdende en niet-



snijdende specialismen (gemiddeld wekelijks). ‘De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega’s’ wordt gemiddeld maandelijks door sociaal geneeskundigen gedaan, dit gebeurt bij de andere drie uitstroomprofielen gemiddeld wekelijks.

#### 5.4.5 Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie

##### Cluster 5 Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
De grenzen van mijn specialisme bewaken	<b>W</b>	W	W	W	W
Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen	<b>W</b>	D	W	W	M
Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving	<b>J</b>	J	J	J	N
Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk	<b>M</b>	W	W	M	N
Privé-leven en werk van elkaar scheiden	<b>D</b>	D	D	D	W

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld wekelijks uitgevoerd. De meest uitgevoerde taak op dit gebied is ‘privé en werk van elkaar scheiden’ en de minst uitgevoerde taak op dit gebied is ‘mij aanpassen aan een nieuwe werkomgeving’.

‘De grenzen van mijn specialisme bewaken’ is voor alle uitstroomprofielen gemiddeld wekelijks aan de orde. ‘Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen’ komt bij de snijdende specialismen gemiddeld dagelijks voor en bij de sociaal geneeskundigen gemiddeld maandelijks. ‘Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving’ en ‘mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk’ komt bij de sociaal geneeskundigen vrijwel nooit voor en bij de andere uitstroomprofielen respectievelijk gemiddeld jaarlijks en maandelijks.

#### 5.4.6 Taken en activiteiten rond leren en veranderen

##### Cluster 6 Taken en activiteiten rond leren en veranderen

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Een referaat houden	<b>J</b>	J	J	J	N
Een artikel schrijven	<b>N</b>	J	J	N	N
Onderzoek doen	<b>J</b>	J	J	N	N
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen	<b>W</b>	W	W	W	W
Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul	<b>W</b>	W	W	W	M
Lesgeven aan arts-assistenten	<b>N</b>	N	N	N	N
Lesgeven aan co-assistenten	<b>J</b>	J	J	N	N
Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving	<b>J</b>	J	J	J	J

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

Totaalkolom: Dit zijn de algemeen gewogen gemiddelden weergegeven in kwalitatieve benamingen.

De taken in dit cluster worden gemiddeld jaarlijks uitgevoerd. De meest uitgevoerde taak van dit cluster is ‘zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen’. De minst uitgevoerde taak is ‘lesgeven aan arts-assistenten’.

De taken ‘zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen en zorgen dat ik deze lacunes opvul’ komt bij alle uitstroomprofielen gemiddeld wekelijks voor. De laatst genoemde taak voeren de sociaal geneeskundigen echter, als enige, gemiddeld maandelijks uit. ‘Lesgeven aan arts-assistenten’ komt vrijwel nooit voor bij alle uitstroomprofielen. ‘Een referaat houden’, ‘een artikel schrijven’, ‘onderzoek doen’, ‘lesgeven aan co-assistenten’ en ‘veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving’ komen bij alle uitstroomprofielen gemiddeld jaarlijks tot vrijwel nooit voor.

#### 5.4.7 Resumé

De taken in de clusters die betrekking hebben op ‘consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken’, ‘administratie en informatie-uitwisseling’ en ‘verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie’ komen gemiddeld wekelijks voor bij alle arts-assistenten. De taken in de clusters die betrekking hebben op ‘patiënten, hun familie en bekenden’ en ‘samenwerken, begeleiden en organiseren’ komen gemiddeld maandelijks voor. De taken in het cluster over ‘leren en veranderen’ komen gemiddeld jaarlijks voor.

De volgende taken worden door alle vier uitstroomprofielen gemiddeld dagelijks gedaan: ‘De hulpvraag van een patiënt verhelderen’, ‘klachtgerichte anamnese afnemen’, ‘een algemene anamnese (screening) uitvoeren’, ‘lichamelijk onderzoek uitvoeren’, ‘mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten’, ‘het medisch dossier van patiënten bijhouden’, ‘samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses’ en ‘binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden’. ‘De grenzen van mijn specialisme bewaken’ en ‘zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen’ zijn taken die gemiddeld wekelijks voorkomen bij alle uitstroomprofielen. ‘Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten’ komt bij alle uitstroomprofielen gemiddeld maandelijks voor. De taken ‘gesprekken voeren met patiënten over euthanasie’ en ‘lesgeven aan arts-assistenten’ worden door alle uitstroomprofielen vrijwel nooit uitgevoerd.

Tussen de vier uitstroomprofielen, snijdende en niet-snijdende specialismen, huisartsen en sociaal geneeskundigen, zijn verschillen zichtbaar wat betreft het takenpakket. Er zijn een aantal taken die door bepaalde uitstroomprofielen vrijwel nooit uitgevoerd worden. Andere taken zijn juist typerend voor bepaalde uitstroomprofielen. Typerend wil zeggen dat deze taken door het desbetreffende uitstroomprofiel één of meer antwoordcategorieën van de drie andere uitstroomprofielen verschillen.

*Snijdende specialismen:* Zij geven vrijwel nooit leiding aan een afdeling/praktijk en doen vrijwel nooit periodieke gezondheidskeuringen. De volgende taken zijn typerend voor dit uitstroomprofiel en behoren tot hun dagelijkse werkzaamheden: ‘Medische verrichtingen uitvoeren’, ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’, ‘zelf patiënten overdragen’, ‘een supervisor/opleider raadplegen wanneer hun grenzen bereikt zijn’ en ‘omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien’.

*Niet-snijdende specialismen:* Zij doen vrijwel nooit ingrepen/operaties. Zij geven gemiddeld jaarlijks, als enige, leiding aan een afdeling/praktijk. Typerend aan het takenpakket van de niet-snijdende specialismen is dat ze met dezelfde frequentie, veelal dezelfde taken uitvoeren als de snijdende specialismen met uitzondering van de taken ‘medische verrichtingen uitvoeren’ en ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’.

*Huisartsen:* De taken ‘co-assistenten superviseren’ en ‘leiding geven aan een team/afdeling/praktijk’ komen vrijwel nooit voor bij huisartsen. Bij huisartsen komt de taak ‘samenwerken in een multidisciplinair team’ veel minder voor (gemiddeld jaarlijks) dan bij de andere drie uitstroomprofielen (gemiddeld wekelijks). Ook de taken ‘patiëntenoverdracht voorbereiden en doen’ komt veel minder voor bij de huisartsen (gemiddeld jaarlijks).

De taak ‘periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren’ is typerend voor de huisartsen, in vergelijking met de snijdende en de niet-snijdende specialismen. De huisartsen en de sociaal geneeskundigen hebben een aantal taken gemeen die ze vrijwel nooit uitvoeren, namelijk ‘jongere-jaars arts-assistenten superviseren’, ‘samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten’, ‘een artikel schrijven’, ‘onderzoek doen’ en ‘lesgeven aan co-assistenten’.

*Sociaal geneeskundigen:* Sociaal geneeskundigen hebben, vergeleken met andere uitstroomprofielen, een groter aantal taken die ze vrijwel nooit of veel minder uitvoeren. Taken die vrijwel nooit voorkomen bij sociaal geneeskundigen zijn ‘diensten doen’, ‘medische verrichtingen uitvoeren’, ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’, ‘de opname van een patiënt regelen’, ‘patiënten overdracht voorbereiden en doen’ en ‘mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk’.

Taken die sociaal geneeskundigen veel minder uitvoeren uit dan de andere drie uitstroomprofielen, zijn ‘aanvullend onderzoek aanvragen en interpreteren’, een (andere) specialist in consult vragen’, ‘therapeutisch beleid uitvoeren’, ‘omgaan met ongewenst gedrag van patiënten’, gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten’, ‘co-assistenten superviseren’, ‘samenwerken met verpleegkundigen en met paramedici’, de planning afstemmen in overleg met collega’s’ en ‘bij het bereiken van mijn grenzen een supervisor/opleider raadplegen’.

Het takenpakket van de sociaal geneeskundigen springt er echt uit wat betreft de hoeveelheid taken die ze vrijwel nooit tot veel minder uitvoeren. De sociaal geneeskundigen hebben over het algemeen minder medisch-inhoudelijke taken dan de andere drie uitstroomprofielen. Het takenpakket van de sociaal geneeskundigen wekt daarnaast de indruk dat ze individueler werken. Dit blijkt uit het gegeven dat zij minder samenwerken met andere specialisten, verpleegkundigen, paramedici en supervisoren en minder overleggen met hun collega’s qua planning. ‘Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren’ is een typerende taak voor sociaal geneeskundigen die ze gemiddeld jaarlijks uitvoeren, net zoals voor de huisartsen.

#### *Vergelijking tussen de uitstroomprofielen*

De snijdende en de niet-snijdende specialismen voeren grotendeels alle taken met dezelfde frequentie uit, waarbij ze op bepaalde punten verschillen met de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. Voorbeelden hiervan zijn: ‘voorbereiden van een patiënten overdracht’, ‘co-assistenten superviseren’, ‘samenwerken met verpleegkundigen, paramedici en mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten’ en ‘mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk’. Wat daarnaast opvalt is dat snijdende en niet-snijdende specialismen, in vergelijking met de huisartsen en de sociaal geneeskundigen, veel minder de taak ‘diensten doen’ hebben en vrijwel nooit ‘periodieke gezondheidskeuringen’ uitvoeren.

In totaal voeren de snijdende en de niet-snijdende specialismen 44 van de 59 taken met dezelfde frequentie uit. Vergelijkingen met andere uitstroomprofielen levert het volgende overzicht op van aantal taken die met dezelfde frequentie worden uitgevoerd.

**Tabel 5.4** Aantal taken die de uitstroomprofielen met dezelfde frequentie uitvoeren

	1	2	3	4
1	-	-	-	-
2	44	-	-	-
3	29	32	-	-
4	17	22	29	-

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Aan dit overzicht is duidelijk te zien dat de snijdende en de niet-snijdende specialismen verreweg de meeste taken met dezelfde frequentie uitvoeren. Er zijn een aantal taken die ze niet met dezelfde frequentie uitvoeren, met als belangrijkste verschil dat de niet-snijdende specialismen vrijwel nooit ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’ en ‘medische verrichtingen’ doen.

### 5.5 Resultaten leerondersteuning

Voor vraag B ‘Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit uit te voeren?’ is ten eerste gekeken naar het percentage dat aangeeft hoeveel procent van de arts-assistenten deze leerondersteuning heeft ervaren bij het leren uitvoeren van die taak. Dit percentage is berekend voor alle arts-assistenten, maar ook voor elk uitstroomprofiel apart. De percentages worden eerst weergegeven voor alle cluster gezamenlijk, vervolgens voor ieder cluster en uiteindelijk voor iedere taak. Al deze overzichten zijn opgenomen in *bijlage 13*.

Ten tweede is de verhouding tussen formele leerondersteuning en informeel leren berekend, voor alle respondenten samen en voor elk van de vier uitstroomprofielen. Deze verhouding wordt weergegeven in tabellen en wordt ook uitgedrukt in percentages. Wanneer de taak vrijwel nooit uitgevoerd wordt, is er ook geen percentage gegeven.

In onderstaande tabel zijn de meest tot de minst ervaren leerondersteuning op een rij gezet. Dit is berekend door voor alle taken de aangevinkte leerondersteuning bij elkaar op te tellen.

**Tabel 5.5** Meest tot minst vaak ervaren leerondersteuning : N (%)

Door te doen (ervaren)	7.417 (31,0 %)
Supervisie door supervisor/opleider	4.091 (17)
De kunst afkijken	3.981 (16)
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	3.483 (14)
Zelfstudie	2.580 (11)
Docentgebonden gestructureerd onderwijs	1.481 (6)
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	1.140 (5)
<b>Totaal</b>	<b>24.173 (100,0 %)</b>

In bovenstaande tabel is te zien dat leren ‘door te doen (ervaren)’ verreweg het meest ervaren wordt als leerondersteuning. De twee andere leerondersteuning die daarop volgen zijn ‘supervisie door supervisor/opleider’ en ‘de kunst afkijken’. De leerondersteuning die het minst vaak wordt ervaren is ‘gestructureerde patiëntenbesprekingen’.

In onderstaande paragrafen wordt ingegaan op de leerondersteuning per cluster taken en per taak en vervolgens op de verhouding tussen formele leerondersteuning en informeel leren.

#### 5.5.1 Taken en activiteiten rond consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken

De taken in dit cluster worden het meest ondersteund ‘door te doen (ervaren)’ in combinatie met ‘supervisie door supervisor/opleider’. Op de derde plaats komt meestal ‘vragen stellen en

beantwoorden aan en van collega's', 'zelfstudie' of 'de kunst afkijken'. 'De kunst afkijken' wordt, vaker dan 'supervisie door supervisor/opleider', ervaren bij de taken: 'De hulpvraag van een patiënt verhelderen', 'lichamelijk onderzoek uitvoeren' en 'medische verrichtingen uitvoeren' (zie *bijlage 13*).

**Cluster 1** *Taken en activiteiten rond consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek	168	30/70	32/68	34/66	27/73
Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem	173	32/68	35/65	40/60	37/63
Consulten doen bij patiënten met acute problematiek	161	31/69	33/67	39/61	29/71
Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek	165	33/67	37/63	44/56	32/68
De hulpvraag van een patiënt verhelderen	169	30/70	35/65	49/51	36/64
Klachtgerichte anamnese afnemen	174	31/69	38/62	41/59	33/67
Een algemene anamnese (screening) uitvoeren	173	31/69	36/64	39/61	36/64
Lichamelijk onderzoek uitvoeren	173	32/68	35/65	38/62	43/57
Aanvullend onderzoek aanvragen	169	34/66	33/67	45/55	43/57
De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren	175	36/64	38/62	43/57	26/74
Een (andere) specialist in consult vragen	169	31/69	29/71	37/63	25/75
Beleid opstellen voor een patiënt	171	36/64	41/59	42/58	40/60
Therapeutisch beleid uitvoeren	157	35/65	40/60	41/59	26/74
Diensten doen	154	23/77	26/74	34/66	N
Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren	40	N	N	19/81	21/79
Medische verrichtingen uitvoeren	153	25/75	21/79	29/71	N
Ingrepen/operaties voorbereiden	124	29/71	N	31/69	N
Ingrepen/operaties uitvoeren	123	33/67	N	30/70	N

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag ingevuld hebben.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster worden voor grofweg 30 % formeel ondersteund en 70 % informeel geleerd. De taak 'beleid opstellen voor een patiënt' wordt het meest formeel ondersteund, vooral bij de niet-snijdende specialismen, de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. Bij deze taak is 'supervisie door supervisor/opleider' de meest belangrijke leerondersteuning. 'Medische verrichtingen uitvoeren' wordt het minst formeel ondersteund van alle taken in dit cluster door de snijdende- en de niet-snijdende specialismen en de huisartsen. Hierbij is 'de kunst afkijken' erg belangrijk naast leren 'door te doen (ervaren)'.

De huisartsen leren in verhouding met de andere drie uitstroomprofielen op een formelere manier doordat zij meer 'docentgebonden gestructureerd onderwijs' ervaren als leerondersteuning. Dit is duidelijk te zien aan de taken 'de hulpvraag van een patiënt verhelderen', 'consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek' en 'de resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren'. 'Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren' is daarentegen een taak die door de huisartsen op de minst formele manier wordt ondersteund, namelijk 'door te doen (ervaren)' en door 'de kunst afkijken'.

### 5.5.2 *Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden*

De taken behorende bij dit cluster worden voornamelijk ondersteund 'door te doen (ervaren)' in combinatie met 'de kunst afkijken'. Als derde leerondersteuning wordt bij dit cluster vaak 'supervisie van supervisor/opleider' ervaren. Bij de taken 'omgaan met ongewenst gedrag van patiënten' en 'tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten' is 'supervisie van supervisor/opleider', naast leren 'door te doen (ervaren)', de belangrijkste leerondersteuning (zie *bijlage 13*).

**Cluster 2** *Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten	170	23/77	27/73	45/55	36/64
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten	168	24/76	34/66	43/57	35/65
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten	172	29/71	30/70	42/58	31/69
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten	154	36/64	35/65	43/57	35/65
Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming	155	24/76	25/75	35/65	14/86
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	66	N	N	N	N
Gesprekken voeren met familie of bekenden van patiënten	155	24/76	27/73	34/66	13/87

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag in hebben gevuld.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster worden voor grofweg 20 % formeel ondersteund en 80 % informeel geleerd. De taak 'slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten' wordt het meest formeel ondersteund bij alle vier uitstroomprofielen. Hierbij wordt voornamelijk 'docentgebonden gestructureerd onderwijs' ervaren, vooral door de huisartsen. 'Gesprekken voeren met familie of bekenden van patiënten' wordt het minst formeel ondersteund, vooral bij de sociaal geneeskundigen. Bij deze taak zijn 'door te doen (ervaren)', 'de kunst afkijken' en 'supervisie door supervisor/opleider' de drie belangrijkste leerondersteuning. De sociaal geneeskundigen ervaren minder 'supervisie door supervisor/opleider' en maken meer gebruik van 'vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's'.

Bij alle taken ervaren de huisartsen het meest formele ondersteuning, wat te zien is aan de hogere percentages bij de leerondersteuning 'docentgebonden gestructureerd onderwijs' en 'supervisie door supervisor/opleider'. De snijdende specialismen ervaren het minst formele ondersteuning bij de drie taken die betrekking hebben op de omgang met patiënten. Bij deze taken zijn 'door te doen (ervaren)', 'de kunst afkijken' en 'supervisie door supervisor/opleider' de belangrijkste leerondersteuning.

### 5.5.3 *Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling*

De taken in dit cluster worden voornamelijk ondersteund 'door te doen (ervaren)' en 'de kunst afkijken'. Als derde leerondersteuning wordt hier vaak 'supervisie door supervisor/opleider' en 'vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's' ervaren. Bij de taak 'brieven schrijven en/of ondertekenen' is 'supervisie door supervisor/opleider', naast leren 'door te doen (ervaren)' de belangrijkste leerondersteuning (zie *bijlage 13*).

**Cluster 3** *Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling*

		Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	171	24/76	25/75	26/74	24/76
Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma	131	12/88	22/78	26/74	15/85
De opname van een patiënt regelen	133	18/82	21/79	29/71	N
Brieven schrijven en/of dicteren	166	23/77	28/72	26/74	18/82
Formulieren invullen en/of ondertekenen	170	15/85	19/81	24/76	17/83
Vorbereiden van een patiëntenoverdracht	145	21/79	26/74	29/71	N
Zelf een patiënt overdragen	148	18/82	21/79	25/75	N

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag in hebben gevuld.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster worden voor grofweg 20 % formeel ondersteund en 80 % informeel geleerd. De taak ‘het medisch dossier van patiënten bijhouden’ wordt bij alle uitstroomprofielen het meest formeel ondersteund. Hierbij wordt ondersteuning ervaren van ‘door te doen (ervaren)’, ‘de kunst afkijken’ en ‘supervisie door supervisor/opleider’. ‘Formulieren invullen en/of ondertekenen’ wordt het minst formeel ondersteund. Hierbij wordt meer ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’ ervaren in plaats van ‘de kunst afkijken’. De huisartsen en de niet-snijdende specialismen scoren over het algemeen hoger dan de andere uitstroomprofielen op de formele ondersteuning, vooral bij de taken ‘patiënt gegevens verwerken met behulp van een computerprogramma’, ‘brieven schrijven en/of dicteren’ en ‘formulieren invullen en/of ondertekenen’. Dit komt voornamelijk door de hoge score wat betreft ‘supervisie door supervisor/opleider’.

#### 5.5.4 Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren

De taken in dit cluster worden ondersteund ‘door te doen (ervaren)’ en ‘de kunst afkijken’. Er zijn een aantal taken waarbij ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’ op de tweede plek staat, na leren ‘door te doen (ervaren)’. Dit is bij de taken ‘feedback geven en ontvangen op en van collega’s’, ‘de planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega’s’ en ‘omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien’ (zie bijlage 13).

#### Cluster 4 Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Jongerejaars arts-assistenten superviseren	86	12/88	12/88	N	N
Co-assistenten superviseren	128	11/89	13/87	N	12/88
Feedback geven op het handelen van collega's	150	14/86	16/84	41/59	32/68
Met feedback omgaan die ik van collega's krijg	167	11/89	13/87	51/49	24/76
Leiding geven aan een team	80	15/85	30/70	N	27/73
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	49	N	23/77	N	N
Samenwerken in een multidisciplinair team	132	20/80	28/72	23/77	17/83
Samenwerken met verpleegkundigen	141	11/89	23/77	18/82	0/100
Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten	141	7/93	22/78	22/78	14/86
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals pastors	86	8/92	8/92	N	N
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses	169	9/91	3/97	14/86	5/95
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden	153	9/91	8/92	24/76	21/79
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's	144	9/91	8/92	28/72	16/84
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien	160	9/91	10/90	21/79	12/88

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag in hebben gevuld.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster worden voor grofweg 10 % formeel ondersteund en 90 % informeel geleerd. De taken die te maken hebben met superviseren, leiding geven en plannen worden vooral informeel geleerd. Opvallend is dat de huisartsen bij een aantal taken uitschieten wat

betreft het percentage formele leerondersteuning. Dit geldt voor de planningstaken en voor ‘feedback geven en ontvangen aan en van collega’s’ en ‘samenwerking met ondersteunend personeel’. Huisartsen ervaren bij deze taak, naast ‘door te doen (ervaren)’, veel ‘docentgebonden cursorisch onderwijs’ en ‘supervisie door supervisor/opleider’.

‘Samenwerken in een multidisciplinair team, met verpleegkundigen en met paramedici’ wordt bij de niet-snijdende specialismen en bij de huisartsen formeler ondersteund dan bij de snijdende specialismen en de sociaal geneeskundigen. Dit komt vooral doordat de niet-snijdende specialismen en de huisartsen meer ‘supervisie door supervisor/opleider’ ervaren bij het leren van deze taken. De sociaal geneeskundigen geven aan dat ze bij de taak ‘samenwerken met verpleegkundigen’ helemaal geen formele ondersteuning krijgen. Hierbij ervaren zij alleen leren ‘door te doen (ervaren)’.

### 5.5.5 Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie

In dit cluster wordt leren ‘door te doen (ervaren)’ gecombineerd met ‘vragen stellen en beantwoorden van en aan collega’s’ en ‘supervisie van supervisor/opleider’ (zie *bijlage 13*).

#### Cluster 5 Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie

		Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
De grenzen van mijn specialisme bewaken	<b>142</b>	28/72	36/64	44/56	38/62
Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen	<b>163</b>	30/70	38/62	44/56	44/56
Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving	<b>147</b>	8/92	10/90	11/89	N
Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk	<b>122</b>	9/91	11/89	16/84	N
Privé-leven en werk van elkaar scheiden	<b>157</b>	3/97	3/97	13/87	14/86

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag in hebben gevuld.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster variëren wat betreft het percentage formele leerondersteuning en informeel leren. De taak ‘bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen’ wordt het meest formeel ondersteund bij alle uitstroomprofielen. Naast leren ‘door te doen (ervaren)’ wordt hier ‘supervisie door supervisor/opleider’ en ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’ ervaren.

‘Privé-leven en werk van elkaar scheiden’ wordt het minst formeel ondersteund, vooral door de snijdende- en niet-snijdende specialismen. Dit wordt ondersteund door ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’ en ‘de kunst afkijken’. De snijdende specialismen scoren in dit cluster over het algemeen laag wat betreft de formele leerondersteuning.

### 5.5.6 Taken en activiteiten rond leren en veranderen

Dit cluster varieert wat betreft de leerondersteuning. Leren ‘door te doen (ervaren)’ wordt hier gecombineerd met ‘supervisie door supervisor/opleider’ bij de taken ‘een artikel schrijven’ en ‘een onderzoek doen’, met ‘de kunst afkijken’ bij de taak ‘een referaat houden’, met ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’ bij de taak ‘veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving’ en met ‘zelfstudie’ bij de taken ‘lacunes ontdekken en opvullen’ en ‘lesgeven aan co-assistenten’ (zie *bijlage 13*).



		Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Een referaat houden	148	21/79	21/79	30/70	N
Een artikel schrijven	106	28/72	26/74	N	N
Onderzoek doen	112	24/76	25/75	N	N
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen	164	28/72	33/67	46/54	33/67
Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul	168	27/73	33/67	40/60	34/66
Lesgeven aan arts-assistenten	55	N	N	N	N
Lesgeven aan co-assistenten	79	14/86	10/90	N	N
Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving	120	12/88	8/92	16/84	26/74

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Deze aantallen geven aan hoeveel arts-assistenten de vraag in hebben gevuld.

Links van het / - teken is het percentage formele leerondersteuning, rechts van het / - teken is het percentage informeel leren.

De taken in dit cluster worden voor grofweg 20 % formeel ondersteund en 80 % informeel geleerd. De taken ‘zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen’ en ‘zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul’ worden het meest formeel ondersteund, vooral bij de huisartsen. Deze taken worden respectievelijk ondersteund door ‘zelfstudie’ en docentgebonden cursorisch onderwijs’. De huisartsen ervaren ook het meest formele ondersteuning bij de taak ‘een referaat houden’. Deze formele ondersteuning wordt vormgegeven door ‘docentgebonden cursorisch onderwijs’. De taken ‘lesgeven aan co-assistenten’ en ‘veranderingen voorstellen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving’ worden het minst formeel ondersteund. Bij de laatste taak is het opvallend dat de sociaal geneeskundigen hoog scoren wat betreft de formele leerondersteuning. Hierbij wordt veel ‘supervisie door supervisor/opleider’ ervaren.

### 5.5.7 Aanvullingen op de leerondersteuning

Aan het eind van de enquête is de volgende vraag gesteld: ‘Zijn er andere manieren van leren die u heeft gebruikt, die niet genoemd zijn?’. Hierop heeft een aantal arts-assistenten antwoord gegeven. De antwoorden lopen uiteen van leren van andere mensen, tot leren van de media en leren door te studeren. Concreet zijn er de volgende manieren van leren genoemd:

- Evalueren met patiënten hoe zij het contact hebben ervaren (2 keer gezegd)
- Opmerkingen van personen in de privé-kring
- Overleg met de tweede-lijn / specialisten
- Internet (3 keer gezegd), tijdschriften
- Congressen, studeren voor algemene en specialistenexamens
- Regelgeving: overheid, overkoepelende artsenorganisaties

### 5.5.8 Resumé

Leren ‘door te doen (ervaren)’ wordt het meest ervaren bij het leren uitvoeren van de taken, en leren door ‘gestructureerde patiëntenbesprekingen’ het minst. Supervisie door de supervisor/opleider speelt bij veel taken een belangrijke rol. Deze formele leerondersteuning komt vaak voor in combinatie met informeel leren, zoals ‘de kunst afkijken’ en ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’.

Tussen de verschillende clusters taken zijn verschillen waar te nemen wat betreft de verhouding formele leerondersteuning en informeel. Voor het uitvoeren van de taken in het cluster dat betrekking heeft op ‘consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken’ wordt het meest formele leerondersteuning gebruikt (30 %). Daarna komen de clusters dit betrekking hebben

op 'contacten met patiënten, hun familie en bekenden', 'administratie en informatie-uitwisseling' en 'leren en veranderen' (20 % formele leerondersteuning). Het cluster met betrekking tot 'samenwerken, begeleiden en organiseren' wordt het minst formeel ondersteund (10 %). Het cluster met taken die betrekking hebben op 'verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie' varieert in percentage van formele leerondersteuning en informeel leren. De indruk dat de medisch inhoudelijke taken meer formeel en georganiseerd ondersteund worden, wordt hiermee bevestigd.

Tussen de verschillende uitstroomprofielen zijn de volgende verschillen waar te nemen.

*Snijdende specialismen:* Zij ervaren veel leerondersteuning door 'supervisie door supervisor/opleider', bijvoorbeeld bij de taken 'consulten doen', 'aanvullend onderzoek aanvragen en interpreteren', 'beleid opstellen voor een patiënt', 'therapeutisch beleid uitvoeren' en 'ingrepen/operaties uitvoeren'. Daarnaast ervaren zij leerondersteuning van 'de kunst afkijken'. Zij ervaren het minst formele ondersteuning bij drie taken die allemaal te maken hebben met het contact met patiënten, te weten 'mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten', 'omgaan met ongewenst gedrag van patiënten' en 'tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten' (zie *bijlage 13*).

*Niet-snijdende specialismen:* Dit uitstroomprofiel ervaart meer leerondersteuning door 'zelfstudie' dan de snijdende specialismen en ervaart minder de leerondersteuning 'vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's' en 'de kunst afkijken'. Dit is bijvoorbeeld te zien aan de taken 'voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/ huisbezoek', 'beleid opstellen voor een patiënt' en 'therapeutisch beleid uitvoeren' (zie *bijlage 13*).

*Huisartsen:* Huisartsen leren over het algemeen op een formelere manier dan de andere drie uitstroomprofielen. Zij ervaren meer 'docentgebonden gestructureerd onderwijs' en 'supervisie door supervisor/opleider'. Dit is duidelijk te zien bij de taken 'consulten doen bij patiënten', 'de hulpvraag van een patiënt verhelderen', 'klachtgerichte anamnese afnemen', 'een algemene anamnese uitvoeren', 'lichamelijk onderzoek uitvoeren' en 'beleid opstellen voor een patiënt' 'de resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren', 'diensten doen', 'samenwerken met ondersteunend personeel', 'feedback geven op het handelen van collega's', 'met feedback omgaan die ik van collega's krijg' en 'samenwerking met ondersteunend personeel'. Ook de planningstaken worden bij de huisartsen op een veel formelere manier ondersteund dan bij de andere drie uitstroomprofielen. 'Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren' is daarentegen een taak die door de huisartsen op de minst formele manier wordt ondersteund, namelijk door 'door te doen (ervaren)' en door 'de kunst afkijken' (zie *bijlage 13*).

*Sociaal geneeskundigen:* Bij sociaal geneeskundigen komt de leerondersteuning 'vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's' vaker voor dan bij de andere drie uitstroomprofielen, zoals bij de taken 'de hulpvraag van een patiënt verhelderen', 'een algemene anamnese uitvoeren', 'therapeutisch beleid uitvoeren' en 'periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren' (zie *bijlage 13*).

In dit hoofdstuk worden de conclusies ten aanzien van de resultaten van de enquête beschreven. Deze conclusies hebben als doel de deelvragen en daarmee ook de onderzoeksvraag te beantwoorden. De onderzoeksvraag luidt: ‘*Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?*’. De bijbehorende deelvragen luiden:

- 1 Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgopleiding?
- 2 Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces rond deze taken en activiteiten ondersteund?

Voorafgaand aan de conclusies en de beantwoording van de deelvragen en de onderzoeksvraag, wordt kort ingegaan op de waarde en de beperkingen van het onderzoek.

### 6.1 Waarde en beperkingen van het onderzoek

Met dit onderzoek is voor het eerst een volledig en systematisch takenpakket van arts-assistenten in opleiding opgesteld. Daarnaast is er met dit onderzoek een eerste indicatie gegeven van de leerondersteuning die arts-assistenten ervaren. Door dit explorierend karakter van het onderzoek kleven er enkele beperkingen aan.

Niet alle arts-assistenten van de doelgroep zijn benaderd. De opleiders van interne geneeskunde en kindergeneeskunde verleenden bijvoorbeeld geen medewerking aan de verspreiding van de enquête. Van een aantal arts-assistenten ontbreekt een recente en volledig overzicht van emailadressen, waardoor deze niet benaderd konden worden.

Het onderzoek heeft een respons van 31,5 %. De indruk is dat de arts-assistenten uit de non-respons ‘geen tijd’ hadden om de enquête in te vullen. Deze reden heeft geen direct verband met het takenpakket en de leerondersteuning. De man-vrouwverdeling van de respons komt goed overeen met die van de onderzoeksgroep. De andere achtergrondvariabelen vertonen geen rare uitschieters. Op basis hiervan kun je concluderen dat de respondenten een representatief zijn van de onderzoeksgroep. De representativiteit is echter gebaseerd op één variabele, andere gegevens van de onderzoeksgroep waren niet voorhanden. Met generaliserende uitspraken is dus voorzichtigheid geboden. De respons per uitstroomprofiel is groot genoeg om uitspraken te doen over de uitstroomprofielen en over verschillen tussen de uitstroomprofielen. Het werken met de vier uitstroomprofielen kan er wel voor zorgen dat verschillen tussen individuele opleidingen verborgen blijven.

De literatuur geeft onvoldoende houvast om een helder onderscheid te maken tussen typen leerondersteuning. Met name het onderscheid tussen formele en informele leerondersteuning is in de literatuur niet duidelijk vormgegeven. Daarom konden de categorieën van vraag B in de enquête, ‘*Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit uit te voeren?*’, weinig scherp geformuleerd worden.

Gegeven deze beperkingen zijn de volgende conclusies te trekken wat betreft het takenpakket en de leerondersteuning.

### 6.2 Conclusies takenpakket

**Conclusie 1: De opgestelde taken voor de enquête, worden bevestigd in dit onderzoek.**

Bij elke taak in de enquête is gevraagd hoe vaak de arts-assistent deze taak uitvoert (dagelijks, wekelijks, maandelijks, jaarlijks of nooit). Op basis daarvan kan geconcludeerd worden dat alle taken worden ervaren door arts-assistenten, met uitzondering van twee taken. Dit zijn de taken ‘gesprekken voeren met patiënten over euthanasie’ en ‘lesgeven aan arts-assistenten’. Deze twee taken worden vrijwel nooit uitgevoerd.

**Conclusie 2: De taken die door arts-assistenten als aanvulling worden genoemd, liggen op het vlak van interactie en communicatie.**

De taken in de enquête zijn dekkend voor de taken en activiteiten van arts-assistenten, maar kunnen aangevuld en verhelderd worden op enkele punten. Er zijn vijf taken die als aanvulling kunnen worden dienen: ‘werken in teamverband’, ‘mijn taken binnen de beschikbare tijd afronden’, ‘een collega adviseren die mij in consult vraagt’, ‘telefonisch spreekuur doen’ en ‘omgaan met derden die aanwezig zijn bijcontacten die ik heb met patiënten’. Deze taken zijn in de open ruimte door arts-assistenten genoemd en niet onder te brengen in de reeds opgestelde taken. Daarnaast zijn er een aantal taken die verhelderd kunnen worden, bijvoorbeeld de taak ‘gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming’ uitbreiden tot ‘gesprekken voeren met patiënten of hun wettelijke vertegenwoordigers voor het verkrijgen van toestemming (b.v. voor bepaald onderzoek, donatie, medicatie of operaties)’.

Door deze aanvullingen op te nemen in de taken die opgesteld zijn in dit onderzoek, ontstaat een dekkend en helder beeld van de taken en activiteiten van arts-assistenten.

**Conclusie 3: Alle competenties van Onstenk zijn nodig voor het uitvoeren van de taken.**

Bij het opstellen van het takenpakket is het model van Onstenk (1997) een nuttig en bruikbaar model gebleken. Dit model heeft er mede voor gezorgd dat er een dekkend overzicht is ontstaan van de taken van arts-assistenten. Arts-assistenten hebben aangegeven dat ze de meeste taken uitvoeren, en voor het uitvoeren van die taken hebben arts-assistenten de competenties die door Onstenk worden genoemd nodig, te weten: vakmatige, methodische, bestuurlijk-organisatorisch, strategisch, sociaal-communicatieve, normatief-culturele en leercompetenties.

**Conclusie 4: De taken worden met een verschillende frequentie uitgevoerd.**

Meer dan de helft van de taken, 36 van de 59, wordt gemiddeld dagelijks en wekelijks uitgevoerd (een overzicht van meest tot minst uitgevoerde taken is opgenomen in *bijlage 12<sup>B</sup>*). De taken die door alle arts-assistenten gemiddeld dagelijks uitgevoerd worden, zijn taken die te maken hebben met het contact met patiënten, administratie, samenwerken met ondersteunend personeel en een planning maken van werkzaamheden. De uitvoer van deze taken vereist grotendeels vakinhoudelijke competenties, maar ook sociaal-communicatieve competenties en methodische competenties.

De taken die leer- en vormgevingscompetenties vereisen, zoals referaten schrijven en onderzoek doen, komen het minst voor (gemiddeld jaarlijks tot vrijwel nooit). Ook taken die bestuurlijk-organisatorische competenties vereisen, zoals leiding geven en superviseren, komen niet vaak voor (gemiddeld maandelijks tot jaarlijks).

**Conclusie 5: De vier uitstroomprofielen hebben verschillende takenpakketten.**

Typerende taken voor snijdende specialismen zijn ‘het uitvoeren van medische verrichtingen’ en ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’. De niet-snijdende specialismen hebben vrijwel hetzelfde takenpakket als de snijdende specialismen, met uitzondering van de typerende taken voor de snijdende specialismen. De huisartsen en de sociaal geneeskundigen hebben als typerende taak ‘periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren’. Daarnaast zijn er een aantal taken die de huisartsen en de sociaal geneeskundigen beide vrijwel nooit uitvoeren. De sociaal geneeskundigen hebben de meeste taken die vrijwel nooit uitgevoerd worden. Zij hebben ook een aantal specifieke aanvullingen gegeven op de enquête, die niet onder te brengen waren in het reeds opgestelde takenpakket.

**Conclusie 6: Er zijn grofweg drie uitstroomprofielen in plaats van vier.**

De snijdende en de niet-snijdende specialismen hebben het hoogst aantal taken gemeen die ze met dezelfde frequentie uitvoeren, namelijk 44 van de 59 taken. De snijdende en de niet-snijdende specialismen hebben veel minder taken gemeen met de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. Op basis hiervan kun je concluderen dat er grofweg drie uitstroomprofielen zijn, oftewel groepen arts-assistenten: de arts-assistenten die in een ziekenhuis werkzaam zijn (de snijdende en niet-snijdende specialismen, oftewel de medisch specialismen), de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. De snijdende- en de niet-snijdende specialismen hebben grotendeels hetzelfde takenpakket met als uitzondering dat de niet-snijdende specialismen geen ‘medische verrichtingen uitvoeren’ en geen ‘ingrepen/operaties voorbereiden en uitvoeren’.

*6.3 Conclusies leerondersteuning*

Om antwoord te geven op de tweede deelvraag zijn zeven antwoordmogelijkheden opgesteld, bestaande uit formele en informele leerondersteuning. Arts-assistenten moeten bij elke taak aangeven op welke manier zij ondersteuning hebben ervaren in het leren uitvoeren van die taak. Dit is het meest explorerende gedeelte van het onderzoek. In de literatuur zijn namelijk geen duidelijk onderverdelingen gemaakt tussen verschillende leerondersteuning en over de verhouding tussen formele leerondersteuning en informeel leren is nog niet veel bekend. De enige uitspraak die daarover wordt gedaan is dat formeel en informeel leren twee relevante en elkaar aanvullende manieren zijn (*Onderwijsraad, 2003*).

**Conclusie 7: Alle opgestelde leerondersteuning voor de enquête, worden ervaren.**

Alle zeven antwoordmogelijkheden, te weten : ‘docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag’, ‘gestructureerde patiëntenbespreking’, ‘supervisie door supervisor / opleider’, ‘zelfstudie’, ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’, ‘de kunst afkijken’ en ‘door te doen (ervaren)’, zijn door de arts-assistenten één of meerdere keren aangevinkt.

**Conclusie 8: Bij alle taken wordt een combinatie van formele leerondersteuning en informeel leren ervaren.**

Er is geen enkele taak die alleen informeel of alleen formeel wordt ondersteund. Er wordt voor het leren uitvoeren van taken vaak de combinatie ‘door te doen (ervaren)’, ‘supervisie door supervisor/opleider’ en ‘de kunst afkijken’ ervaren. Dit is een voorbeeld van de tendens dat er, om een taak te leren uitvoeren, vaak een combinatie van formele leerondersteuning en informeel leren wordt ervaren.

**Conclusie 9: De ene leerondersteuning wordt vaker ervaren dan de andere, waarbij de tendens is dat er vaker informeel leren wordt ervaren dan formele leerondersteuning.**

De meest ervaren leerondersteuning is ‘door te doen (ervaren)’ en de minst ervaren leerondersteuning is ‘gestructureerde patiëntenbesprekingen’. Het percentage informeel leren is vaak (veel) hoger dan het percentage formele leerondersteuning. Dit wekt de indruk dat er vaker informeel wordt geleerd, dan formeel wordt ondersteund.

**Conclusie 10: Tussen de clusters met taken zoals die opgesteld zijn in de enquête, zijn duidelijke verschillen wat betreft de leerondersteuning.**

De tendens is dat de medisch inhoudelijke taken op een formelere manier ondersteund worden dan de andere taken. De medisch inhoudelijke taken zitten in het cluster taken met betrekking op ‘consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken’. De taken in dit cluster worden 30 % formeel ondersteund en 70 % informeel geleerd. De andere clusters met taken worden minder dan 30 % formeel ondersteund, variërend van 20 % tot 10 %.

**Conclusie 11: Tussen de vier uitstroomprofielen zijn verschillen wat betreft de leerondersteuning.**

De snijdende specialismen ervaren meer leerondersteuning door ‘supervisie van de supervisor/opleider’. De niet-snijdende specialismen ervaren meer leerondersteuning door ‘zelfstudie’. De huisartsen ervaren het meest formele ondersteuning door ‘docentgebonden cursorisch onderwijs’ en de sociaal geneeskundigen ervaren meer leerondersteuning door ‘vragen stellen en beantwoorden aan en van collega’s’.

*6.4 Beantwoording van de onderzoeksvraag en de deelvragen*

De onderzoeksvraag luidt: ‘*Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?*’. De bijbehorende deelvragen luiden:

- 1 Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgoopleiding?
- 2 Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces rond deze taken en activiteiten ondersteund?

Naar aanleiding van de conclusies zijn de volgende antwoorden te geven op de deelvragen: Het takenpakket dat opgesteld is voor dit onderzoek, inclusief de aanvullingen uit de enquête, beantwoordt deelvraag 1. Het leerproces rond deze taken, deelvraag 2, wordt zowel formeel als informeel ondersteund, waarbij vaker informele ondersteuning wordt ervaren dan formele ondersteuning. De combinatie ‘door te doen (ervaren)’, ‘supervisie door supervisor/opleider’ en ‘de kunst afkijken’, wordt het vaakst ervaren. Deze twee deelvragen beantwoorden hiermee ook de onderzoeksvraag.

Het laatste hoofdstuk van dit onderzoeksverslag is een reflectie op het gehele onderzoek. Naar aanleiding van deze reflectie zullen een aantal discussiepunten en ideeën voor vervolgonderzoek worden gegeven.

### 7.1 Reflectie op de belangrijkste bevindingen

De volgende conclusies zijn in het voorgaande hoofdstuk getrokken:

**Tabel 7.1** Conclusies

---

<i>Takenpakket</i>	
<b>Conclusie 1</b>	De opgestelde taken voor de enquête, worden bevestigd in dit onderzoek.
<b>Conclusie 2</b>	De taken die door arts-assistenten als aanvulling worden genoemd, liggen op het vlak van interactie en communicatie.
<b>Conclusie 3</b>	Alle competenties van Onstenk zijn nodig voor het uitvoeren van de taken.
<b>Conclusie 4</b>	De taken worden met een verschillende frequentie uitgevoerd.
<b>Conclusie 5</b>	De vier uitstroomprofielen hebben verschillende takenpakketten.
<b>Conclusie 6</b>	Er zijn grofweg drie uitstroomprofielen in plaats van vier.
<i>Leerondersteuning</i>	
<b>Conclusie 7</b>	Alle opgestelde leerondersteuning voor de enquête, worden ervaren.
<b>Conclusie 8</b>	Bij alle taken wordt een combinatie van formele leerondersteuning en informeel leren ervaren.
<b>Conclusie 9</b>	De ene leerondersteuning wordt vaker ervaren dan de andere, waarbij de tendens is dat er vaker informeel leren wordt ervaren dan formele leerondersteuning.
<b>Conclusie 10</b>	Tussen de clusters met taken zoals die opgesteld zijn in de enquête, zijn duidelijke verschillen wat betreft de leerondersteuning.
<b>Conclusie 11</b>	Tussen de vier uitstroomprofielen zijn verschillen wat betreft de leerondersteuning.

---

Op deze conclusies kunnen een aantal reflecties worden gemaakt wat betreft het takenpakket en de leerondersteuning.

#### 7.1.1 Reflectie takenpakket

De taken die opgesteld zijn in het onderzoek, worden door alle arts-assistenten ervaren met uitzondering van twee taken. De taken ‘gesprekken voeren met patiënten over euthanasie’ en ‘lesgeven aan arts-assistenten’ worden vrijwel nooit uitgevoerd. De taak ‘gesprekken voeren met patiënten over euthanasie’ is ontstaan op basis van literatuur en interviews. Deze taak is niet geobserveerd. Het is duidelijk een taak die vrijwel nooit uitgevoerd wordt door arts-assistenten. De taak ‘lesgeven aan arts-assistenten’ is slechts één keer naar voren gekomen in een interview. Er zijn geen observaties van gemaakt. Deze taak is in de enquête opgenomen, mede, als aanvulling op de taak ‘lesgeven aan co-assistenten’. Er is bij deze taak waarschijnlijk een vertekening opgetreden door de geringe observatie- en interviewgroep die in dit onderzoek benaderd is.

Niet alle taken worden even frequent uitgevoerd. Vragen die je hierbij kunt stellen zijn: ‘Welke taken worden wel veel uitgevoerd en worden meer informeel geleerd, bijvoorbeeld de taak ‘samenwerken met ondersteunend personeel?’ en ‘is er bij arts-assistenten de behoefte aan meer formele leerondersteuning wat betreft deze taken?’ Het zou interessant zijn om hier in een vervolgonderzoek dieper op in te gaan (zie *bijlage 14* voor de vijf meest uitgevoerde taken in combinatie met de leerondersteuning).

Een andere opvallende taak die vaak voorkomt bij arts-assistenten (gemiddeld dagelijks), is ‘mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten’. Patiënten ervaren

echter misschien helemaal niet dat artsen rekening houden met hun persoonlijkheid. Er zou onderzoek gedaan kunnen worden onder patiënten om te kijken hoe zij de taken van arts-assistenten ervaren.

Met dit onderzoek is gebleken dat er drie verschillende groepen arts-assistenten zijn met een uiteenlopend takenpakket, te weten de medisch specialismen (de snijdende en de niet-snijdende specialismen), de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. Het is de moeite waard om na te denken wat te doen met dit gegeven. Wordt er op dit moment bijvoorbeeld gemeenschappelijk onderwijs gevolgd door de snijdende en de niet-snijdende specialismen? In een vervolgonderzoek zou duidelijk kunnen worden op welke punten dit mogelijk en efficiënt is.

Op basis van dit onderzoek kan vervolgonderzoek gedaan worden naar de opleidingsopbouw wat betreft het takenpakket. 'Is er bijvoorbeeld een verschuiving te zien in aantal en frequentie van het uitvoeren van de taken of blijft dit vanaf het eerste opleidingsjaar tot aan het laatste opleidingsjaar gelijk?' en 'hoe kunnen de vervolgopleidingen gestructureerd opgebouwd worden op basis van het voor dit onderzoek ontwikkelde takenpakket én de door de arts-assistenten ervaren taken?'

### 7.1.2 *Reflectie leerondersteuning*

Er wordt bij alle taken een combinatie van formele leerondersteuning en informeel leren ervaren. De formele leerondersteuning bestaat uit 'docentgebonden cursorisch onderwijs', 'supervisie door de supervisor' en 'gestructureerde patiëntenbesprekingen'. Er wordt echter meer informeel leren ervaren dan formele leerondersteuning. Informeel leren wordt veelal gedaan op de werkplek. Een manier om hier formele ondersteuning te bieden is door supervisie te geven. Vervolgonderzoek zou antwoord kunnen geven op vragen zoals 'wat houdt supervisie in de dagelijkse praktijk precies in?', 'hoe kan dat, wanneer nodig, verbeterd worden?' en 'wat voor ideeën hebben arts-assistenten daar zelf over?'

'Gestructureerde patiëntenbesprekingen' worden het minst ervaren door arts-assistenten als leerondersteuning. Dit is in dit onderzoek gedefinieerd als een formele leerondersteuning. Het zou interessant zijn om te kijken of deze besprekingen ook een leerelement in zich hebben en hoe dit in de praktijk vorm zou kunnen worden gegeven.

Huisartsen ervaren het meest formele ondersteuning door 'docentgebonden cursorisch onderwijs'. De indruk wordt gewekt dat huisartsen veel taken opgenomen hebben in het curriculum, waardoor de ondersteuning bij het leren uitvoeren van die taken logischerwijs formeler is geregeld. De vraag is of dit voor andere vervolgopleidingen ook een idee is. Het is een kwestie van keuzes en beleid wat er in het curriculum komt en wat op basis daarvan formeel wordt ondersteund.

Het verschil in takenpakket, maar ook in leerondersteuning, kan voortkomen uit de setting waarin de arts-assistenten werken. In een (academisch) ziekenhuis heb je blijkbaar andere taken en leer je anders dan wanneer je in een praktijk of een (bedrijfs)organisatie werkt. Er zou vervolgonderzoek gedaan kunnen worden waarin op zoek wordt gegaan naar de beste combinatie tussen leeromgeving en leerondersteuning.

Een interessant fenomeen dat taken en leerondersteuning overkoepelt, zijn 'verwachtingen'. Er kunnen rolconflicten ontstaan wanneer arts-assistenten en opleiders niet dezelfde verwachtingen hebben. Een organisatie is op te vatten als een complex netwerk van rollen. Rolzenders en roldragers 'seinen' op diverse wijzen boodschappen naar elkaar over, soms indirect maar dikwijls tamelijk direct. Het resultaat is dat de roldrager zich een idee vormt van de codes waaraan hij zich in zijn gedrag en uit te dragen opvattingen heeft te houden binnen de organisatie (*Van de Vliert, 1983*). De rolzenders zijn in dit geval de opleiders, zij formuleren vanuit de opleiding bepaalde dingen. De arts-assistenten zijn de



rolontvangers, zij ervaren de gezonden 'rol'. De perceptie van de rol kan echter wel heel anders zijn. Een vergelijkbaar onderzoek onder opleiders zou dit aan het licht kunnen brengen.

## 7.2 *Reflectie op het onderzoek*

Er is tot op heden geen vergelijkbaar onderzoek gedaan naar het takenpakket en naar de leerondersteuning van arts-assistenten in opleiding. Met dit onderzoek is voor het eerst een volledig en systematisch takenpakket van arts-assistenten in opleiding opgesteld. Bovendien wordt er met dit onderzoek een eerste indicatie gegeven van de leerondersteuning die arts-assistenten ervaren. Hiermee kan dit onderzoek leiden tot verder onderzoek en tot discussie over de vorm en inhoud van de vervolgopleidingen.

De enquête is op een valide wijze ontwikkeld. Er is triangulatie toegepast op de resultaten van de observaties en interviews door middel van de documentenanalyse, de literatuurstudie, de deskundigen en de pilotstudie. Dit betekent dat het opstellen van het takenpakket van verschillende kanten is benaderd. Door de resultaten van de observaties en interviews telkens aan te vullen en te controleren met behulp van andere gegevens en opmerkingen is een dekkend takenpakket opgesteld.

Het takenpakket is tot stand gekomen op een bepaald aggregatieniveau. Dit niveau is moeilijk om vast te stellen. 'Tot hoever moeten de taken worden gegeneraliseerd of gespecificeerd?' is een vraag die telkens terug is gekomen bij het ontwikkelen van het takenpakket. In vervolgonderzoek zou een betere definitie van 'taken' moeten worden gebruikt, om daar eenduidigheid in te geven.

De literatuur heeft onvoldoende houvast gegeven om een helder onderscheid te maken tussen formele en informele leerondersteuning. Daarom konden de categorieën van vraag B in de enquête, '*Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit uit te voeren?*', weinig scherp geformuleerd worden. In een vervolgonderzoek zou dit beter onderzocht en gesystematiseerd kunnen worden.

Niet alle arts-assistenten zijn benaderd met de vraag de enquête in te vullen. De opleiders van kindergeneeskunde en interne geneeskunde hebben niet hun medewerking verleend aan de verspreiding van de enquête. Er zijn ook een aantal opleidingen waarvan een systematisch overzicht van emailadressen ontbreekt, waardoor er een aantal arts-assistenten niet zijn bereikt. Om toch inzicht te krijgen in het takenpakket en de leerondersteuning van al deze arts-assistenten, zou er alsnog een (verkorte) enquête moeten worden verstuurd.

De respons op de enquête is 31,5 %. Deze lage respons kan te maken hebben met de hoge werkdruk die arts-assistenten hebben, maar ook met bijvoorbeeld enquêtemoeieid. De formele reden is dat de arts-assistenten te weinig tijd hadden om de enquête in te vullen. Deze reden kan te maken hebben met de schijnbare lengte van de enquête. De enquête lijkt erg lang doordat bij elke vraag de zeven antwoordmogelijkheden van de leerondersteuning zijn gegeven. Het kan ook zijn dat de onderwerpen de arts-assistenten niet aanspreken en dat de arts-assistenten het directe belang er niet van inzien. Andere omstandigheden die voor deze lage respons gezorgd zouden kunnen hebben, is dat er een landelijke enquête op hetzelfde moment is verstuurd. Mogelijk zou de respons verhoogd kunnen worden door de enquête aantrekkelijker te maken, door een kleiner groep arts-assistenten te benaderen in samenwerking met de opleiders en door de volgende keer een beloning te geven voor het invullen van de enquête.

De respons vertoont een representatief beeld van de onderzoeksgroep. De representativiteit is echter gebaseerd op één variabele, de man-vrouwverdeling. Andere gegevens van de onderzoeksgroep waren niet voor handen. Met generaliserende uitspraken is dus voorzichtigheid geboden. De respons per uitstroomprofiel is groot genoeg om uitspraken te doen over de uitstroomprofielen en over verschillen tussen de uitstroomprofielen. Het

werken met de vier uitstroomprofielen kan er wel voor zorgen dat verschillen tussen individuele opleidingen verborgen blijven. Uitspraken over uitstroomprofielen zijn op basis van de resultaten gemaakt. Het zou de validering van het onderzoek ten goede komen als deze uitspraken teruggekoppeld worden naar de onderzoeksgroep. Dit zou in vervolgonderzoek gedaan kunnen worden.

### 7.3 *Ideeën voor toekomstig onderzoek*

Er zijn in dit hoofdstuk een aantal ideeën voor toekomstig onderzoek gegeven. Als laatste, algemeen idee, is het wellicht interessant om te kijken of andere achtergrondvariabelen (b.v. ‘geslacht’ of ‘opleidingsjaar’) verschillen opleveren wat betreft het takenpakket en de leerondersteuning.

### 7.4 *Tot slot*

Er is een algemene trend gaande dat formeel leren zal afnemen en dat informeel leren naast formeel leren een grote rol gaat spelen. Hierbij kan de vraag gesteld worden: *‘Welke supervisors/opleiders, welke competenties en welk didactisch pallet is er nodig om informeel leren te faciliteren en mogelijk te maken voor de arts-assistenten?’* Hierbij moet gezegd worden dat in non-formele en informele leercontexten meer wordt geleerd naarmate de basis aan kennis, vaardigheden en competenties die bij formeel leren werd opgedaan, beter is (Thijssen, 1997; Lankhuijzen, 2002).

Binnen vervolgonopleidingen zijn echter ontwikkelingen gaande naar meer formeel onderwijs (Meyboom-de Jong e.a., 2002). Deze paradoxale situatie brengt ons tot de discussie welke leerondersteuningen wenselijk en mogelijk zijn. Voor toekomstige veranderingen is het daarom belangrijk om nu stil te staan bij de vraag: *‘Op welke manier is formele ondersteuning nuttig en effectief en wanneer is informeel leren effectiever?’*

- ACOA, (1999). *Een wending naar kerncompetenties*. De betekenis van kerncompetenties voor de versterking van de kwalificatiestructuur secundair beroepsonderwijs. 's-Hertogenbosch: ACOA.
- Akker, J. van den (1990). Het gebruik van curricula. *Onderwijskundig Lexicon II*, E 3100-1 / 12.
- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (2000). *Methoden en technieken*. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek. Houten: Stenfert Kroese.
- Becher, T. (1999). *Professional practices: Commitment and capability in a changing environment*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Becker, H.S. & Geer, B. (1960). *The analysis of Qualitative Field Data*. Dorsey: Homewood.
- Bleker, O.P. & Plasmans, C.M.T. (2003). *Notitie modernisering*. [interne notitie] Utrecht: KNMG/CCMS; CCMS/KB 03-209.
- Bolhuis, S. (2001). *Leren en veranderen bij volwassenen*. Een nieuwe benadering. Bussum: Coutinho.
- Bolhuis, S. (2002). Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? *Tijdschrift voor medisch onderwijs*, 21(4), 173-182.
- Broerse, L., Hilberts, R., Klaassens, M., Langebeek, M., Osch, W. van & Prins, J. (1998). *Coachen op resultaat en gedrag*. Groningen: PiMedia.
- CanMEDS 2000 project (1996). *Skills for the new millenium: report of the societal needs working group*. Ottawa: CanMEDS project.
- CanMEDS-richtlijnen (2003). *Notitie modernisering*. Utrecht: CCMS.
- COLO (2002). *Relevante begrippen in de competentiegerichte kwalificatiestructuur*. Ontwikkelingsplan Kwalificatiestructuur. Zoetermeer: COLO.
- Corte, E. de, Geerlings, C.T., Lagerweij, N.A.J., Peters, J.J. & Vanderberge, R. (1981). *Beknopte didaxologie*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Dam, G. ten, Hout, H. van, Terlouw, C. & Willems, J. (1997). *Onderwijskunde hoger onderwijs*. Handboek voor docenten. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Doorn, G.A. van, Lips, J.P., Nijman, H.W., Schutte, M.F. & Weg, P. van de (1999). *Basispakket van de gynaecoloog*. [interne notitie] Utrecht: NVOG.
- Emans, B. (1985). *Interviewen, theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning, implicit learning and tacit knowledge in professional work. *The Developing the Attributes of Medical Judgement and Competence*. Sussex: Institute of Education.
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: The Falmer Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1976). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Glaudé, M.T. (1997). *Werkplek-opleiden als innovatie*. Purmerend: Rijser.
- Groot, A.D. de (1994). *Methodologie*. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Hafferty, F.W. (1998). Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Heineman, M.J. (2003). *Programmabeschrijving*. Propedeuse G2010. Onderwijsinstituut: Rijksuniversiteit Groningen.
- Huisman, M. (1999). *Item nonresponse: occurrence, cause, and imputation of missing answers to test items*. Leiden: DSWO Press.

- Hulshof, M. (1992). *Leren interviewen*. Het mondeling verzamelen van informatie. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kessels, J.W.M. (1996). *Succesvol ontwerpen*. Curriculumconsistentie in opleidingen. Deventer: Kluwer.
- Kessels, J.W.M. & Poell, R.F. (2001). *Human Resource Development*. Organiseren van het leren. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- Klarus, R. (1998). *Competenties erkennen*. Een studie naar modellen en procedures voor leerwegaafhankelijke beoordeling van beroepscompetenties. Proefschrift. 's-Hertogenbosch: CINOP.
- Lankhuijzen, E.S.K. (2002). *Learning in a self-managed management career. The relation between managers' HRD-patterns, psychological career contracts and mobility perspectives*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Leeuwen-Seelt, E.I. van (1999). *Resultaat- en gedragsgericht werken in het AZG*. Groningen: AZG – Cahiers 6.
- LeGrand-van den Bogaard, M.J.M. (2003). *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*. Advies van de commissie implementatie opleidingscontinuüm en taakherschikking. Utrecht: Drukkerij Haasberg.
- Mansfield, B. & Mitchell, L. (1996). *Towards a competent workforce*. Aldershot/Brookfield: Gower Press.
- Merriënboer, J.J.G., Klink, M.R. van der, Hendriks, M. (2002). *Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers*. Een studie in opdracht van de onderwijsraad. Den Haag: Artoos.
- Metz, J.C.M., Verbeek-Weel, A.M.M. & Huisjes, H.J. (2001). *Raamplan 2001: bijgestelde eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen.
- Meyboom-de Jong, B., Schmit Jongbloed, L.J. & Willemsen, M.C. (2002). *De arts van straks*. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.
- Moore, D.S. & McCabe, G.P. (2003). *Introduction to the practice of statistics*. Fourth edition. New York: W.H. Freeman and Company. Purdue university.
- Mulder, M. (2001). *Competentieontwikkeling in organisaties: perspectieven en praktijk*. 's-Gravenhage: Elsevier.
- Nijhof, W.J., Franssen, H.A.M., Hoeben, W.T.J.G. & Wolbert, R.G.M. (2003). *Handboek curriculum: modellen, theorieën, technologieën*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Onderwijsraad (2003). *Werk maken van een leven lang leren*. Den Haag: Drukkerij Artoos.
- Onstenk, J.H.A.M. (1997). *Lerend leren werken*. Brede vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren. Proefschrift. Delft: Eburon.
- Onstenk, J.H.A.M. & Boogert, K. den (2002). *Profiel leercompetenties voor het beroepsonderwijs*. Zoetermeer: CINOP.
- Pols, J., Aukes, L.C., Bootsman-De Langen, A.M., Koppelman, G.H., Kreeftenberg, H.G., Venekamp, R. & Zock, G. (1996). *Medisch Professionele Vorming*. In Curriculum 2000. Uitgangspunten voor het programma 1 – 6. [interne notitie] Groningen: Faculteit der Medische wetenschappen.
- Pols, J. (2003). *De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenningen op het gebied van chronisch zieken*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Pool, A. Pool-Tromp, C., Veltman-van Vugt, F. & Vogel, S. (2001). *Met het oog op de toekomst*. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- Rozema, J.H. (2002). *Observaties arts-assistenten kindergeneeskunde AZG*. [interne notitie] Groningen: AZG.

- Sande, J.P. van de (1999). *Gedragsobservatie*. Een inleiding tot systematisch observeren. Groningen: Martinus Nijhoff.
- Segers, J. (1999). *Methoden voor de maatschappijwetenschappen*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Sociaal Cultureel Planbureau (1998). *Sociaal Cultureel Rapport, 25 jaar sociale veranderingen*. Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Spencer, J. & Spencer, M. (1993). *Competence at work: models for superior performance*. New York: Wiley.
- Sprenger, C. (2001). *Leerpraktijken*. Lerend werken aan organisatieverandering. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- Thijssen, J.G.L. (1997). *Leren om te overleven. Over personeelsontwikkeling als permanente educatie in een veranderende arbeidsmarkt*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Verschuren, P.J.M. (2002). *De probleemstelling voor een onderzoek*. Utrecht: Het Spectrum.
- Vliert, E. van de & Visser, A.P. (1983). *Rolspanningen*. Meppel: Boom.
- VSNU (1997). *Onderwijsvisitatie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen*. Utrecht: VSNU.
- Wachtler, C. & Troein, M. (2003). A hidden curriculum: mapping cultural competency in a medical programme. *Medical Education*, 37, 861-868.
- Weele, D. van der (2000). *Kennismanagement*. Hoe vandaag te beginnen. Amersfoort: F & G Publishing.
- Weggeman, M. (2000) Kennis vermenigvuldigen door te delen. In L. Boon (ed.). *Managen, veranderen & emotionele intelligentie (15-22)*. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Wester, F. (1995). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Bussum: Coutinho.
- Zolingen, S.J. (1995). *Gevraagd: sleutelkwalificaties*. Een studie naar sleutelkwalificaties voor het middelbaar beroepsonderwijs. Proefschrift. Nijmegen: KUN.

## **Bijlage 1: Uitleg model Onstenk**

### ***Vakmatige competentie***

Dit betreft de feitelijke, procedurele en begripsmatige kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn om productieve taken voor te bereiden, uit te voeren en te controleren en om productieproblemen aan te pakken. Zij zijn gericht op het vermogen om op adequate wijze producten en diensten te leveren. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen de volgende drie deelcompetenties:

- 1 *Praktisch-technische competentie*: concrete activiteiten en handelingen die iemand kan verrichten (naar aanleiding van of ter voorbereiding) in direct contact met de patiënt.
- 2 *Omgangsvaardigheden*: voor werk/beroepen waar met mensen gewerkt wordt en mensen dus het object zijn van de arbeidsactiviteit, zijn omgangsvaardigheden of sociale competentie te beschouwen als vakmatig. Het gaat in dit onderzoek om de omgangsvaardigheden met de patiënt, hun familie en bekenden.
- 3 *Informatie- en symboolbewerkende vaardigheden*: hanteren van kennis, informatie, en symbolen vormt het feitelijke object van de activiteit.

### ***Methodische competentie***

De methodische competentie heeft betrekking op de planning, de organisatie en het oplossen van regelproblemen in het eigen werk. Flexibiliteit staat centraal bij deze competentie. Daarnaast gaat het om het vermogen van de werkende om situatiegebonden oplossingsmethoden te vinden. Hiertoe zijn zelfstandig denken, werken, plannen, uitvoeren en controleren noodzakelijk. Methodische competentie heeft dus betrekking op de interne organisatie en planning van het eigen werk.

### ***Bestuurlijk-organisatorische competentie***

De bestuurlijk-organisatorische competentie heeft betrekking op het omgaan met organisatorische problemen die voortkomen uit de spanningsverhouding tussen autonomie van het eigen werk en bestaande vaststaande structuren. Het heeft dus betrekking op het plannen en regelen van het eigen werk in de context van de organisatie, maar ook in de context van de maatschappij. Bovendien gaat het bij deze competentie om het aansturen van het werk van anderen. Bij deze competentie kan dus gedacht worden aan het vermogen tot coördinatie en organisatie, aan overtuigingskracht, besluitvaardigheid, verantwoordelijkheidsgevoel en leidinggevend vermogen.

### ***Strategische competentie***

De strategische competentie heeft betrekking op het vermogen om te gaan met lidmaatschapproblemen. Je moet dus van elkaar en van jezelf weten welke taken bij je functie horen. De werkende moet daarnaast kunnen functioneren in hiërarchische organisaties. Centraal staat het te weten te functioneren in de loonarbeidsverhouding bij toetreding en het functioneren in de organisatie (hiërarchie, macht). Daarvoor is inzicht nodig in de arbeidsdeling, de afdelingsstructuur en in bedrijfsprocessen. Iedere werknemer neemt een bepaalde positie in de hiërarchie in, waaruit verplichtingen, verantwoordelijkheden en gedragsregels vloeien ten opzichte van collega's.

### ***Sociaal-communicatieve competentie***

De sociaal-communicatieve competentie heeft betrekking op het functioneren in de arbeidsomgeving met betrekking tot samenwerking en coördinerende en coöperatieve aspecten van de arbeid. Communicatie wordt hier opgevat als uitwisseling van informatie tussen mensen die zich bewust zijn van elkaars onmiddellijke of gemedieerde aanwezigheid. Het gaat dan om samenwerkingsvormen die typerend zijn voor de beroepsuitoefening. Er moet samengewerkt worden in bijvoorbeeld teams, met andere afdelingen, maar ook met mensen buiten het bedrijf (= ziekenhuis of organisatie). Dit kan direct of op afstand. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen inhoudelijke samenwerking en organisatorische samenwerking. Sociaal-communicatieve competentie verwijst ook naar het vermogen om te gaan met kritiek en het geven van feedback.

### ***Normatief-culturele competentie***

De normatieve dimensie bestaat uit betrokkenheid, beroepshouding, prestatiebereidheid, normen en waarden. Binnen deze dimensie is een grote rol weggelegd voor normen en waarden. Participeren in de gemeenschap van het bedrijf of beroep veronderstelt gedeelde normen en waarden en het ontwikkelen van motivatie, identiteit en betrokkenheid met het beroep.

Met het begrip ‘habitus’ wordt bedoeld op het verworven principe dat voornamelijk het niet bewuste gedrag reguleert. Het begrip ‘habitus’ wijst erop dat competenties niet los gedacht kunnen worden van andere elementen uit iemands biografie (= persoonlijkheid). Het begrip habitus heeft een sterke relatie met de begrippen attitude, persoonlijkheid, identiteit.

De normatief-culturele competentie bestaat dus uit een groepsdimensie en uit een individuele dimensie, respectievelijk de groepscultuur en de individuele attitude.

### ***Leer- en vormgevingscompetentie***

Plannen en sturen van de (eigen) competentieontwikkeling wordt in toenemende mate een vereiste voor beroepsbeoefenaars. Leren en ontwikkelen zijn integraal onderdeel van het competentiebegrrip, waarbij ontwikkeling, al of niet in combinatie met innovatie van de organisatie, centraal staat. Deze competenties verwijzen dus naar het vermogen bij te dragen aan de eigen ontwikkeling en die van de arbeidsorganisatie en beroep.

- 1 *Leercompetenties*: dit zijn competenties die het verwerven en ontwikkelen van nieuwe competenties vergemakkelijkt. Het is dus het vermogen van de aankomende beroepsbeoefenaar om sturing te geven aan de eigen competentieontwikkeling. Het gaat om vermogens zoals het leren plannen, voor te bereiden, uit te voeren, te sturen en te evalueren.
- 2 *Vormgevingscompetenties*: hebben betrekking op de kennis en vaardigheden die nodig zijn om te kunnen participeren in de toekomstige vormgeving van de arbeid. Dit is dus het vermogen van de aankomende beroepsbeoefenaar om een actieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van het eigen werk op individueel niveau en op het niveau van het team, de organisatie en het beroep. Centraal staat het vermogen bij te dragen aan een gewenste ontwikkeling in de eigen werksituatie vanuit het perspectief van kwaliteit van arbeid, persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden, maar ook maatschappelijke verantwoordelijkheden.

Deze uitleg is gebaseerd op Onstenk (1997: 101-125).

## **Bijlage 2: Overzicht medische vervolgoopleidingen**

### **Indeling in de 8 beroepscluster (Pols, 2003):**

#### ***1 Snijdende specialismen***

- 1 Heelkunde
- 2 Neurochirurgie
- 3 Cardiothoracale Chirurgie
- 4 Kaakchirurgie
- 5 Plastische chirurgie
- 6 Urologie
- 7 Orthopedie
- 8 Obstetrie / gynaecologie
- 9 Neus-keeloorheelkunde
- 10 Oogheelkunde
- 11 Anesthesiologie

#### ***2 Niet snijdende specialismen: gemengde patiëntenzorg***

- 12 Inwendige geneeskunde
- 13 Kindergeneeskunde
- 14 Cardiologie
- 15 Neurologie
- 16 Dermatologie

#### ***3 Niet snijdende specialismen: merendeels chronisch zieken***

- 17 Allergologie
- 18 Maag, Darm en leverziekten
- 19 Klinische geriatrie
- 20 Revalidatiegeneeskunde
- 21 Reumatologie
- 22 Longziekten en Tuberculose

#### ***4 Psychiatrie***

- 23 Psychiatrie

#### ***5 Overige artsen: met patiëntenzorg***

- 24 Radiotherapie
- 25 Klinische genetica
- 26 Nucleaire geneeskunde

#### ***6 Huisartsen***

- 27 Huisartsen

#### ***7 Sociaal geneeskundigen***

- 28 Sociaal geneeskundige

#### ***8 Overige artsen: zonder patiëntenzorg (deze behoren niet tot de onderzoekspopulatie)***

- Medische microbiologie
- Pathologie
- Radiologie



**Indeling in de 4 uitstroomprofielen (Heineman, 2003):**

***1 Snijdende specialismen***

- 1 Heelkunde
- 2 Neurochirurgie
- 3 Cardiothoracale Chirurgie
- 4 Kaakchirurgie
- 5 Plastische chirurgie
- 6 Urologie
- 7 Orthopedie
- 8 Obstetrie / gynaecologie
- 9 Neus-keeloorheelkunde
- 10 Oogheelkunde
- 11 Anesthesiologie

***2 Niet snijdende specialismen***

- 12 Inwendige geneeskunde
- 13 Kindergeneeskunde
- 14 Cardiologie
- 15 Neurologie
- 16 Dermatologie
- 17 Allergologie
- 18 Maag, Darm en leverziekten
- 19 Klinische geriatrie
- 20 Revalidatiegeneeskunde
- 21 Reumatologie
- 22 Longziekten en Tuberculose
- 23 Psychiatrie
- 24 Radiotherapie
- 25 Klinische genetica
- 26 Nucleaire geneeskunde

***3 Huisartsen***

- 27 Huisartsen

***4 Sociaal geneeskundigen***

- 28 Sociaal geneeskundige

### Bijlage 3: Het interviewschema

Datum : .....

Vervolgopleiding : ..... Totale duur: .....

Jaar : ..... jaars arts-assistent

Vrouw/man

Leeftijd : ..... jaar

Voorgeschiedenis : .....

.....

.....

.....

Het belangrijkste doel van het interview is om zicht te krijgen op de taken die arts-assistenten zich dagelijks/wekelijks/maandelijks eigen maken. Dit kan ik vragen aan de hand van de zeven clusters van beroepscompetenties. Daarnaast wil ik aan de weet komen hoe ze, in het leerproces om deze taken te beheersen, worden gefaciliteerd – formeel en/of informeel.

#### ***Vakmatige competentie***

Dit betreft de feitelijke, procedurele en begripsmatige kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn om productieve taken voor te bereiden, uit te voeren en te controleren en om productieproblemen aan te pakken. Onderscheid tussen de volgende drie deelcompetenties:

- 1 *Praktisch-technische competentie*: concrete activiteiten en handelingen die iemand kan verrichten (naar aanleiding van of ter voorbereiding) in direct contact met de patiënt.  
.....
- 2 *Omgangsvaardigheden*: het gaat hierbij dus om de omgangsvaardigheden met de patiënt, maar ook om de omgangsvaardigheden met andere mensen die nodig zijn om adequaat om te gaan met het probleem van de patiënt.  
.....
- 3 *Informatie- en symboolbewerkende vaardigheden*: hanteren van kennis, informatie, en symbolen vormt het feitelijke object van de activiteit.  
.....

#### ***Methodische competentie***

Methodische competentie heeft betrekking op de interne organisatie en planning van het eigen werk. Flexibiliteit staat centraal bij deze competentie, flexibiliteit ten opzichte van bijvoorbeeld je eigen planning. Daarnaast gaat het om het vermogen van de werkende om situatiegebonden oplossingsmethoden te vinden, zoals een telefoontje afkappen als je in spreekuur zit. Hiertoe zijn zelfstandig denken, werken, plannen, uitvoeren en controleren noodzakelijk.  
.....

#### ***Bestuurlijk-organisatorische competentie***

De bestuurlijk-organisatorische competentie heeft betrekking op het omgaan met organisatorische problemen die voortkomen uit de spanningsverhouding tussen autonomie van het eigen werk en de bestaande vaststaande structuren. Het heeft dus betrekking op het plannen en regelen van het eigen werk in de context van de organisatie, maar ook in de context van de maatschappij. Bovendien gaat het bij deze competentie ook om het aansturen van het werk van anderen. Bij deze competentie kan dus gedacht worden aan het vermogen tot coördinatie en organisatie, aan overtuigingskracht, besluitvaardigheid, verantwoordelijkheidsgevoel en leidinggevend vermogen.  
.....

### ***Strategische competentie***

De strategische competentie heeft betrekking op het vermogen om te gaan met lidmaatschapproblemen. Je moet dus van elkaar en van jezelf weten welke taken bij je functie horen. De werkende moet daarnaast kunnen functioneren in hiërarchische organisaties. Centraal staat het te weten te functioneren in de loonarbeidsverhouding bij toetreding en het functioneren in de organisatie (hiërarchie, macht). Daarvoor is inzicht nodig in de arbeidsdeling, de afdelingsstructuur en in bedrijfsprocessen. Iedere werknemer neemt een bepaalde positie in de hiërarchie in, waaruit verplichtingen, verantwoordelijkheden en gedragsregels vloeien ten opzichte van collega's.

.....

### ***Sociaal-communicatieve competentie***

De sociaal-communicatieve competentie heeft betrekking op het functioneren in de arbeidsomgeving met betrekking tot samenwerking en coördinerende en coöperatieve aspecten van de arbeid. Communicatie wordt hier opgevat als uitwisseling van informatie tussen mensen die zich bewust zijn van elkaars onmiddellijke of gemedieerde aanwezigheid. Er moet samengewerkt worden in bijvoorbeeld teams, met andere afdelingen, maar ook met mensen buiten het bedrijf (= ziekenhuis of organisatie). Dit kan direct of op afstand. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen inhoudelijke samenwerking en organisatorische samenwerking. Sociaal-communicatieve competentie verwijst ook naar het vermogen om te gaan met kritiek en het geven van feedback.

.....

### ***Normatief-culturele competentie en habitus***

De normatief-culturele competentie bestaat uit een groepsdimensie en uit een individuele dimensie, namelijk de groepscultuur en de individuele attitude. De normatieve dimensie bestaat uit betrokkenheid, beroepshouding, prestatiebereidheid, normen en waarden. Het begrip habitus heeft een sterke relatie met de begrippen attitude, persoonlijkheid, identiteit.

.....

### ***Leer- en vormgevingscompetentie***

Plannen en sturen van de (eigen) competentieontwikkeling wordt in toenemende mate een vereiste voor beroepsbeoefenaars. Het gaat om een individueel ontwikkelingsperspectief, waarbij de loopbaan centraal staat. Deze competenties verwijzen dus naar het vermogen bij te dragen aan de eigen ontwikkeling en die van de arbeidsorganisatie en beroep.

1 *Leercompetenties*: dit is het vermogen van de aankomend beroepsbeoefenaar om sturing te geven aan de eigen competentieontwikkeling. Het gaat om vermogens zoals het leren plannen, voor te bereiden, uit te voeren, te sturen en te evalueren.

.....

2 *Vormgevingscompetenties*: hebben betrekking op de kennis en vaardigheden die nodig zijn om te kunnen participeren in de toekomstige vormgeving van de arbeid. Dit is dus het vermogen van de aankomend beroepsbeoefenaar om een actieve bijdrage te leveren aan de ontwikkeling en kwaliteitsverbetering van het eigen werk op individueel niveau en op het niveau van het team, de organisatie en het beroep. Centraal staat het vermogen bij te dragen aan een gewenste ontwikkeling in de eigen werksituatie vanuit het perspectief van kwaliteit van arbeid, persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden, maar ook maatschappelijke verantwoordelijkheden.

- op het individueel niveau: .....

- op het niveau van het team: bijvoorbeeld verandering in de werkwijze van een poli(team), afdeling, multidisciplinair team (komt tot uitdrukking in het geven van lessen aan arts-assistenten of andere collega's)

.....

- op het niveau van de organisatie: bijvoorbeeld afdeling- en ziekenhuisveranderingen

.....

- op het niveau van het beroep: het werk van de internist, de chirurg, enz.

.....

## **Bijlage 4: (Herinnerings)mails**

### ***Mail 1: Eerste mail aan de opleiders***

Geachte collegae,

Hierbij vraag ik uw toestemming om via uw secretariaat een e-mailbericht te laten versturen aan alle arts-assistenten die op dit moment bij u in opleiding zijn.

In het e-mailbericht worden uw arts-assistenten gevraagd mee te werken aan een onderzoek naar de taken en activiteiten die zij zich in het kader van hun opleiding eigen maken. Daarbij wordt tevens geïnterviewd op welke manier zij zich deze taken en activiteiten eigen maken (via een formeel en/of informeel leertraject). Hun medewerking bestaat uit het invullen van een elektronische enquête die zij via een link in het e-mailbericht kunnen bereiken.

Het onderzoek vindt onder mijn supervisie plaats en wordt uitgevoerd door een studente andragogiek, mw. Yedema. Indien u geïnteresseerd bent in een verdere toelichting dan vindt u in de bijlage nadere informatie over het onderzoek.

Zonder tegenbericht ga ik ervan uit dat u akkoord gaat met verzending via uw secretariaat. Wij zullen na 6 april contact met hen opnemen.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u natuurlijk contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet, Jan Pols, arts-onderwijskundige

### ***Mail 1A: Eerste mail aan de secretariaten***

Geacht secretariaat,

Vorige week hebben wij naar alle opleiders een e-mail gestuurd met de vraag of wij via u een enquête mochten versturen aan arts-assistenten in opleiding. U ontving van deze e-mail een kopie. De opleider van wie u het secretariaat beheert, reageerde positief op ons verzoek, of tekende geen bezwaar aan.

Wij verzoeken u daarom vriendelijk om onderstaande e-mail + attachment door te sturen naar **alle arts-assistenten die bij uw afdeling in opleiding** zijn. Dus óók de arts-assistenten die op dit moment een stage lopen in perifere ziekenhuizen.

Voor het onderzoek is het van belang dat we weten hoeveel arts-assistenten deze e-mail + attachment kregen. Wilt u dit aantal s.v.p. aan mij doorgeven (a.r.ijedema@oo.azg.nl)?

Wilt u de mail + attachment zo spoedig mogelijk doorsturen? Over één à twee weken zullen wij u nogmaals benaderen voor het versturen van een herinneringsmail.

Alvast hartelijk dank voor alle moeite! Heeft u nog vragen? Dan kunt u uiteraard contact met mij opnemen (06-13596106).

Met vriendelijke groet, mede namens dr. Pols,

Anna Yedema

### ***Mail 1B: Eerste mail aan de arts-assistenten***

Beste arts-assistent in opleiding,

In deze mail vragen wij uw medewerking voor een onderzoek naar de vervolgopleiding van arts-assistenten door het invullen van een elektronische enquête. Het invullen daarvan duurt circa 15 minuten.

#### *Doel van de enquête*

Inzicht krijgen in de werkzaamheden (taken en activiteiten) van arts-assistenten en de manier waarop ze zich die eigen maken.

#### *Belang*

De vervolgopleidingen zijn snel aan het veranderen. Er is echter nog niet veel systematisch onderzoek gedaan naar taken en activiteiten die arts-assistenten in de patiëntenzorg verrichten tijdens hun vervolgopleiding, terwijl die wel de kern van de opleiding vormen. Met dit onderzoek wordt dit voor het eerst systematisch gedaan.

#### *Onderzoeksgroep*

De enquête is verstuurd naar arts-assistenten in opleiding in de Noordelijke Opleidingsregio. De groep bestaat uit arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist, sociaal geneeskundige en huisarts.

#### *Anonimiteit*

Alle verstrekte informatie zal strikt vertrouwelijk en anoniem worden behandeld.

#### *Tijdstermijnen*

Wij willen u graag verzoeken bijgaande enquête in te vullen vóór vrijdag 30 april 2004. Instructies voor het invullen volgen voorafgaand aan de enquête.

*Hopelijk bent u op deze manier voldoende geïnformeerd. Voor meer informatie over het onderzoek verwijzen wij u naar de attachment. U kunt natuurlijk ook contact met ons opnemen.*

Start de enquête door op de onderstaande link te klikken. Indien aanklikken niet door het emailprogramma wordt ondersteund, kan de onderstaande link geselecteerd worden en handmatig in het Address veld van de Webbrowser geplaatst worden. Gebruik s.v.p. deze link:

[http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek\\_vervolgopleidingen](http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek_vervolgopleidingen)

Als u geïnteresseerd bent in een onderzoeksverslag kunt u uw e-mailadres sturen naar [a.r.ijedema@oo.azg.nl](mailto:a.r.ijedema@oo.azg.nl).

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Anna Yedema

## **Voordat de enquête start: Instructies voor het invullen van de enquête**

Twee belangrijke instructies voor het invullen van de enquête:

- 1 De vragen hebben betrekking op *uw huidige vervolgopleiding*
- 2 De vragen dienen *op basis van uw ervaringen TOT NU TOE* beantwoord te worden

NB: De vragen in de enquête gaan er vanuit dat u de basisvaardigheden van het medische beroep heeft geleerd tijdens de studie geneeskunde. De enquête richt zich op *de vervolgopleiding*.

*Opbouw van de enquête:*

De enquête begint met een aantal achtergrondvragen. Daarna volgen zes groepen taken/activiteiten: 'Consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken', 'contacten met patiënten, hun familie en bekenden', 'administratie en informatie-uitwisseling', 'samenwerken, begeleiden en organiseren', 'verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie' en 'leren en veranderen'.

Aan elke taak/activiteit zijn twee vragen verbonden.

A 'Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?'

B 'Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?'

Ad A: Hierbij kunt u *één antwoordmogelijkheid* invullen:

- Nooit
- Jaarlijks
- Maandelijks
- Wekelijks
- Dagelijks

De vraag: 'Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?', wordt bij elke eerste taak/activiteit van een groep uitgeschreven. Nadien worden alleen de antwoordmogelijkheden voor deze vraag gegeven.

NB: Wanneer u bij vraag A 'Nooit' hebt geantwoord, hoeft u logischerwijs geen antwoord te geven op vraag B.

Ad B: Hierbij kunt u *meerdere antwoordmogelijkheden* invullen:

- Docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag
- Gestructureerde patiëntenbespreking
- Supervisie door supervisor/opleider
- Zelfstudie
- De kunst afkijken
- Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's
- Door te doen (ervaren)

NB: Door de elektronische uitvoering van de enquête kregen vraag A en B steeds een eigen volgnummer. Daardoor komt het vragentotaal op 134, terwijl het gaat om slechts 60 taken/activiteiten!

Aan het eind van de enquête is er gelegenheid voor aanvullingen en opmerkingen.

Druk nu op 'Login' om de vragenlijst te starten.

### ***Mail 2: Extra uitleg voor de opleiders in reactie op hun vraag***

Geachte collega,

Mijn verzoek om medewerking bij de verspreiding van een enquête onder arts-assistenten heeft - o.a. van jouw kant - een aantal vragen opgeroepen. In deze mail een nadere toelichting. In de bijlagen vind je een exemplaar van de conceptenquête en een uitgebreidere toelichting op de wetenschappelijke aspecten van het onderzoek.

Een eerste doel van ons onderzoek is om een beter beeld te krijgen van de dagelijkse werkzaamheden (taken/activiteiten) van arts-assistenten. Die werkzaamheden vormen de kern van vervolgopleidingen en er is nog weinig onderzoek naar gedaan. De relevantie van onderzoek op dit gebied volgt o.a. uit de aandacht van het CCMS voor competenties. Competenties zijn verbonden met het verrichten van werkzaamheden (taken en activiteiten) in het kader van de beroepsuitoefening.

Een tweede doel is om een beter beeld te krijgen van de manier waarop assistenten leren om hun werkzaamheden te verrichten. Actueel onderwijskundig onderzoek laat zien dat in beroepssituaties formeel en informeel leren twee relevante en elkaar aanvullende manieren zijn waarop leren plaatsvindt. Ook hierover is op het gebied van vervolgopleidingen van medici nog geen onderzoek gedaan.

In z'n algemeenheid gaat het bij het beoogde onderzoek om een eerste oriëntatie en inventarisatie. Het onderzoek richt zich niet op kenmerken van individuele specialismen, maar op aspecten die in (vrijwel) alle vervolgopleidingen aan de orde zijn. In de resultaten zullen individuele specialismen uiteindelijk niet herkenbaar zijn.

Opleiders kunnen uiteraard een onderzoekverslag tegemoet zien. Voor geïnteresseerde opleiders zijn bovendien de resultaten voor hun specialisme beschikbaar.

De anonimiteit van de meewerkende arts-assistenten wordt uiteraard gewaarborgd.

Ik hoop met deze extra toelichting je vragen beantwoord te hebben en toestemming te krijgen om de enquête via je secretariaat te mogen laten verspreiden.

Met vriendelijke groet, Jan Pols, arts-onderwijskundige

### ***Mail 3: Extra uitleg voor de opleiders die gelijk akkoord gingen***

Geachte opleider,

Mede dankzij uw hulp zijn wij in staat geweest een groot aantal arts-assistenten in het AZG en de regio een enquête te sturen over hun taken en activiteiten.

Van een aantal opleiders kregen wij het verzoek om enige nadere toelichting. Die vindt u in deze mail. In de bijlagen vindt u een exemplaar van de enquête en een uitgebreidere toelichting op de wetenschappelijke aspecten van het onderzoek.

Een eerste doel van ons onderzoek is om een beter beeld te krijgen van de dagelijkse werkzaamheden (taken/activiteiten) van arts-assistenten. Die werkzaamheden vormen de kern van vervolgopleidingen en er is nog weinig systematisch onderzoek naar gedaan. De relevantie van onderzoek op dit gebied volgt o.a. uit de aandacht van het CCMS voor competenties. Competenties zijn verbonden met het verrichten van werkzaamheden (taken en activiteiten) in het kader van de beroepsuitoefening.

Een tweede doel is om een beter beeld te krijgen van de manier waarop assistenten leren om hun werkzaamheden te verrichten. Actueel onderwijskundig onderzoek laat zien dat in beroepssituaties formeel en informeel leren twee relevante en elkaar aanvullende manieren zijn waarop leren plaatsvindt. Ook hierover is op het gebied van vervolgopleidingen van medici weinig onderzoek gedaan.

In z'n algemeenheid gaat het bij het beoogde onderzoek om een eerste oriëntatie en inventarisatie. Het onderzoek richt zich niet op kenmerken van individuele specialismen, maar op aspecten die in (vrijwel) alle vervolgoopleidingen aan de orde zijn. In de resultaten zullen individuele specialismen uiteindelijk niet herkenbaar zijn.

Opleiders kunnen uiteraard een onderzoekverslag tegemoet zien. Voor geïnteresseerde opleiders zijn bovendien de resultaten voor hun specialisme beschikbaar.

De anonimiteit van de meewerkende arts-assistenten wordt uiteraard gewaarborgd.

Met vriendelijke groet, mede namens dr. J. Pols,

Anna Yedema

***Mail 4: Eerste herinneringsmail aan de secretariaten***

Geacht secretariaat,

Vorige week heeft u op ons verzoek een email doorgestuurd naar alle arts-assistenten die bij uw afdeling in opleiding zijn. In deze email werd tevens een herinneringsmail aangekondigd voor arts-assistenten. De herinneringsmail is opgenomen in deze email. Wilt u onderstaande tekst nog eenmaal doorsturen naar alle arts-assistenten in opleiding?

Hartelijk dank voor al uw medewerking!

Met vriendelijke groet, mede namens dr. J. Pols,

Anna Yedema

***Mail 4A: Eerste herinneringsmail aan de arts-assistenten***

Beste arts-assistent opleiding,

Vorige week hebben wij een email naar alle arts-assistenten in opleiding gestuurd. In deze email hebben wij uw medewerking gevraagd voor het invullen van een enquête. Met deze herinneringsbrief willen we u nogmaals aanmoedigen om de enquête in te vullen voor het geval u dat niet gedaan hebt.

Door de anonieme verwerking van de gegevens is het niet te achterhalen wie de enquête wel en niet ingevuld heeft. Als u de enquête al ingevuld heeft kunt u deze email dus als niet verzonden beschouwen.

Het invullen van de enquête duurt ongeveer 15 minuten. Wij willen u graag verzoeken bijgaande enquête vóór vrijdag 30 april 2004 in te vullen. Meer gegevens over het doel, het belang en de onderzoeksgroep van de enquête vindt u in de attachment. Als u geïnteresseerd bent in een onderzoeksverslag kunt u uw emailadres sturen naar a.r.ijedema@oo.azg.nl.

Start de enquête door op de onderstaande link te klikken. Indien aanklikken niet door het emailprogramma wordt

ondersteund, kan de onderstaande link geselecteerd worden en handmatig in het Address veld van de Webbrowser geplaatst worden. Gebruik s.v.p. deze link:

[http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek\\_vervolgopleidingen](http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek_vervolgopleidingen)

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet, Anna Yedema



### ***Mail 5: Tweede herinneringsmail aan de secretariaten***

Geacht secretariaat,

Eén a twee weken terug heb ik contact met u opgenomen met de vraag een mail én een herinneringsmail door te sturen naar alle arts-assistenten in opleiding binnen het vakgebied van uw afdeling. Op dit moment is de respons op de enquête 30%. Dat is mooi, maar eigenlijk nog niet genoeg. Ik zou de respons graag zien verhogen tot 60%. Om dat te bewerkstelligen zou ik nog één mail naar arts-assistenten willen sturen. Om de mail extra gewicht te geven, is die geschreven door mijn begeleider dr. Jan Pols.

Hopelijk wilt u nog éénmaal uw medewerking verlenen door de onderstaande mail door te sturen naar de arts-assistenten die in opleiding zijn binnen het vakgebied van uw afdeling (dus ook aan hen die hun stage op dit moment in een perifeer ziekenhuis lopen).

Met vriendelijke groet, mede namens Jan Pols,

Anna Yedema

### ***Mail 5A: Tweede herinneringsmail aan de arts-assistenten***

Geachte collega,

De komende jaren zullen veel vervolgoopleidingen aanzienlijk veranderen. Ze zullen doelmatiger en doelgerichter worden. Om dat te realiseren is zicht nodig op de werkzaamheden die arts-assistenten verrichten en hoe ze zich die eigen maken. Daarover is niet veel bekend. Met dit mailtje wil ik u nog éénmaal verzoeken uw medewerking te verlenen bij een eerste oriënterend onderzoek naar uw werkzaamheden. Uw medewerking bestaat uit het invullen van een enquête en kost u ongeveer vijftien minuten. Het onderzoek wordt onder mijn leiding en met instemming van uw opleiders uitgevoerd.

De reden om u opnieuw te benaderen, is dat de respons nu rond de 30% ligt. In verband met de betrouwbaarheid en de mogelijkheden voor subgroepanalyses willen we de respons graag vergroten.

In verband met de validiteit van de verkregen gegevens willen we zicht krijgen op de achtergronden van de non-respons. Dat laatste kan ons ook helpen bij toekomstig onderzoek. Mocht u de enquête niet verder invullen, stel ik het erg daarom op prijs als u wel de eerste vragen met basale gegevens over uw opleiding en uw *motief om verder niet mee te werken*, wilt beantwoorden.

#### **Concreet**

- Mocht u de enquête al hebben ingevuld, wilt u dan uw collegae vragen om dit ook te doen of in elk geval de eerste vragen te beantwoorden.
- Als u de enquête nog niet heeft ingevuld, wilt u dat alsnog doen.
- Wilt u niet meewerken, wilt u dan in elk geval de eerste vragen beantwoorden om ons in de gelegenheid te stellen de representativiteit van de responsgroep te beoordelen en iets te weten te komen over de motieven om niet mee te werken.

*U start de enquête door op de volgende link te klikken:*

[http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek\\_vervolgopleiding](http://isekwww.cowog.nl/online/onderzoek_vervolgopleiding)

*Indien aanklikken niet door uw e-mailprogramma wordt ondersteund, kan de link gekopieerd worden en handmatig in het Address-veld van uw Webbrowser geplaatst worden.*

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking! Met vriendelijke groet, Jan Pols

P.S. Naar aanleiding van vragen van enkele opleiders heb ik hen nadere informatie over het onderzoek gestuurd. Mocht u daarin geïnteresseerd zijn, dan vindt u die in de bijgevoegde bijlage.

## **Bijlage in de mail voor arts-assistenten:**

### *Achtergrond en doelstelling van het onderzoek*

Dit onderzoek wordt uitgevoerd naar aanleiding van het project ‘Innovatie Medische (vervolg)Opleidingen. Dit project biedt ondersteuning bij de realisatie van het medisch onderwijs- en opleidingscontinuüm in de Noordelijke Opleidingsregio.

Na de zesjarige studie geneeskunde volgen medici als arts-assistent een vervolgopleiding tot medisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige. Tijdens de vervolgopleiding maken arts-assistenten zich verschillende kennis en vaardigheden eigen om uiteindelijk zelfstandig hun beroep uit te kunnen oefenen. Deze kennis en vaardigheden stellen de arts-assistenten in staat om de noodzakelijke werkzaamheden (taken en activiteiten) uit te voeren.

Er is tot op heden nog niet veel systematisch onderzoek gedaan naar de taken en activiteiten die arts-assistenten hebben in hun vervolgopleiding. Daarnaast bestaat de indruk dat de formele (georganiseerde) opleidingsactiviteiten vooral gericht zijn op medisch-inhoudelijke taken en activiteiten. De andere taken en activiteiten lijken veelal op een informele (niet-georganiseerde) manier geleerd te worden.

Het doel van dit onderzoek is het expliciteren van het ‘ervaren curriculum’ van arts-assistenten in opleiding. Het ervaren curriculum weerspiegelt de manier waarop arts-assistenten het gehele onderwijsproces ervaren. In dit onderzoek is het onderwijsproces toegespitst op taken en activiteiten van arts-assistenten en de manier waarop ze zich die eigen maken. Met de resultaten wordt een eerste systematische beschrijving gegeven van de taken en activiteiten van arts-assistenten. Daarnaast wordt een beter beeld gekregen van de manier waarop arts-assistenten leren om hun werkzaamheden uit te voeren. Het onderzoek levert daarmee informatie op die gebruikt kan worden bij de discussie over inhoud en vormgeving van vervolgopleidingen.

### *Vraagstelling*

De onderzoeksvraag luidt: ‘Uit welke aspecten bestaat het ervaren curriculum van de medische vervolgopleidingen wat betreft de inhoud en de vorm?’ Om deze onderzoeksvraag te beantwoorden zijn twee deelvragen opgesteld:

- 1 Welke taken en activiteiten hebben arts-assistenten tijdens een medische vervolgopleiding?
- 2 Op welke manier – formeel en/of informeel – wordt het leerproces rond deze taken en activiteiten ondersteund?

### *Methode*

Het onderzoek is beschrijvend en explorerend van aard. De gebruikte methoden zijn observaties, interviews en een enquête. Door middel van observaties en daarop volgende interviews is een overzicht ontstaan van taken en activiteiten en leerwijzen die arts-assistenten hebben. Op basis van deze observaties en interviews is een enquête ontwikkeld die voorgelegd wordt aan alle arts-assistenten in de Noordelijke Opleidingsregio.

Als theoretische basis voor de ontwikkeling van de enquête is gebruik gemaakt van een breed geaccepteerd beroepscompetentiemodel. Dit model gaat er vanuit dat mensen – arts-assistenten – om in een beroep te kunnen functioneren, moeten beschikken over zeven beroepscompetenties, te weten: vakmatige, methodische, bestuurlijk-organisatorische, strategische, sociaal-communicatieve, normatief-culturele en leer- en vormgevingscompetenties. Met behulp van deze zeven competenties zijn taken en activiteiten zo volledig mogelijk beschreven.

---

Onderzoeker	Anna Yedema, studente andragogiek, stagiair stafgroep Organisatie & Ontwikkeling
Telefoon	050 – 361 97 02
E-mail	<a href="mailto:a.r.ijedema@oo.azg.nl">a.r.ijedema@oo.azg.nl</a>
Begeleider	Jan Pols, arts-onderwijskundige, stafmedewerker stafgroep Organisatie & Ontwikkeling
Telefoon	050 – 361 16 09
Email	<a href="mailto:j.pols@oo.azg.nl">j.pols@oo.azg.nl</a>

## **Bijlage in de mail voor opleiders en bij de tweede reminder ook voor arts-assistenten:**

### **Het ervaren curriculum van arts-assistenten**

#### *Achtergrond en wetenschappelijke relevantie*

Het onderzoek sluit aan bij de actuele tendens in het (beroeps)onderwijs om doelstellingen voor het onderwijs te formuleren in termen van competenties. Dat wordt allereerst gezien als manier om doelstellingen beter aan te laten sluiten bij de realiteit van de beroepsuitoefening. Het CCMS volgt met de ‘Algemene Competenties van de Medisch Specialist’ deze ontwikkeling.(1)

Vanuit een wetenschappelijk perspectief kleven er diverse problemen aan het gebruik van competenties. Een voorbeeld daarvan is dat – zoals ook het CCMS aangeeft – competenties in de dagelijkse praktijk niet geïsoleerd worden toegepast. Competenties worden in samenhang gebruikt bij het uitvoeren van de taken en activiteiten die het beroep vraagt.(2) Daardoor rijst de vraag welke taken en activiteiten het beroep van arts kent. Over dat onderwerp bestaat weinig wetenschappelijk onderzoek dat zich richt op de algemene (disciplineoverstijgende) taken en activiteiten.(1)

Het onderzoek sluit ook aan bij de actuele aandacht die er bestaat voor de manier waarop (beginnend) professionals – zoals arts-assistenten - leren van en door het werk dat zij doen. Daarbij blijkt niet alleen het geformaliseerde leren door bewust geplande onderwijsactiviteiten van belang te zijn. Het informele leren dat plaatsvindt door deelname aan het arbeidsproces wordt steeds meer gezien als een belangrijke en onmisbare manier van leren.(3)

#### *Doel*

Met het onderzoek vindt een eerste systematische inventarisatie plaats van taken en activiteiten van arts-assistenten en van de manier waarop zij zich die via een meer formeel of meer informeel leerproces eigen maken. Daarmee wordt een basis gelegd voor vervolgonderzoek. Daarnaast kunnen de resultaten bijdragen aan de operationalisering van de ‘Algemene Competenties van de Medisch Specialist’ en de curriculumontwikkeling voor individuele vervolgoopleidingen.

#### *Ontwikkelen enquête*

De enquête is ontwikkeld op basis van observaties van 7 arts-assistenten tijdens hun dagelijkse werkzaamheden en interviews daarover. De arts-assistenten zijn dusdanig gekozen dat hun vervolgoopleidingen passen binnen een eerder ontwikkelde clustering van bij elkaar passende disciplines.(1)

De resultaten zijn door middel van een inhoudsanalyse gekoppeld aan competentiegebieden uit een wetenschappelijk goed gefundeerd model waarin beschreven wordt welke competenties noodzakelijk zijn om werk te kunnen verrichten (4) (Een model dat o.a. ook is gebruikt bij de ontwikkeling van het Raamcurriculum huisartsgeneeskunde). Het resultaat is vergeleken met beschrijvingen uit andere bronnen (o.a. basistakenpakket van de huisarts en een taakobservatielijst die ontwikkeld werd bij kindergeneeskunde AZG).

De resulterende enquête is o.a. voorgelegd aan 7 arts-assistenten en aan de hand van hun opmerkingen verder aangepast.

#### *REFERENTIES*

1. Pols J. De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde. Verkenningen op het gebied van chronisch zieken. 2002. Rijksuniversiteit Groningen.
2. CCMS. Algemene competenties van de medisch specialist; concept van 8 oktober 2003. 2003.
3. Bolhuis S. Professioneel leren: wat is het en hoe bevorderen we het? Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2002;172-81.
4. Onstenk JHAM. Lerend leren werken: brede vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren. 1997. Delft: Eburon.

## **Bijlage 5: Voorbeeld clustering taken van een revalidatie-arts**

### ***Vakmatig competentie***

#### *1 Praktisch technische competentie*

- protocol van vragen aan patiënten stellen
- lichamelijk onderzoek doen (gradenmeter, voelen en kijken, armbewegingen laten maken)
- voorbereiden op het spreekuur of op het consult (status doorlezen + Poliplus)
- beleid uitschrijven
- aanvullend onderzoek aanvragen (röntgenfoto)
- doorverwijzen naar een andere specialist of behandelaar
- adviseren (pre-operatief)
- meedenken in een team over de toekomst van een patiënt, revalidatieplan opstellen
- omgaan met de verschillende mening van andere specialisten, met verwarrende statussen
- eigen conclusies kunnen trekken uit het lichamelijk onderzoek
- preoperatief een patiënt zien

#### *2 Omgangsvaardigheden*

- overhalen van een patiënt
- uitleg geven van het probleem of van de oorzaak van de pijn (mbv wervelkolom)
- mogelijkheden geven en de patiënt de keuze laten
- vraag van de patiënt goed begrijpen

#### *3 Informatie- en symboolverwerkende vaardigheden*

- administratie bijhouden (verwijsbrieven, statussen bijhouden, kopiëren)
- formulieren voor patiënten invullen voor het maken van bijvoorbeeld een röntgenfoto.
- overleggen met schoenmaker en therapeuten
- informatieoverdracht met collega's
- overdragen en uitwisselen van informatie
- opbellen van andere specialisten tussendoor om uitleg te vragen
- foto's laten zien aan een orthopeed
- gespecialiseerd spreekuren – intercollegiaal. Dit wordt relatief veel gedaan.
- kunnen werken met Poliplus (diagnose opzoeken)

### ***Methodische competentie***

- tussen de patiënten door zelf bepalen wat je gaat doen: alvast een brief dicteren, voorbereiden volgende spreekuur, een consult doen, uitloop van patiënten, koffiepauze houden, met poliplus stoeien
- planning voor de consulten 's middags maken
- zelf bepalen wanneer je gaat lunchen, ook weer afstemmen met collega's in verband met gezamenlijke lunch
- onverwacht een spreekuur van een collega overnemen
- eigen onderzoek regelen
- overgebleven administratief werk in je vrije tijd doen
- het werk afstemmen met andere arts-assistenten, zoveel mogelijk één arts-assistent aanwijzen voor één bepaalde groep patiënten
- eigen bevindingen op de deur plakken
- overleggen met de supervisor waardoor je soms uitloop van je spreekuur krijgt. Deze uitlooptijd moet je zelf weer zien in te halen.
- 's middags heb je wat meer vrijheid, je kan dan ook literatuurstudie gaan doen of consulten, dicteerwerk of voorbereiden van de poli van de volgende dag. *Dit is helemaal afhankelijk van de hoeveelheid werk die er ligt.*
- in het derde jaar moet je wat meer je eigen planning kunnen maken, daarvoor is er meer een stramien. In het vierde jaar ben je een half jaar supervisor en dan is je programma ook weer wat gedicterder. *Je kunt dan wat minder makkelijk je eigen tijd indelen. Je hebt speciale spreekuren, multidisciplinaire spreekuren en je eigen polikliniek.* Je hebt wat meer met de organisatie van bepaalde dingen te maken en je draagt meer verantwoordelijkheid.

### ***Bestuurlijk-organisatorische competentie***

- superviseren
- omgaan met opgelegde veranderingen in je eigen dagplanning (voorbeeld overnemen van de een spreekuur van je collega)
- omgaan met het stramien waarin je 's ochtends werkt (spreekuren draaien)
- naar de ochtendbesprekingen gaan (daar worden consulten besproken)
- op tijd aanwezig zijn bij de vaste overleggen
- omgaan met de tijd die je hebt voor een spreekuur (20 minuten voor een 'herhalingspatiënt en 40 minuten voor een 'nieuwe' patiënt)
- beslissen om een nieuwe patiënt niet met je supervisor kort te sluiten, om zo je eigen tijd weer in te halen

### ***Strategische competentie***

- omgaan met de hiërarchie van een afdeling
- om kunnen gaan met het delegeren en controleren van de hoofden van de afdeling
- om kunnen gaan met je positie als arts-assistent – *je zit er wat tussenin*
- bepaalde taken kunnen delegeren aan secretaresses
- in de introductieperiode kennis maken met de belangrijkste disciplinegroep
- dienstrooster geeft duidelijk aan wie waar verantwoordelijk voor is
- bekendheid krijgen bij andere specialisten, maar dat is vooral een taak voor de opleiders
- iets wat niet op het revalidatiegebied ligt bespreken tijdens het ochtendrapport en beslissen of je daar wel of niet wat mee moet

### ***Sociaal-communicatieve competentie***

- overleg plegen met andere afdelingen (afspraken maken, patiënten zien)
- overleggen met andere arts-assistenten op andere afdelingen (statussen lezen en röntgenfoto's zien van de patiënt)
- beleid van een patiënt afstemmen met de schoenmaker
- werken met andere teams
- feedback op collega's geven en ermee omgaan
- omgaan met de verschillende mening van bijvoorbeeld een radioloog en een orthopeed – *als het echt tegenstrijdige meningen zijn, dan ga je met je supervisor overleggen. Of je confronteert de andere specialist met de mening van de ene specialist.*

### ***Normatief-culturele competentie***

- omgaan met het idee dat je werk voorop staat
- keuzes maken tussen je werk en je privé-leven
- omgaan met de gedragsregels die er bestaan binnen het werk en de afdeling (eerlijk het werk verdelen, collegiaal opstellen)
- duidelijk je grenzen afbakenen – *duidelijk stellen wat onder het revalidatiepakket valt en wat daar niet meer onder valt.*
- keuzes maken die voortkomen uit de thuissituatie
- mee naar de balie lopen om te ponsen en daar een hand te geven – *het is netter om een hand te geven in de behandelkamer, maar soms loopt het even zo.*
- beroepshouding: *je hebt een bepaalde houding ten opzichte van je medemens, het moet ook een deel van je persoonlijkheid zijn. Binnen de medische sector heb je altijd met patiënten te maken en je moet DUS op een bepaalde manier tegenover mensen in het algemeen en patiënten in het bijzonder staan. Met voldoende respect voor de medemens.*
- er zijn wel duidelijk verschillende merkbaar qua cultuur: De revalidatie is heel divers, ze worden op verschillende werkvlakken binnen de medische beroepen ingeschakeld. Je hebt een soort helikopterview, de mens in zijn geheel bekijken, in zijn systeem.
- kenmerkend voor de revalidatie is de *multidisciplinaire aanpak*
- juist wel een hechte groep door die verscheidenheid

- in het AZG ben je eigenlijk een marionet/kameleon, je hebt minder autonomie en alles gebeurt volgens vaststaande regels.

### ***Leer- en vormgevingscompetenties***

#### *1 Leercompetenties*

- eigen idee nachecken en bevestigen bij de supervisor
- overleggen met de supervisor met betrekking tot een bepaalde procedure
- vraag krijgen van een supervisor, zoals kan hij zijn arm nog op die manier bewegen?
- meedenken over de vragen van andere arts-assistenten
- reflecteren op je kennislacunes op momenten dat je met een patiënt bezig bent of dat je voorziet dat je een patiënt krijgt met een probleem dat tot dan toe onvoldoend bekende is bij jou
- gebruik maken van leerboeken, supervisor (meest makkelijke), richtlijnen, artikelen, PubMed. Anders samen met de supervisor uitzoeken
- casusgebonden lacunes kom je makkelijker aan toe – *terwijl je bezig bent krijg je wel dingen onder ogen die je nog niet zo goed weet en waar je wat aan wilt gaan doen.*
- in zijn geheel zijn er natuurlijk ook lacunes, *dan neem je wel voor om bepaalde dingen door te nemen, maar dat wordt vaak op de lange baan geschoven.*
- lacunes enigszins verminderen door bijvoorbeeld ergens stage te gaan lopen waar je nog niet zoveel vanaf weet
- *hoe verder dat je in de studie bent, hoe meer overzicht je krijgt*

#### *2 Vormgevingscompetenties*

- **Individueel:** Op eigen initiatief andere stages gaan lopen, contacten maken en hebben met andere specialisten en daar mee gaan lopen en bij operaties gaan kijken.
- **Team:** Uitkomsten van je eigen onderzoek bieden richtlijnen voor andere specialisten.
- **Organisatie:** Communicatielijn tussen de therapeuten en de revalidatie-arts als consulent verbeteren.
- **Beroep:** Het is nog een jong vak en er kunnen dus nieuwe taken bij komen in de loop van de tijd, zoals het pre-operatief zien van patiënten. De revalidatie zal zich duidelijk naar buiten toe moeten profileren. Je kunt wel meer je eigen accenten gaan leggen.

## Bijlage 6: Onderverdeling van taken in het model van Onstenk

### *Vakmatige competentie*

#### *1 Praktisch-technische competentie*

- voorbereiden op het consult/spreekuur/visite
- consult/spreekuur/visite doen:
  - o hulpvraagverheldering (volgorde van vragen stellen, uitvragen van symptomen en verschijnselen, signalering van ziekte van een patiënt)
  - o uitvoeren van lichamelijk onderzoek bij patiënt (keel, schouder, enkel, enz.)
  - o beleid voor een patiënt bepalen
  - o uitvoeren van aanvullende onderzoek (echo, bloedwaarde opmeten, MRI maken)
  - o uitvoeren van diagnostisch beleid (prikken, uitspuiten van oren, opereren, enz.)
  - o beoordelen van de uitslag van de uitkomst van het gebruikte hulpmiddel (MRI)
- bepalen waar de grenzen van je eigen competentie liggen en daar naar handelen:
  - o andere specialisten in consult vragen of de patiënt verwijzen naar een andere specialist en je ook baseren op het advies van een andere specialist
  - o een patiënt naar huis sturen
  - o een supervisor erbij roepen en hem de eindverantwoordelijkheid geven
- verantwoordelijkheid nemen en afleggen voor je handelen
  - o verantwoording afleggen voor je handelen tegenover de patiënten (soms ben jij degene die iemand ontslaat waardoor hij op straat terecht komt)
  - o de verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt, dus als arts moet je niet alles voor een patiënt willen doen. Mogelijkheden noemen en een beleid maken, maar vervolgens moet de patiënt zelf keuzes maken
  - o duidelijk je grenzen afbakenen tegenover je patiënten
- adequaat ingrijpen wanneer het mis dreigt te gaan

#### *2 Omgangsvaardigheden*

- rol/houding tegenover de patiënt duidelijk voor ogen hebben en deze wanneer nodig expliciteren:
  - o klachten van patiënten serieus nemen
  - o patiënten op een gelijke manier bejegenen
  - o opvoedende en voorlichtende functie vervullen tegenover je patiënt
  - o je aanpassen aan de patiënt die je voor je hebt
- gesprekken voeren met patiënten:
  - o uitvoeren van therapeutisch beleid
  - o oplossingen/scenario's met patiënten bespreken
  - o uitslagen doornemen
  - o slecht nieuws brengen
  - o verkooptechnieken toepassen
  - o advisering kunnen geven aan de patiënt
  - o in gewone mensentaal kunnen praten met de patiënten
  - o samenvatting kunnen geven van het verhaal van de patiënt
  - o begrip tonen, stiltes laten vallen, medeleven tonen en geruststellen van de patiënt
  - o gehoor geven aan de wensen van een patiënt
  - o openheid voor de patiënt en hem de ruimte geven voor zijn verhaal en zijn vragen
- omgaan met de familie, met kinderen, met patiënten die collega's van je zijn, met asielzoekers met tolken
- op een informele manier met de patiënten omgaan tijdens een koffiepauze
- aanbevelingen van de patiënt over je werkwijze aanhoren en er eventueel wat mee doen
- omgaan met mensen die psychische problemen hebben, maar ook om kunnen gaan met mensen die lichamelijke problemen hebben.
- evenwichtig in het vak staan
- je persoonlijkheid gebruiken als instrument voor je werk

### *3 Informatie- en symboolbewerkende vaardigheden*

- vakinhoudelijke kennis hebben en kunnen toepassen (bijvoorbeeld de wetgeving)
- werken met formulieren (bijvoorbeeld recepten uitschrijven)
- (ontslag)brieven schrijven en (ontslag)brieven dicteren
- mail en postvakje checken
- (gegevens) (ver)werken met computerprogramma's
- verslaglegging doen van een gesprek met de patiënt/intakeverslagen schrijven
- dossiers/mappen bijhouden van een patiënt
- verslaglegging van een vergadering
- bellen met een patiënt om de uitslag van een onderzoek door te geven
- onderzoek aanvragen voor een patiënt, telefonisch of schriftelijk
- bedrijfsbezoeken doen en informatie uitwisselen over een bepaalde patiënt
- kunnen communiceren met andere instellingen

### *Methodische competentie*

- lange termijn planning maken: stageschema opstellen voor de gehele opleiding
- korte termijn planning maken
  - o je eigen planning maken voor de dag/week (dicteerwerk, consulten, voorbereiden van de poli van de volgende dag, literatuurstudie)
  - o je eigen geplande dingen die dag/week ook af krijgen
  - o invulling geven aan de 'vrije ruimte' binnen het werk (tussen de patiënten door kun je zelf bepalen wat je gaat doen: alvast een brief dicteren, voorbereiden van het volgend spreekuur, een consult doen, uitloop incalculeren van patiënten, koffiepauze houden, met poliplus stoeien, lunchen)
- op eigen initiatief problemen oplossen die te maken hebben met de planning (overgebleven (administratief) werk in je vrije tijd doen)
- flexibel zijn in je eigen gemaakte planning

### *Bestuurlijk-organisatorische competentie*

- omgaan met de regels en wetten die uit de maatschappij (omgeving) komen
- omgaan met de planning van de vaste bijeenkomsten van het werk (zoals overdrachtmomenten, overlegmomenten, spreekuren, patiëntenbesprekingen, onderwijsdagen). Dus op tijd aanwezig zijn bij besprekingen of besluiten om niet naar een vast overleg te gaan. Omgaan met de tijd die je hebt voor een spreekuur (20 – 40 minuten).
- omgaan met opgelegde veranderingen in je planning van het werk (overnemen van het spreekuur van je collega). Beslissen om een nieuwe patiënt niet met je supervisor kort te sluiten (wat eigenlijk wel zo hoort), opdat je je eigen tijd weer kan inhalen (soms moet je namelijk wel drie kwartier wachten op een gesprek).
- leiding kunnen geven aan een team
- superviseren van co-assistenten of andere arts-assistenten

### *Strategische competentie*

- je eigen specialisme tegenover andere specialismen afbakenen
- omgaan met de positie die je als arts-assistent hebt binnen de afdeling
- omgaan met de (hiërarchische) structuur van een bepaalde afdeling
- omgaan met beslissingen die van hogere hand worden genomen
- zelf bepaalde taken delegeren aan bijvoorbeeld secretaresses

### *Sociaal-communicatieve competentie*

- feedback op collega's en supervisoren/opleiders geven
- omgaan met kritiek op jouw handelen
- overdracht van informatie (gegevens ontvangen en verwerken)



- inhoudelijk samenwerken met collega's: duidelijke afspraken maken onderling, afstemmen wie waar heen gaat, overleg plegen (v.b. de schoenmaker, pastors en supervisors/opleiders, andere afdelingen)
- in een team werken, om kunnen omgaan met meningsverschillen tussen jou en je collega's of tussen collega's onderling
- organisatorisch samenwerken met secretaresses

### ***Normatief-culturele competentie en habitus***

- omgaan met de cultuur die er op een afdeling heerst (v.b. wel of geen grapjes maken over de patiënten, eerlijk het werk verdelen, collegiaal opstellen)
- de visie van de organisatie uitdragen
- betrokkenheid tonen bij het werk
- persoonlijkheid gebruiken als grondslag voor de manier van werken
- werk en privé met elkaar combineren

### ***Leer- en vormgevingscompetentie***

#### *1 Leercompetenties*

- lacunes waarnemen (kennis, vaardigheden, gedrag): kunnen reflecteren op je gewoontes (je moet beseffen dat er best wel veel opleidingsmomenten zijn in een week, maar die zijn tot een gewoonte geworden), kritische vragen stellen en beantwoorden, discussiëren en reflecteren samen met de supervisor/opleider/collega's
- persoonlijke leerdoelen formuleren in de vorm van een leerplan opstellen
- aanbod afstemmen op de leerdoelen: eigen initiatief nemen in het volgen van cursussen en conferenties, opleiding aan laten sluiten op je persoonlijke leerdoelen, naslagwerken gebruiken en de literatuur van je vak bijhouden (artikelen op PubMed), lacunes enigszins verminderen door bijvoorbeeld ergens stage te gaan lopen waar je nog niet zoveel vanaf weet, feedback vragen aan collega's/supervisors/opleiders

#### *2 Vormgevingcompetenties*

- individueel niveau: op eigen initiatief andere stages lopen, contacten hebben met andere specialisten en met hun meelopen en meekijken bij operaties
- teamniveau: verandering doorvoeren in de werkwijze van een poli(team), afdeling, multidisciplinair team (komt tot uitdrukking in het geven van lessen aan arts-assistenten of andere collega's). Uitkomsten van je onderzoek gebruiken als richtlijnen voor de werkwijze van een groep medische specialisten.
- organisatieniveau: bijvoorbeeld afdeling- en ziekenhuisveranderingen doorvoeren. Communicatielijnen tussen de bepaalde personen verbeteren.
- beroepsniveau: vooral bij een jong vak kunnen er nieuwe taken bij komen in de loop van de tijd, zoals het pre-operatief zien van patiënten bij de revalidatie-arts.

## Bijlage 7: Uitleg beroepscompetentiemodellen en taakindelingen

### **Beroepscompetentiemodellen**

In 'Het basispakket van de gynaecoloog' (Doorn, e.a., 1999) wordt het werk onderverdeeld in vijf aspecten:

- 1 Persoonlijke aspecten: Voor de gynaecoloog zijn, om goed te kunnen functioneren, met name sociale en communicatieve vaardigheden van belang.
- 2 Kennis en vaardigheden: Als basis zijn kennis en vaardigheden vereist.
- 3 Diagnostische vaardigheden: De gynaecoloog moet diagnostische vaardigheden beheersen, zoals algemeen gynaecologisch onderzoek, echoscopisch onderzoek, enz.
- 4 Operatieve vaardigheden: De gynaecoloog beheerst zowel verloskundige als gynaecologische operatieve verrichtingen.
- 5 Samenwerkingsverband: De gynaecoloog is lid van een samenwerkingsverband, c.q. maatschap, vakgroep, praktijk, afdeling of staf. De gynaecoloog zal zich o.a. inzicht verwerven in de organisatorische, financiële en kwalitatieve aspecten van de praktijkvoering.

Hierbij kan gelijk opgemerkt worden dat kennis en vaardigheden (aspect 2) competentie-elementen zijn. De andere aspecten zijn wel te vergelijken met de beroepscompetenties van het model van Onstenk.

Een andere onderverdeling wordt door 'Het Raamplan Artsenopleiding 2001' (Metz, e.a., 2001) gemaakt. In dit Raamplan worden de algemene eindtermen beschreven, gericht op het functioneren als arts. Het functioneren als een goed arts heeft dit Raamplan toegespitst op vier thema's:

- 1 Medische aspecten
- 2 Wetenschappelijke aspecten
- 3 Persoonlijke aspecten
- 4 Aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidssysteem

In de 'Notitie modernisering' (Bleker, e.a., 2003) zijn zeven competentiegebieden ontwikkeld voor artsen, op basis van de CanMEDS-rollen. Samengevat zijn dit:

- 1 Medisch handelen: Dit vormt het centrale competentiegebied dat gebruik maakt van overige competenties. Medisch handelen in enge zin is gericht op vakdeskundige expertise.
- 2 Communicatie: De specialist verschaft in juiste, begrijpelijke en empathische bewoordingen een patiënt de noodzakelijke informatie. Hij of zij kan in beknopte termen mondeling en schriftelijk verslag doen van een ziektecasus met formulering van (voorlopige) conclusies en resterende vragen ten aanzien van diagnostiek, behandeling en zorgverlening.
- 3 Samenwerking: De specialist toont de eigen beperkingen in kennis, vaardigheden en ervaring te beseffen. Hij of zij heeft inzicht in de consequenties van het eigen handelen voor andere betrokken professionals rond de patiëntenzorg van de patiënt en functioneert goed in teamverband.
- 4 Kennis en wetenschap: De specialist kan de vele wetenschappelijke aspecten zoals die zijn verweven met de klinische praktijk onderkennen, kritisch beschouwen en waar mogelijk op basis van eigen waarneming en ervaring komen tot vragen voor wetenschappelijk onderzoek en doet aan bij- en nascholing van zich zelf en andere, conform hedendaagse opvattingen betreffende educatie, kwaliteitszorg en (continu) professionele ontwikkeling.
- 5 Maatschappelijk handelen: Specialisten zijn onderdeel van de maatschappij en moeten zich bewust zijn van hun rol als behartigers van het belang van de volksgezondheid, als reactie op de uitdagingen die gesteld worden door de sociale, milieu- en biologische factoren die de gezondheid van patiënten en samenleving beïnvloeden.
- 6 Organisatie: Specialisten functioneren als manager in hun dagelijks beslissingen over taken, beleid, medewerkers en middelen. Ze doen dit in het kader van individuele patiëntenzorg, praktijkorganisaties, en in bredere context van het gezondheidssysteem. Specialisten zijn beschikbaar voor de positie van leider binnen de context van de gezondheidszorgorganisatie. De specialist overziet in deze positie de vele bijkomende belangen en aspecten die in de patiëntenzorg spelen en weet hiermee op ethisch, juridisch en economisch verantwoorde wijze om te gaan.

- 7 Professionaliteit: De specialist kan zich voor het goede verstaan van de patiënt inleven in diens vragen, cultuur en levensomstandigheden, maar weet de eigen gevoelens en waarden te onderkennen en deze te scheiden van de patiënt. Hij of zij overziet de complexiteit van de begeleiding van patiënten in hun levenseinde en handelt daarin adequaat. Hij of zij reflecteert kritisch op de eigen competentie en professionaliteit (*Bleker & Plasmans, 2003*).

### **Taakindelingen**

In 'Coachen op resultaat en gedrag' (*Broerse, e.a., 1998*) wordt gebruik gemaakt van gedragsdefinities. De gedragsdefinities zijn eigenlijk gericht op leidinggevendenden die hun medewerkers willen ondersteunen bij het verbeteren van resultaten. Een volledig overzicht van de gedragsdefinities volgt hieronder:

- 1 Leiding geven: bestaat uit groepsgericht leiding geven, individugericht leidinggeven, coachen, plannen en organiseren, delegeren, overtuigingskrach en voortgangscntrole
- 2 Besluiten: bestaat uit creativiteit, visie, probleemanalyse, omgevingsbewustzijn, organisatiesensitiviteit, oordeelsvorming en besluitvaardigheid
- 3 Communiceren: bestaat uit luisteren, sensitiviteit, mondeling communiceren, schriftelijk communiceren, presentatie, sociabiliteit, samenwerken en onderhandelen
- 4 Inpassen: bestaat uit organisatieloyaliteit, aanpassingsvermogen, flexibel gedrag, initiatief, klantgerichtheid, discipline, inzet en stressbestendigheid
- 5 Zich inzetten: bestaat uit ambitie, leervermogen, durf, energie, integriteit, onafhankelijkheid, vasthoudendheid en ondernemen

In observaties bij kindergeneeskunde (*Rozema, 2002*) naar de oneigenlijke taken van arts-assistenten, komen de volgende taken naar voren:

- 1 Patiëntenzorg (waaronder communicatie met patiënt en familie)
- 2 Administratie
- 3 Overleg
- 4 Telefoneren
- 5 Overige activiteiten

'Het Raamplan Artsenopleiding 2001' (*Metz, e.a., 2001*) heeft de volgende onderverdeling gemaakt van vaardigheden, oftewel taken:

- 1 Anamnese
- 2 Lichamelijk onderzoek
- 3 Vaardigheden ten behoeve van aanvullende diagnostiek
- 4 Therapeutische vaardigheden
- 5 Communicatie en verslaglegging
- 6 Sociale geneeskunde (zoals preventie, herkennen van riskant gedrag en leefstijl, verrichten van gerichte keuringen, beoordelen ziekteverzuim, verrichten van omgevingsonderzoek)

## Bijlage 8: De taken en activiteiten voor de enquête verwerkt in het model van Onstenk

Competentiedomein	Taken en activiteiten
<p><b>1 Vakmatige competentie</b></p> <p><i>1.1 Praktisch technische competentie</i></p>	<p>1 voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek</p> <p>2 consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem</p> <p>3 consulten doen bij patiënten met acute problematiek</p> <p>4 consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek</p> <p>5 de hulpvraag van een patiënt verhelderen</p> <p>6 klachtgerichte anamnese afnemen</p> <p>7 een algemene anamnese (screening) uitvoeren</p> <p>8 lichamelijk onderzoek uitvoeren</p> <p>9 therapeutisch beleid uitvoeren</p> <p>10 diensten doen</p> <p>11 periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren</p> <p>12 medische verrichtingen uitvoeren</p> <p>13 ingrepen/operaties voorbereiden</p> <p>14 ingrepen/operaties uitvoeren</p>
<p><i>1.2 Omgangsvaardigheden</i></p>	<p>15 mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten</p> <p>16 omgaan met ongewenst gedrag van patiënten</p> <p>17 tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten</p> <p>18 slecht nieuw gesprekken voeren met patiënten</p> <p>19 gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming</p> <p>20 gesprekken voeren met patiënten over euthanasie</p> <p>21 gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten</p>
<p><i>1.3 Informatie- en symboolbewerkende vaardigheden</i></p>	<p>22 aanvullend onderzoek aanvragen</p> <p>23 de resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren</p> <p>24 een (andere) specialist in consult vragen</p> <p>25 beleid opstellen voor een patiënt</p> <p>26 het medisch dossier van patiënten bijhouden</p> <p>27 patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma</p> <p>28 de opname van een patiënt regelen</p> <p>29 brieven schrijven en/of dicteren</p> <p>30 formulieren invullen en/of ondertekenen</p> <p>31 voorbereiden van een patiëntenoverdracht</p> <p>32 zelf een patiënt overdragen</p>

<b>2 Methodische competentie</b>	33 binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden 34 omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien
<b>3 Bestuurlijk-organisatorische competentie</b>	35 jongerejaars arts-assistenten superviseren 36 co-assistenten superviseren 37 leiding geven aan een team 38 leiding geven aan een afdeling/praktijk
<b>4 Strategische competentie</b>	39 de grenzen van mijn specialisme bewaken 40 bij het bereiken van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen
<b>5 Sociaal-communicatieve competentie</b>	41 feedback geven op het handelen van collega's 42 met feedback omgaan die ik van collega's krijg 43 samenwerken in een multidisciplinair team 44 samenwerken met verpleegkundigen 45 samenwerken met paramedici 46 samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten 47 samenwerken met ondersteunend personeel 48 de planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's
<b>6 Normatief-culturele competentie</b>	49 mij aanpassen aan een nieuwe werkomgeving 50 mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk 51 privé en werk van elkaar scheiden
<b>7 Leer- en vormgevingscompetentie</b> <i>7.1 Leercompetenties</i>  <i>7.2 Vormgevingscompetentie</i>	52 een referaat houden 53 een artikel schrijven 54 onderzoek doen 55 zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen 56 zorgen dat ik lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul  57 lesgeven aan arts-assistenten 58 lesgeven aan co-assistenten 59 veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving
<b>Totaal</b>	<b>59 taken en activiteiten</b>

## Bijlage 9: Enquête

- 1 Wat is uw geslacht : man / vrouw
- 2 Wat is uw leeftijd? : .. jaar
- 3 Welke vervolgopleiding doet u? : .....
- 4 Bent u voltijd of deeltijd in opleiding? : voltijd / deeltijd
- 5 In welk opleidingsjaar zit u?
  - 1e jaar
  - 2e jaar
  - 3e jaar
  - 4e jaar
  - 5e jaar
  - 6e jaar
- 6 Aan welke universiteit heeft u geneeskunde gestudeerd?
  - Rijksuniversiteit Groningen
  - AMC/UvA, Amsterdam
  - Vrije Universiteit, Amsterdam
  - Universiteit Leiden
  - Erasmus Universiteit Rotterdam
  - Universiteit Maastricht
  - Katholieke Universiteit Nijmegen
  - Universiteit Utrecht
  - Anders, namelijk: .....
- 7 Hoeveel tijd is er verlopen tussen het behalen van uw artsenbul en de start van uw huidige vervolgopleiding?
  - 0 tot 1 jaar
  - 1 tot 2 jaar
  - 2 tot 3 jaar
  - 3 tot 4 jaar
  - 4 tot 5 jaar
  - 5 tot 6 jaar
  - > 6 jaar
- 8 Wat voor werk heeft u in deze periode gedaan?
  - Arts-assistent niet in opleiding
  - Onderzoek gedaan
  - Onderwijs gegeven
  - Andere vervolgopleiding gedaan
  - Overige

Bij elke 'taak' worden twee vragen gesteld:

### A 'Hoe vaak voert u deze taak/activiteit uit?'

1. Nooit
2. Jaarlijks
3. Maandelijks
4. Wekelijks
5. Dagelijks

### B 'Waar heeft u gebruik van gemaakt om deze taak/activiteit te leren uitvoeren?'

1. Docentgebonden cursorisch onderwijs / terugkomdag
2. Gestructureerde patiëntenbespreking
3. Supervisie door supervisor/opleider
4. Zelfstudie
5. De kunst afkijken
6. Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's
7. Door te doen (ervaren)

### **Taken en activiteiten rond het doen van consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken**

- 9 Voorbereiden op een consult/sprekuren/visite/huisbezoek
- 10 Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem
- 11 Consulten doen bij patiënten met acute problematiek
- 12 Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek
- 13 De hulpvraag van een patiënt verhelderen
- 14 Klachtgerichte anamnese afnemen
- 15 Een algemene anamnese (screening) uitvoeren
- 16 Lichamelijk onderzoek uitvoeren
- 17 Aanvullend onderzoek aanvragen
- 18 De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren
- 19 Een (andere) specialist in consult vragen
- 20 Beleid opstellen voor een patiënt
- 21 Therapeutisch beleid uitvoeren
- 22 Diensten doen
- 23 Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren
- 24 Medische verrichtingen uitvoeren (b.v. bloed of infuus prikken, injecteren)
- 25 Ingrepen/operaties voorbereiden
- 26 Ingrepen/operaties uitvoeren
- 27 Heeft u nog andere taken en activiteiten rond **het doen van consulten/sprekuren/visites /huisbezoeken** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

### **Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden**

- 28 Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten
- 29 Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten
- 30 Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten
- 31 Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten
- 32 Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming (b.v. voor bepaald onderzoek, voor medicatie of voor operaties)
- 33 Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie
- 34 Gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten
- 35 Heeft u nog andere taken en activiteiten rond **contacten met patiënten, hun familie en bekenden** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

### **Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling**

- 36 Het medisch dossier van patiënten bijhouden
- 37 Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma
- 38 De opname van een patiënt (b.v. ziekenhuis of verpleeghuis) regelen
- 39 Brieven schrijven en/of dicteren
- 40 Formulieren invullen en/of ondertekenen
- 41 Voorbereiden van een patiëntenoverdracht
- 42 Zelf een patiënt overdragen
- 43 Heeft u nog andere taken en activiteiten rond **administratie en informatie-uitwisseling** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

### **Taken en activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren**

- 44 Jongerejaars arts-assistenten superviseren
- 45 Co-assistenten superviseren
- 46 Feedback geven op het handelen van collega's
- 47 Met feedback omgaan die ik van collega's krijg
- 48 Leiding geven aan een team
- 49 Leiding geven aan een afdeling/praktijk
- 50 Samenwerken in een multidisciplinair team
- 51 Samenwerken met verpleegkundigen

- 52 Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten
- 53 Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals een pastor
- 54 Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses
- 55 Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden
- 56 De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's
- 57 Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien
- 58 Heeft u nog andere taken en activiteiten op het gebied van **samenwerken, begeleiden en organiseren** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

**Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie**

- 59 De grenzen van mijn specialisme bewaken
- 60 Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen
- 61 Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving
- 62 Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk
- 63 Privé-leven en werk van elkaar scheiden
- 64 Heeft u nog andere taken en activiteiten rond **verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

**Taken en activiteiten rond leren en veranderen**

- 65 Een referaat houden
- 66 Een artikel schrijven
- 67 Onderzoek doen
- 68 Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen
- 69 Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul
- 70 Lesgeven aan arts-assistenten
- 71 Lesgeven aan co-assistenten
- 72 Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving
- 73 Heeft u nog andere taken en activiteiten rond **leren en veranderen** die niet zijn genoemd? Zo ja, welke?

**Ter afsluiting**

- 74 Zijn er nog andere manieren van leren die u heeft gebruikt, die niet zijn genoemd? Zo ja, kunt u daarvan een beschrijving geven?
- 75 Heeft u nog op- en/of aanmerkingen over de enquête, wilt u ze dan hiernaast vermelden?

Hartelijk dank voor het invullen van de enquête! Heeft u alle vragen zorgvuldig en volledig ingevuld? Druk op 'OK' om de enquête af te sluiten en te verzenden.



## Bijlage 10: Beschrijving van de achtergrondgegevens van de enquête

Hieronder worden de resultaten van de achtergrondgegevens gepresenteerd. Bij elke variabele wordt kort verteld hoe hierop is gereageerd.

**Geslacht:** De enquête is ingevuld door 84 mannen (46,4 %) en 97 vrouwen (53,6 %).

**Leeftijd:** De leeftijd varieert van 25 tot 47 jaar. De gemiddelde leeftijd is 31 jaar. De grootste groep, te weten 84 arts-assistenten (46,4 %), heeft een leeftijd van 30 tot 34 jaar.

Tabel 1 *Leeftijd*

Leeftijdsgroep (jaar)	Frequentie	Percentage (%)
25 – 29	65	35,9
30 – 34	84	46,4
35 – 39	22	12,2
40 – 47	9	5,0
Ontbrekend	1	0,6
<b>Totaal</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

**Voltijd of deeltijd in opleiding:** 146 arts-assistenten (80,7 %) zijn voltijd in opleiding en 31 arts-assistenten (17,1 %) zijn deeltijd in opleiding. Verreweg de meerderheid is dus voltijd in opleiding.

**Opleidingsjaar:** Het opleidingsjaar van arts-assistenten die de enquête ingevuld hebben, varieert van 1<sup>e</sup> jaar tot 6<sup>e</sup> jaar. De meeste arts-assistenten zijn 1<sup>e</sup>-jaars, dit zijn er in totaal 43 (23,8 %).

Tabel 2 *Opleidingsjaar*

Opleidingsjaar	Frequentie	Percentage (%)
1 <sup>e</sup> jaar	43	23,8
2 <sup>e</sup> jaar	41	22,7
3 <sup>e</sup> jaar	42	23,2
4 <sup>e</sup> jaar	29	16,0
5 <sup>e</sup> jaar	14	7,7
6 <sup>e</sup> jaar	8	4,4
Ontbrekend	4	2,2
<b>Totaal</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

**Vooropleiding:** In totaal hebben 119 arts-assistenten (65,7 %) geneeskunde gestudeerd aan de Rijksuniversiteit Groningen. De resterende arts-assistenten hebben ergens anders in Nederland geneeskunde gestudeerd en drie arts-assistenten hebben niet in Nederland geneeskunde gestudeerd.

Tabel 3 *Vooropleiding*

Universiteit	Frequentie	Percentage (%)
Rijksuniversiteit Groningen	119	65,7
AMC/UvA Amsterdam	8	4,4
Vrije Universiteit, Amsterdam	6	3,3
Universiteit Leiden	11	6,1
Erasmus Universiteit Rotterdam	5	2,8
Universiteit Maastricht	10	5,5
Katholieke Universiteit Nijmegen	3	1,7
Universiteit Utrecht	9	5,0
Anders, nl:	3	1,7
Ontbrekend	7	3,9
<b>Totaal</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

**Tijd tussen het behalen van de artsensbul en de start van een vervolgopleiding:** Tussen het behalen van de artsensbul en de start van een vervolgopleiding kunnen periodes zitten van 0 tot langer dan 6 jaar. De meeste arts-assistenten, in totaal 36 (19,9%), beginnen aan een vervolgopleiding na een periode van twee tot drie jaar na het behalen van hun artsensbul.

**Tabel 4** *Tijd tussen het behalen van de artsensbul en de start van de vervolgopleiding*

Jaar	Frequentie	Percentage (%)
0 – 1	27	14,9
1 – 2	33	18,2
2 – 3	36	19,9
3 – 4	33	18,2
4 – 5	19	10,5
5 – 6	12	6,6
> 6	17	9,4
Ontbrekend	4	2,2
<b>Totaal</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>

**Belangrijkste activiteit in deze periode:** In deze periode zijn de meeste arts-assistenten ‘arts-assistent niet in opleiding’ (AGNIO)<sup>8</sup> geweest. Het minst vaak geven arts-assistenten in deze periode onderwijs.

**Tabel 5** *Belangrijkste activiteit in deze periode*

Werk	Frequentie
Arts-assistent niet in opleiding	143
Onderzoek gedaan	53
Onderwijs gegeven	5
Andere vervolgopleiding gedaan	19
Overige	37
<b>Totaal</b>	<b>257</b>

Arts-assistenten konden meerdere antwoordmogelijkheden aanvinken bij deze vraag. Een aantal arts-assistenten heeft dus twee of meer van deze activiteiten gehad in de tussenliggende periode. Daarom komt het frequentietotaal neer op 257, wat ver boven het aantal ingevulde enquêtes ligt.

Het is niet duidelijk wat arts-assistenten onder ‘overige’ verstaan, deze antwoordmogelijkheid is namelijk niet verder gespecificeerd in de enquête.

**Vergoopleiding:** De vervolgopleiding van de arts-assistenten die de enquête ingevuld hebben, is in onderstaande tabel afgezet tegen het totaal aantal arts-assistenten die deze vervolgopleiding op dit moment volgen. Op deze manier kan gekeken worden naar de representativiteit per vervolgopleiding.

Pols (2003) heeft een achttal beroepsclusters opgesteld. Elk beroepscluster bestaat uit een aantal vervolgoopleidingen. Het beroepscluster met vervolgoopleidingen die geen patiëntenzorg hebben, behoort niet tot de onderzoekspopulatie. De vervolgoopleidingen van de arts-assistenten zijn hieronder verdeeld in zeven beroepsclusters van Pols (2003).

<sup>8</sup> ‘Arts-assistent niet in opleiding’ betekent dat arts-assistenten als basisarts aan het werk zijn. Zij hebben dus alleen de studie geneeskunde afgerond.

**Tabel 6** Vervolgopleidingen ingedeeld in 7 beroepsclusters (Pols, 2003)

Vervolgopleiding	Populatie	Respons	Percentage (%)
<b>1 Snijdende specialismen</b>			
Heelkunde	122	26	21,3
Neurochirurgie	4	2	50,0
Cardiothoracale chirurgie	3	1	33,3
Kaakchirurgie	10	6	60,0
Plastische chirurgie	5	1	20,0
Urologie	3	2	66,6
Orthopedie	7	4	57,7
Obstetrie/gynaecologie	31	13	41,9
KNO (keel-neus en oorheelkunde)	10	6	60,0
Oogheelkunde	9	1	11,1
Anesthesiologie	41	18	43,9
<b>Totaal</b>	<b>245</b>	<b>80</b>	<b>32,7</b>
<b>2 Niet snijdende specialismen: gemengde patiëntenzorg</b>			
Cardiologie	15	3	20,0
Neurologie	20	10	50,0
Dermatologie	10	3	30,0
<b>Totaal</b>	<b>45</b>	<b>16</b>	<b>35,5</b>
<b>3 Niet snijdende specialismen: merendeels chronisch zieken</b>			
Revalidatiegeneeskunde	12	4	33,3
Reumatologie	4	3	75,0
Longziekten en tuberculose	7	3	42,9
Allergologie	0	0	-
Maag, darm en leverziekten	4	1	25,0
Klinische geriatrie	0	0	-
<b>Totaal</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>40,7</b>
<b>4 Psychiatrie</b>			
Psychiatrie	20	10	50,0
<b>Totaal</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>50,0</b>
<b>5 Overige artsen: met patiëntenzorg</b>			
Radiotherapie	6	3	50,0
Klinische genetica	5	4	80,0
Nucleaire geneeskunde	3	1	33,3
<b>Totaal</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>57,1</b>
<b>6 Huisartsen</b>			
Huisartsen	129	37	28,7
<b>Totaal</b>	<b>129</b>	<b>37</b>	<b>28,7</b>
<b>7 Sociaal geneeskundigen</b>			
Sociaal geneeskundigen	95	15	15,8
<b>Totaal</b>	<b>95</b>	<b>15</b>	<b>15,8</b>
<b>Totaal</b>	<b>575</b>	<b>177</b>	
Ontbrekend		4	
<b>Eindtotaal</b>	<b>575</b>	<b>181</b>	<b>31,5 %</b>

**Uitstroomprofielen:** Deze zeven beroepsclusters zijn verder te stratificeren naar vier uitstroomprofielen (Heineman, 2003), te weten: snijdende specialismen, niet-snijdende specialismen, huisartsen en sociaal geneeskundigen. Het snijdende specialisme is beroepscluster één. De niet snijdende specialismen zijn beroepscluster twee tot en met vijf. De huisartsen zijn beroepscluster zes en de sociaal geneeskundigen zijn beroepscluster zeven. In de volgende tabel zijn de vervolgopleidingen ingedeeld in de vier uitstroomprofielen.

**Tabel 7** *Vervolgopleidingen ingedeeld in 4 uitstroomprofielen (Heineman, 2003)*

<b>Vervolgopleiding</b>	<b>Totaal aantal</b>	<b>Respons</b>	<b>Percentage (%)</b>
<b>1 Snijdende specialismen</b>			
Heelkunde	122	26	21,3
Neurochirurgie	4	2	50,0
Cardiothoracale chirurgie	3	1	33,3
Kaakchirurgie	10	6	60,0
Plastische chirurgie	5	1	20,0
Urologie	3	2	66,6
Orthopedie	7	4	57,7
Obstetrie/gynaecologie	31	13	41,9
KNO (keel-neus en oorheelkunde)	10	6	60,0
Oogheelkunde	9	1	11,1
Anesthesiologie	41	18	43,9
<b>Totaal</b>	<b>245</b>	<b>80</b>	<b>32,7</b>
<b>2 Niet snijdende specialismen</b>			
Cardiologie	15	3	20,0
Neurologie	20	10	50,0
Dermatologie	10	3	30,0
Allergologie	0	0	-
Maag, darm en leverziekten	4	1	25,0
Klinische geriatrie	0	0	-
Revalidatiegeneeskunde	12	4	33,3
Reumatologie	4	3	75,0
Longziekten en tuberculose	7	3	42,9
Psychiatrie	20	10	50,0
Radiotherapie	6	3	50,0
Klinische genetica	5	4	80,0
Nucleaire geneeskunde	3	1	33,3
<b>Totaal</b>	<b>106</b>	<b>45</b>	<b>42,5</b>
<b>3 Huisartsen</b>			
Huisartsen	129	37	28,7
<b>Totaal</b>	<b>129</b>	<b>37</b>	<b>28,7</b>
<b>4 Sociaal geneeskundigen</b>			
Sociaal geneeskundigen	95	15	15,8
<b>Totaal</b>	<b>95</b>	<b>15</b>	<b>15,8</b>
<b>Totaal</b>	<b>575</b>	<b>177</b>	
Ontbrekend		4	
<b>Eindtotaal</b>	<b>575</b>	<b>181</b>	<b>31,5 %</b>

## Bijlage 11: Validiteit van de enquête

<i><b>Genoemde taak door de arts-assistenten:</b></i>	<i><b>Reeds genoemd in de volgende taak:</b></i>
<i>Taken en activiteiten rond het doen van consulten/sprekuren/visites/huisbezoeken</i>	
Correspondentie betreffende patiënten doorlezen	Voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek
Tijdelijk TBC-spreekuur bij GGD Groningen	Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem
In 15 – 30 minuten middels anamnese en lichamelijk onderzoek een redelijk beeld krijgen van iemands belastbaarheid voor arbeid	Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem
Terminale zorg	Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek
Anamnese gericht op het functioneren	Klachtgerichte anamnese afnemen
Collega's bellen	Een (andere) specialist in consult vragen
Intercollegiaal overleg voeren	Een (andere) specialist in consult vragen
Bestralingsplannen opstellen	Therapeutisch beleid uitvoeren
Machtigingen voor aanpassingen en voorzieningen aanvragen	Therapeutisch beleid uitvoeren
Onderhandelen met patiënten (motiveren, psycho-educatie)	Therapeutisch beleid uitvoeren
Pre-operatieve screening	Ingrepen/operaties voorbereiden
Bevallingen	Ingrepen/operaties uitvoeren
Reanimaties	Ingrepen/operaties uitvoeren
<i>Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden</i>	
Toestemming vragen voor het uitwisselen van medische informatie	Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming
<i>Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling</i>	
Bijhouden van administratie patiënten bijhouden', 'brieven schrijven en/of dicteren' en 'formulieren invullen en/of ondertekenen' in samenhang met 'binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden'.	Logisch gevolg van 'het medisch dossier van patiënten bijhouden
Verslaglegging doen	Het medisch dossier van patiënten bijhouden
Operatieverslagen maken	Het medisch dossier van patiënten bijhouden
DBC invoeren	Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma
Geneeskundige verklaringen, rapportages justitie	Brieven schrijven en/of dicteren
Brieven dicteren	Brieven schrijven en/of dicteren
Brieven controleren	Brieven schrijven en/of dicteren
Verwijsbrief schrijven (historieveld, ICPC-codering)	Brieven schrijven en/of dicteren
Overdracht van medische gegevens	Zelf een patiënt overdragen
Cliënt kunnen presenteren in een teamoverleg	Zelf een patiënt overdragen
<i>Taken en activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren</i>	
Multidisciplinaire teamvergaderingen voorzitten	Leiding geven aan een team
Management van de praktijk	Leiding geven aan een afdeling/praktijk
Teamoverleg met andere disciplines	Samenwerken in een multidisciplinair team
<i>Taken en activiteiten rond leren en veranderen</i>	
Begeleiden van co-assistenten	Co-assistenten superviseren kennis en vaardigheden opvul

## Bijlage 12<sup>A</sup>: Algemeen gewogen gemiddelde en gewogen gemiddelde

### Cluster 1 *Taken en activiteiten rond consulten/spreekuren/visites/huisbezoeken*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek	4,3	3,9	4,5	4,7	4,6
Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem	4,4	4,2	4,2	4,9	4,3
Consulten doen bij patiënten met acute problematiek	3,8	4,1	3,6	4,3	1,9
Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek	3,9	3,7	3,9	4,4	4,3
De hulpvraag van een patiënt verhelderen	4,6	4,5	4,6	5,0	4,7
Klachtgerichte anamnese afnemen	4,9	4,9	4,8	5,0	4,9
Een algemene anamnese (screening) uitvoeren	4,6	4,7	4,6	4,6	4,5
Lichamelijk onderzoek uitvoeren	4,7	4,8	4,4	5,0	4,3
Aanvullend onderzoek aanvragen	4,4	4,6	4,3	4,8	2,7
De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren	4,5	4,7	4,4	4,8	2,8
Een (andere) specialist in consult vragen	3,9	4,1	3,8	4,1	2,5
Beleid opstellen voor een patiënt	4,7	4,9	4,6	4,9	3,9
Therapeutisch beleid uitvoeren	4,4	4,8	4,3	4,7	2,0
Diensten doen	3,2	3,4	3,3	3,7	1,1
Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren	2,4	1,0	1,1	2,3	1,9
Medische verrichtingen uitvoeren	3,8	4,5	3,4	3,8	1,3
Ingrepen/operaties voorbereiden	3,1	4,4	1,8	3,2	1,0
Ingrepen/operaties uitvoeren	3,2	4,3	1,8	3,3	1,0

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

### Cluster 2 *Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten	4,4	4,5	4,3	4,4	4,3
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten	3,2	3,2	3,2	3,2	2,6
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten	4,4	4,5	4,2	4,2	4,7
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten	3,0	3,2	3,0	2,7	2,9
Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming	3,5	4,0	3,5	2,8	3,1
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	1,4	1,4	1,4	1,7	1,0
Gesprekken voeren met familie of bekenden van patiënten	3,5	3,7	3,7	3,2	2,3

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

### Cluster 3 *Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	4,9	4,8	4,9	4,9	4,9
Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma	3,8	3,8	3,2	4,4	4,3
De opname van een patiënt regelen	3,1	3,4	3,1	3,4	1,1
Brieven schrijven en/of dicteren	4,2	4,2	4,6	4,0	4,2
Formulieren invullen en/of ondertekenen	4,5	4,6	4,5	4,4	3,9
Vorbereiden van een patiëntenoverdracht	3,4	4,1	3,7	2,4	1,7
Zelf een patiënt overdragen	3,6	4,4	3,7	2,6	1,6

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

**Cluster 4** *Taken en activiteiten rond samenwerken, begeleiden en organiseren*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Jongerejaars arts-assistenten superviseren	2,3	3,2	2,1	1,1	1,3
Co-assistenten superviseren	3,1	3,9	3,5	1,2	1,9
Feedback geven op het handelen van collega's	3,2	3,5	2,9	3,2	2,7
Met feedback omgaan die ik van collega's krijg	3,7	3,8	3,4	3,9	2,9
Leiding geven aan een team	2,4	2,8	2,6	1,4	2,1
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	1,8	1,7	2,2	1,7	1,3
Samenwerken in een multidisciplinair team	3,5	3,5	4,2	2,4	3,9
Samenwerken met verpleegkundigen	4,1	5,0	4,3	2,7	2,5
Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten	3,5	3,7	3,7	2,9	2,6
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals pastors	1,8	1,9	2,1	1,3	1,3
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses	4,9	4,8	4,9	4,9	5,0
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden	4,4	4,3	4,6	4,4	4,6
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's	3,8	4,0	3,9	3,6	2,9
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien	4,1	4,3	4,2	3,7	3,8

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

**Cluster 5** *Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
De grenzen van mijn specialisme bewaken	3,8	3,8	3,9	3,7	3,6
Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen	4,2	4,5	4,1	4,2	3,0
Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving	2,5	2,6	2,4	2,6	1,8
Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk	3,2	3,5	3,5	3,0	1,4
Privé-leven en werk van elkaar scheiden	4,4	4,5	4,6	4,4	3,5

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

**Cluster 6** *Taken en activiteiten rond leren en veranderen*

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Een referaat houden	2,4	2,7	2,5	2,2	1,4
Een artikel schrijven	1,8	2,0	1,9	1,2	1,2
Onderzoek doen	2,3	2,7	2,4	1,5	1,6
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen	4,1	4,2	4,2	3,9	3,9
Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul	4,0	4,0	4,1	4,0	3,4
Lesgeven aan arts-assistenten	1,5	1,4	1,6	1,8	1,0
Lesgeven aan co-assistenten	2,0	2,6	2,1	1,1	1,0
Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving	2,3	2,3	2,3	2,2	2,4

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

**(Algemeen) Gewogen gemiddelde:** 1 – 1,8 = Nooit; 1,9 – 2,6 = Jaarlijks; 2,7 – 3,4 = Maandelijks; 3,5 – 4,2 = Wekelijks; 4,3 – 5,0 = Dagelijks

## Bijlage 12<sup>B</sup>: De meest en minst uitgevoerde taken op een rij

Gemiddeld dagelijks en wekelijks

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Klachtgerichte anamnese afnemen	<b>D (4,9)</b>	D	D	D	D
Het medisch dossier van patiënten bijhouden	<b>D (4,9)</b>	D	D	D	D
Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses	<b>D (4,9)</b>	D	D	D	D
Lichamelijk onderzoek uitvoeren	<b>D (4,7)</b>	D	D	D	D
Beleid opstellen voor een patiënt	<b>D (4,7)</b>	D	D	D	W
De hulpvraag van een patiënt verhelderen	<b>D (4,6)</b>	D	D	D	D
Een algemene anamnese (screening) uitvoeren	<b>D (4,6)</b>	D	D	D	D
De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren	<b>D (4,5)</b>	D	D	D	J
Formulieren invullen en/of ondertekenen	<b>D (4,5)</b>	D	D	D	W
Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem	<b>D (4,4)</b>	W	W	D	D
Aanvullend onderzoek aanvragen	<b>D (4,4)</b>	D	D	D	M
Therapeutisch beleid uitvoeren	<b>D (4,4)</b>	D	D	D	J
Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten	<b>D (4,4)</b>	D	D	D	D
Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten	<b>D (4,4)</b>	D	W	W	D
Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden	<b>D (4,4)</b>	D	D	D	D
Privé-leven en werk van elkaar scheiden	<b>D (4,4)</b>	D	D	D	W
Voorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek	<b>D (4,3)</b>	W	D	D	D
Bij het bereiken van de grenzen van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen	<b>W (4,2)</b>	D	W	W	M
Brieven schrijven en/of dicteren	<b>W (4,2)</b>	W	D	W	W
Samenwerken met verpleegkundigen	<b>W (4,1)</b>	D	D	M	J
Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien	<b>W (4,1)</b>	D	W	W	W
Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen	<b>W (4,1)</b>	W	W	W	W
Zorgen dat ik de lacunes van mijn kennis en vaardigheden opvul	<b>W (4,0)</b>	W	W	W	M
Consulten dien bij patiënten met langdurige/chronische problematiek	<b>W (3,9)</b>	W	W	D	D
Een (andere) specialist in consult vragen	<b>W (3,9)</b>	W	W	W	J
Consulten doen bij patiënten met acute problematiek	<b>W (3,8)</b>	W	W	D	J
Medische verrichtingen uitvoeren	<b>W (3,8)</b>	D	M	W	N
Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma	<b>W (3,8)</b>	W	M	D	D
De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's	<b>W (3,8)</b>	W	W	W	M
De grenzen van mijn specialisme bewaken	<b>W (3,8)</b>	W	W	W	W
Met feedback omgaan die ik van collega's krijg	<b>W (3,7)</b>	W	M	W	M
Zelf een patiënt overdragen	<b>W (3,6)</b>	D	W	J	N
Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming	<b>W (3,5)</b>	W	W	M	M
Gesprekken voeren met familie of bekenden van patiënten	<b>W (3,5)</b>	W	W	M	J
Samenwerken in een multidisciplinair team	<b>W (3,5)</b>	W	W	J	W
Samenwerken met paramedici, zoals diëtisten en fysiotherapeuten	<b>W (3,5)</b>	W	W	M	J

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks



*Gemiddeld maandelijks*

---

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Vorbereiden van een patiëntenoverdracht	<b>M (3,4)</b>	W	W	J	N
Diensten doen	<b>M (3,2)</b>	M	M	W	N
Ingrepen/operaties uitvoeren	<b>M (3,2)</b>	D	N	M	N
Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten	<b>M (3,2)</b>	M	M	M	J
Feedback geven op het handelen van collega's	<b>M (3,2)</b>	W	M	M	M
Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk	<b>M (3,2)</b>	W	W	M	N
Ingrepen/operaties voorbereiden	<b>M (3,1)</b>	D	N	M	N
De opname van een patiënt regelen	<b>M (3,1)</b>	M	M	M	N
Co-assistenten superviseren	<b>M (3,1)</b>	W	W	N	J
Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten	<b>M (3,0)</b>	M	M	M	M

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

*Gemiddeld jaarlijks en nooit*

---

	Totaal	Uitstroomprofielen			
		1	2	3	4
Me aanpassen aan een nieuwe werkomgeving	<b>J (2,5)</b>	J	J	J	N
Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren	<b>J (2,4)</b>	N	N	J	J
Leiding geven aan een team	<b>J (2,4)</b>	M	J	N	J
Een referaat houden	<b>J (2,4)</b>	J	J	J	N
Jongerejaars arts-assistenten superviseren	<b>J (2,3)</b>	M	J	N	N
Onderzoek doen	<b>J (2,3)</b>	J	J	N	N
Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving	<b>J (2,3)</b>	J	J	J	J
Lesgeven aan co-assistenten	<b>J (2,0)</b>	J	J	N	N
Leiding geven aan een afdeling/praktijk	<b>N (1,8)</b>	N	J	N	N
Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten, zoals pastors	<b>N (1,8)</b>	J	J	N	N
Een artikel schrijven	<b>N (1,8)</b>	J	J	N	N
Lesgeven aan arts-assistenten	<b>N (1,5)</b>	N	N	N	N
Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie	<b>N (1,4)</b>	N	N	N	N

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen  
**Kwalitatieve benamingen:** N = Nooit; J = Jaarlijks; M = Maandelijks; W = Wekelijks; D = Dagelijks

## Bijlage 13: Percentages leerondersteuning

<b>Alle clusters samen</b>	<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>15</b>	11	10	29	22
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>11</b>	10	9	14	8
Supervisie door supervisor/opleider	<b>44</b>	45	44	46	34
Zelfstudie	<b>26</b>	29	21	28	19
De kunst afkijken	<b>46</b>	55	35	45	21
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>39</b>	45	36	30	40
Door te doen (ervaren)	<b>89</b>	92	92	84	85
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>26</b>	23	26	32	28
Informeel	<b>74</b>	77	74	68	72
<b>Cluster 1: Taken en activiteiten rond het doen van consulten/spreekuren/ visites/huisbezoeken</b>	<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>28</b>	23	21	45	37
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>24</b>	25	20	28	17
Supervisie door supervisor/opleider	<b>71</b>	76	70	72	46
Zelfstudie	<b>52</b>	59	46	49	39
De kunst afkijken	<b>58</b>	67	42	62	38
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>52</b>	63	41	37	62
Door te doen (ervaren)	<b>85</b>	88	86	84	69
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>33</b>	31	34	38	33
Informeel	<b>67</b>	69	66	62	67
<b>Cluster 2: Taken en activiteiten rond contacten met patiënten, hun familie en bekenden</b>	<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>27</b>	23	18	47	39
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>10</b>	8	7	22	7
Supervisie door supervisor/opleider	<b>53</b>	52	51	65	33
Zelfstudie	<b>16</b>	17	10	22	24
De kunst afkijken	<b>54</b>	62	45	59	24
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>40</b>	44	34	34	58
Door te doen (ervaren)	<b>86</b>	92	91	77	94
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>32</b>	28	30	41	28
Informeel	<b>68</b>	72	70	59	72
<b>Cluster 3: Taken en activiteiten rond administratie en informatie-uitwisseling</b>	<b>Totaal</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>4</b>	3	3	7	5
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>8</b>	9	6	10	3
Supervisie door supervisor/opleider	<b>44</b>	43	45	52	26
Zelfstudie	<b>18</b>	21	10	23	10
De kunst afkijken	<b>56</b>	69	42	52	34
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>38</b>	48	32	26	34

Door te doen (ervaren)	<b>93</b>	95	96	91	97
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>21</b>	19	23	26	16
Informeel	<b>79</b>	81	77	74	84
<b>Cluster 4: Taken en activiteiten op het gebied van samenwerken, begeleiden en organiseren</b>	<b>Totaal</b>	1	2	3	4
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>6</b>	3	3	15	5
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>5</b>	3	7	7	10
Supervisie door supervisor/opleider	<b>23</b>	20	25	25	25
Zelfstudie	<b>11</b>	14	7	11	7
De kunst afkijken	<b>38</b>	46	31	38	11
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>31</b>	34	31	22	29
Door te doen (ervaren)	<b>95</b>	96	95	88	94
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>16</b>	12	17	23	22
Informeel	<b>84</b>	88	83	77	78
<b>Cluster 5: Taken en activiteiten rond verantwoordelijkheid, structuur en hiërarchie</b>	<b>Totaal</b>	1	2	3	4
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>6</b>	2	2	17	13
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>7</b>	5	8	9	6
Supervisie door supervisor/opleider	<b>35</b>	34	37	37	33
Zelfstudie	<b>10</b>	13	3	12	4
De kunst afkijken	<b>29</b>	40	20	23	4
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>41</b>	43	43	37	27
Door te doen (ervaren)	<b>91</b>	92	94	85	91
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>22</b>	18	22	29	29
Informeel	<b>78</b>	82	78	71	71
<b>Cluster 6: Taken en activiteiten rond leren en veranderen</b>	<b>Totaal</b>	1	2	3	4
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>18</b>	9	12	45	32
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>9</b>	9	8	10	8
Supervisie door supervisor/opleider	<b>40</b>	44	39	24	40
Zelfstudie	<b>50</b>	52	47	53	32
De kunst afkijken	<b>39</b>	46	27	38	12
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>34</b>	36	36	24	28
Door te doen (ervaren)	<b>85</b>	86	88	76	67
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:					
Formeel	<b>25</b>	22	23	29	36
informeel	<b>75</b>	78	77	71	64



**CLUSTER 1**

		Totaal		Uitstrooprofiel							
		TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>Vorbereiden op een consult/spreekuur/visite/huisbezoek</b>	<b>aantal respondenten</b>	168	<b>100</b>	69	<b>100</b>	44	<b>100</b>	37	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		37	22	13	19	8	18	12	32	4	27
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		41	24	21	30	12	27	7	19	1	7
Supervisie door supervisor/opleider		120	71	55	80	28	64	26	70	11	73
Zelfstudie		100	60	48	70	26	59	18	49	8	53
De kunst afkijken		101	60	49	71	21	48	22	59	9	60
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		93	55	47	68	20	45	13	35	13	87
Door te doen (ervaren)		144	86	60	87	36	82	34	92	14	93
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		636		293		151		132		60	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		4		3		4		4	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	198	31		30		32		34		27
	informeel	438	69		70		68		66		73
<b>Consulten doen bij patiënten met een nieuw probleem</b>	<b>aantal respondenten</b>	173	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	37	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		54	31	13	17	10	23	24	65	7	50
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		60	35	23	31	17	39	16	43	4	29
Supervisie door supervisor/opleider		157	91	73	97	39	89	33	89	12	86
Zelfstudie		123	71	56	75	29	66	29	78	9	64
De kunst afkijken		117	68	55	73	27	61	28	76	7	50
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		109	63	59	79	23	52	16	43	11	79
Door te doen (ervaren)		156	90	66	88	42	95	36	97	12	86
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		776		345		187		182		62	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		5		4		5		4	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	271	35		32		35		40		37
	informeel	505	65		68		65		60		63

<b>Consulten doen bij patiënten met acute problematiek</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>		161	<b>100</b>	75	<b>100</b>	42	<b>100</b>	36	<b>100</b>	5	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>48</b>	<b>30</b>	16	<b>21</b>	7	<b>17</b>	22	<b>61</b>	3	<b>60</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>45</b>	<b>28</b>	22	<b>29</b>	14	<b>33</b>	8	<b>22</b>	1	<b>20</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>142</b>	<b>88</b>	72	<b>96</b>	36	<b>86</b>	32	<b>89</b>	2	<b>40</b>
Zelfstudie		<b>103</b>	<b>64</b>	58	<b>77</b>	22	<b>52</b>	21	<b>58</b>	2	<b>40</b>
De kunst afkijken		<b>110</b>	<b>68</b>	55	<b>73</b>	23	<b>55</b>	28	<b>78</b>	4	<b>80</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>108</b>	<b>67</b>	59	<b>79</b>	30	<b>71</b>	15	<b>42</b>	4	<b>80</b>
Door te doen (ervaren)		<b>148</b>	<b>92</b>	69	<b>92</b>	39	<b>93</b>	35	<b>97</b>	5	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		704		351		171		161		21	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		5		4		4		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
	formeel	235	<b>33</b>		<b>31</b>		<b>33</b>		<b>39</b>		<b>29</b>
	informeel	469	<b>67</b>		<b>69</b>		<b>67</b>		<b>61</b>		<b>71</b>
<b>Consulten doen bij patiënten met langdurige/chronische problematiek</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>		165	<b>100</b>	72	<b>100</b>	42	<b>100</b>	34	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>53</b>	<b>32</b>	13	<b>18</b>	8	<b>19</b>	25	<b>74</b>	7	<b>50</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>67</b>	<b>41</b>	29	<b>40</b>	19	<b>45</b>	15	<b>44</b>	4	<b>29</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>147</b>	<b>89</b>	70	<b>97</b>	37	<b>88</b>	30	<b>88</b>	10	<b>71</b>
Zelfstudie		<b>113</b>	<b>68</b>	51	<b>71</b>	28	<b>67</b>	22	<b>65</b>	12	<b>86</b>
De kunst afkijken		<b>93</b>	<b>56</b>	48	<b>67</b>	18	<b>43</b>	20	<b>59</b>	7	<b>50</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>115</b>	<b>70</b>	60	<b>83</b>	26	<b>62</b>	17	<b>50</b>	12	<b>86</b>
Door te doen (ervaren)		<b>145</b>	<b>88</b>	64	<b>89</b>	37	<b>88</b>	30	<b>88</b>	14	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		733		335		173		159		66	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		5		4		5		5	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
	formeel	267	<b>36</b>		<b>33</b>		<b>37</b>		<b>44</b>		<b>32</b>
	informeel	466	<b>64</b>		<b>67</b>		<b>63</b>		<b>56</b>		<b>68</b>

<b>De hulpvraag van een patiënt verhelderen</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	169	<b>100</b>	73	<b>100</b>	44	<b>100</b>	36	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>85</b>	<b>50</b>	27	<b>37</b>	16	<b>36</b>	33	<b>92</b>	9	<b>64</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>36</b>	<b>21</b>	15	<b>21</b>	4	<b>9</b>	14	<b>39</b>	3	<b>21</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>86</b>	<b>51</b>	32	<b>44</b>	22	<b>50</b>	23	<b>64</b>	9	<b>64</b>
Zelfstudie	<b>51</b>	<b>30</b>	28	<b>38</b>	7	<b>16</b>	9	<b>25</b>	7	<b>50</b>
De kunst afkijken	<b>94</b>	<b>56</b>	44	<b>60</b>	22	<b>50</b>	20	<b>56</b>	8	<b>57</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>64</b>	<b>38</b>	32	<b>44</b>	9	<b>20</b>	13	<b>36</b>	10	<b>71</b>
Door te doen (ervaren)	<b>153</b>	<b>91</b>	68	<b>93</b>	41	<b>93</b>	32	<b>89</b>	12	<b>86</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	569		246		121		144		58	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		4		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	207	<b>36</b>		<b>30</b>		<b>35</b>		<b>49</b>		<b>36</b>
informeel	362	<b>64</b>		<b>70</b>		<b>65</b>		<b>51</b>		<b>64</b>
<b>Klachtgerichte anamnese afnemen</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	174	<b>100</b>	76	<b>100</b>	45	<b>100</b>	35	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Bij het leren afnemen van een klachtgerichte anamnese ervaren agio's steun door:										
Docentgebonden cursorisch onderwijs	75	<b>43</b>	27	<b>36</b>	18	<b>40</b>	22	<b>63</b>	8	<b>53</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	46	<b>26</b>	20	<b>26</b>	9	<b>20</b>	15	<b>43</b>	2	<b>13</b>
Supervisie door supervisor/opleider	101	<b>58</b>	45	<b>59</b>	28	<b>62</b>	18	<b>51</b>	10	<b>67</b>
Zelfstudie	86	<b>49</b>	42	<b>55</b>	16	<b>36</b>	19	<b>54</b>	9	<b>60</b>
De kunst afkijken	96	<b>55</b>	49	<b>64</b>	21	<b>47</b>	18	<b>51</b>	8	<b>53</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	71	<b>41</b>	40	<b>53</b>	10	<b>22</b>	12	<b>34</b>	9	<b>60</b>
Door te doen (ervaren)	156	<b>90</b>	70	<b>92</b>	41	<b>91</b>	30	<b>86</b>	15	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	631		293		143		134		61	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	4		4		3		4		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	222	<b>35</b>		<b>31</b>		<b>38</b>		<b>41</b>		<b>33</b>
informeel	409	<b>65</b>		<b>69</b>		<b>62</b>		<b>59</b>		<b>67</b>

<b>Een algemene anamnese (screening) uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	173	<b>100</b>	75	<b>100</b>	45	<b>100</b>	36	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>69</b>	<b>40</b>	26	<b>35</b>	15	<b>33</b>	19	<b>53</b>	9	<b>64</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>43</b>	<b>25</b>	18	<b>24</b>	10	<b>22</b>	12	<b>33</b>	3	<b>21</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>91</b>	<b>53</b>	40	<b>53</b>	22	<b>49</b>	21	<b>58</b>	8	<b>57</b>
Zelfstudie		<b>79</b>	<b>46</b>	41	<b>55</b>	13	<b>29</b>	18	<b>50</b>	7	<b>50</b>
De kunst afkijken		<b>87</b>	<b>50</b>	43	<b>57</b>	17	<b>38</b>	21	<b>58</b>	6	<b>43</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>65</b>	<b>38</b>	35	<b>47</b>	9	<b>20</b>	12	<b>33</b>	9	<b>64</b>
Door te doen (ervaren)		<b>157</b>	<b>91</b>	69	<b>92</b>	43	<b>96</b>	32	<b>89</b>	13	<b>93</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		591		272		129		135		55	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		4		3		4		4	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	203	<b>34</b>		<b>31</b>		<b>36</b>		<b>39</b>		<b>36</b>
	informeel	388	<b>66</b>		<b>69</b>		<b>64</b>		<b>61</b>		<b>64</b>
<b>Lichamelijk onderzoek uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	173	<b>100</b>	76	<b>100</b>	43	<b>100</b>	36	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>77</b>	<b>45</b>	25	<b>33</b>	16	<b>37</b>	25	<b>69</b>	11	<b>73</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>47</b>	<b>27</b>	16	<b>21</b>	10	<b>23</b>	9	<b>25</b>	12	<b>80</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>112</b>	<b>65</b>	55	<b>72</b>	25	<b>58</b>	25	<b>69</b>	7	<b>47</b>
Zelfstudie		<b>91</b>	<b>53</b>	40	<b>53</b>	20	<b>47</b>	22	<b>61</b>	9	<b>60</b>
De kunst afkijken		<b>116</b>	<b>67</b>	56	<b>74</b>	22	<b>51</b>	28	<b>78</b>	10	<b>67</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>67</b>	<b>39</b>	36	<b>47</b>	12	<b>28</b>	11	<b>31</b>	8	<b>53</b>
Door te doen (ervaren)		<b>157</b>	<b>91</b>	70	<b>92</b>	40	<b>93</b>	34	<b>94</b>	13	<b>87</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		667		298		145		154		70	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		4		3		4		5	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	236	<b>35</b>		<b>32</b>		<b>35</b>		<b>38</b>		<b>43</b>
	informeel	431	<b>65</b>		<b>68</b>		<b>65</b>		<b>62</b>		<b>57</b>



<b>Aanvullend onderzoek aanvragen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	169	<b>100</b>	76	<b>100</b>	42	<b>100</b>	36	<b>100</b>	12	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>40</b>	<b>24</b>	13	<b>17</b>	5	<b>12</b>	19	<b>53</b>	3	<b>25</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>50</b>	<b>30</b>	23	<b>30</b>	10	<b>24</b>	15	<b>42</b>	2	<b>17</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>128</b>	<b>76</b>	63	<b>83</b>	29	<b>69</b>	29	<b>81</b>	7	<b>58</b>
Zelfstudie		<b>78</b>	<b>46</b>	36	<b>47</b>	20	<b>48</b>	21	<b>58</b>	1	<b>8</b>
De kunst afkijken		<b>77</b>	<b>46</b>	43	<b>57</b>	13	<b>31</b>	17	<b>47</b>	4	<b>33</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>93</b>	<b>55</b>	52	<b>68</b>	19	<b>45</b>	18	<b>50</b>	4	<b>33</b>
Door te doen (ervaren)		<b>123</b>	<b>73</b>	59	<b>78</b>	37	<b>88</b>	20	<b>56</b>	7	<b>58</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		589		289		133		139		28	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		4		3		4		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	218	<b>37</b>		<b>34</b>		<b>33</b>		<b>45</b>		<b>43</b>
	informeel	371	<b>63</b>		<b>66</b>		<b>67</b>		<b>55</b>		<b>57</b>
<b>De resultaten van het aanvullend onderzoek interpreteren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	175	<b>100</b>	77	<b>100</b>	44	<b>100</b>	36	<b>100</b>	12	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>51</b>	<b>29</b>	21	<b>27</b>	10	<b>23</b>	17	<b>47</b>	3	<b>25</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>58</b>	<b>33</b>	33	<b>43</b>	13	<b>30</b>	12	<b>33</b>	0	<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>140</b>	<b>80</b>	67	<b>87</b>	37	<b>84</b>	29	<b>81</b>	7	<b>58</b>
Zelfstudie		<b>127</b>	<b>73</b>	60	<b>78</b>	37	<b>84</b>	25	<b>69</b>	5	<b>42</b>
De kunst afkijken		<b>66</b>	<b>38</b>	41	<b>53</b>	10	<b>23</b>	12	<b>33</b>	3	<b>25</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>110</b>	<b>63</b>	54	<b>70</b>	26	<b>59</b>	20	<b>56</b>	10	<b>83</b>
Door te doen (ervaren)		<b>112</b>	<b>64</b>	56	<b>73</b>	27	<b>61</b>	19	<b>53</b>	10	<b>83</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		664		332		160		134		38	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		4		4		4		4		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	249	<b>38</b>		<b>36</b>		<b>38</b>		<b>43</b>		<b>26</b>
	informeel	415	<b>63</b>		<b>64</b>		<b>63</b>		<b>57</b>		<b>74</b>

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>Een (andere) specialist in consult vragen</b>										
<b>aantal respondenten</b>	169	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	36	<b>100</b>	11	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>14</b>	<b>8</b>	3	<b>4</b>	4	<b>9</b>	7	<b>19</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>29</b>	<b>17</b>	13	<b>17</b>	5	<b>11</b>	10	<b>28</b>	1	<b>9</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>110</b>	<b>65</b>	57	<b>76</b>	25	<b>57</b>	23	<b>64</b>	5	<b>45</b>
Zelfstudie	<b>40</b>	<b>24</b>	23	<b>31</b>	9	<b>20</b>	6	<b>17</b>	2	<b>18</b>
De kunst afkijken	<b>70</b>	<b>41</b>	35	<b>47</b>	15	<b>34</b>	18	<b>50</b>	2	<b>18</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>95</b>	<b>56</b>	49	<b>65</b>	23	<b>52</b>	16	<b>44</b>	7	<b>64</b>
Door te doen (ervaren)	<b>133</b>	<b>79</b>	59	<b>79</b>	38	<b>86</b>	29	<b>81</b>	7	<b>64</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	491		239		119		109		24	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	153	<b>31</b>		<b>31</b>		<b>29</b>		<b>37</b>		<b>25</b>
informeel	338	<b>69</b>		<b>69</b>		<b>71</b>		<b>63</b>		<b>75</b>
<b>Beleid opstellen voor een patiënt</b>										
<b>aantal respondenten</b>	171	<b>100</b>	77	<b>100</b>	44	<b>100</b>	36	<b>100</b>	11	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>57</b>	<b>33</b>	20	<b>26</b>	11	<b>25</b>	19	<b>53</b>	7	<b>64</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>70</b>	<b>41</b>	31	<b>40</b>	20	<b>45</b>	16	<b>44</b>	3	<b>27</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>153</b>	<b>89</b>	72	<b>94</b>	42	<b>95</b>	30	<b>83</b>	9	<b>82</b>
Zelfstudie	<b>107</b>	<b>63</b>	50	<b>65</b>	26	<b>59</b>	25	<b>69</b>	6	<b>55</b>
De kunst afkijken	<b>98</b>	<b>57</b>	48	<b>62</b>	19	<b>43</b>	26	<b>72</b>	5	<b>45</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>101</b>	<b>59</b>	57	<b>74</b>	21	<b>48</b>	15	<b>42</b>	8	<b>73</b>
Door te doen (ervaren)	<b>136</b>	<b>80</b>	63	<b>82</b>	39	<b>89</b>	25	<b>69</b>	9	<b>82</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	722		341		178		156		47	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	4		4		4		4		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	280	<b>39</b>		<b>36</b>		<b>41</b>		<b>42</b>		<b>40</b>
informeel	442	<b>61</b>		<b>64</b>		<b>59</b>		<b>58</b>		<b>60</b>

<b>Therapeutisch beleid uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>		
	<b>aantal respondenten</b>	157	<b>100</b>	75	<b>100</b>	39	<b>100</b>	34	<b>100</b>	6	<b>100</b>
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	57	36	21	28	16	41	18	53	2	33
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	53	34	26	35	12	31	14	41	1	17
	Supervisie door supervisor/opleider	141	90	74	99	34	87	30	88	3	50
	Zelfstudie	108	69	54	72	25	64	25	74	4	67
	De kunst afkijken	94	60	51	68	19	49	21	62	3	50
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	86	55	51	68	15	38	15	44	5	83
	Door te doen (ervaren)	132	84	65	87	35	90	27	79	5	83
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	671		342		156		150		23	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	4		5		4		4		4	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	251	37		35		40		41		26
	informeel	420	63		65		60		59		74
<b>Diensten doen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	154	<b>100</b>	75	<b>100</b>	39	<b>100</b>	36	<b>100</b>	1	<b>100</b>
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	10	6	5	7	1	3	4	11		0
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	17	11	8	11	3	8	6	17		0
	Supervisie door supervisor/opleider	107	69	48	64	28	72	31	86		0
	Zelfstudie	52	34	32	43	12	31	8	22		0
	De kunst afkijken	84	55	46	61	14	36	24	67		0
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	91	59	50	67	27	69	13	36	1	100
	Door te doen (ervaren)	145	94	74	99	38	97	33	92		0
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	506		263		123		119		1	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		4		3		3		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	134	26		23		26		34		0
	informeel	372	74		77		74		66		100

<b>Periodieke gezondheidskeuringen uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	40	<b>100</b>	3	<b>100</b>	6	<b>100</b>	23	<b>100</b>	8	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		4	<b>10</b>		<b>0</b>	1	<b>17</b>	1	<b>4</b>	2	<b>25</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		3	<b>8</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	2	<b>9</b>	1	<b>13</b>
Supervisie door supervisor/opleider		15	<b>38</b>	1	<b>33</b>	5	<b>83</b>	6	<b>26</b>	3	<b>38</b>
Zelfstudie		14	<b>35</b>	1	<b>33</b>	3	<b>50</b>	6	<b>26</b>	4	<b>50</b>
De kunst afkijken		14	<b>35</b>	2	<b>67</b>		<b>0</b>	8	<b>35</b>	4	<b>50</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		13	<b>33</b>	1	<b>33</b>		<b>0</b>	4	<b>17</b>	8	<b>100</b>
Door te doen (ervaren)		33	<b>83</b>	3	<b>100</b>	4	<b>67</b>	20	<b>87</b>	6	<b>75</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		96		8		13		47		28	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		2		3		2		2		4	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	22	<b>23</b>		<b>13</b>		<b>46</b>		<b>19</b>		<b>21</b>
	informeel	74	<b>77</b>		<b>88</b>		<b>54</b>		<b>81</b>		<b>79</b>
<b>Medische verrichtingen uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	153	<b>100</b>	75	<b>100</b>	39	<b>100</b>	34	<b>100</b>	2	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		38	<b>25</b>	18	<b>24</b>	7	<b>18</b>	12	<b>35</b>	1	<b>50</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		9	<b>6</b>	7	<b>9</b>		<b>0</b>	2	<b>6</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		71	<b>46</b>	41	<b>55</b>	13	<b>33</b>	17	<b>50</b>		<b>0</b>
Zelfstudie		37	<b>24</b>	23	<b>31</b>	4	<b>10</b>	10	<b>29</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken		114	<b>75</b>	65	<b>87</b>	22	<b>56</b>	27	<b>79</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		53	<b>35</b>	35	<b>47</b>	12	<b>31</b>	6	<b>18</b>		<b>0</b>
Door te doen (ervaren)		142	<b>93</b>	72	<b>96</b>	37	<b>95</b>	32	<b>94</b>	1	<b>50</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		464		261		95		106		2	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	118	<b>25</b>		<b>25</b>		<b>21</b>		<b>29</b>		<b>50</b>
	informeel	346	<b>75</b>		<b>75</b>		<b>79</b>		<b>71</b>		<b>50</b>

<b>Ingrep/operaties voorbereiden</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	124	<b>100</b>	76	<b>100</b>	13	<b>100</b>	32	<b>100</b>	0	
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>26</b>	<b>21</b>	21	<b>28</b>	1	<b>8</b>	4	<b>13</b>		
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>19</b>	<b>15</b>	17	<b>22</b>		<b>0</b>	2	<b>6</b>		
	Supervisie door supervisor/opleider	<b>92</b>	<b>74</b>	60	<b>79</b>	8	<b>62</b>	24	<b>75</b>		
	Zelfstudie	<b>86</b>	<b>69</b>	69	<b>91</b>	6	<b>46</b>	11	<b>34</b>		
	De kunst afkijken	<b>79</b>	<b>64</b>	52	<b>68</b>	4	<b>31</b>	23	<b>72</b>		
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>70</b>	<b>56</b>	57	<b>75</b>	4	<b>31</b>	9	<b>28</b>		
	Door te doen (ervaren)	<b>96</b>	<b>77</b>	62	<b>82</b>	9	<b>69</b>	25	<b>78</b>		
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	468		338		32		98		0	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	4		4		2		3			
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	137	<b>29</b>		<b>29</b>		<b>28</b>		<b>31</b>		
	informeel	331	<b>71</b>		<b>71</b>		<b>72</b>		<b>69</b>		
<b>Ingrep/operaties uitvoeren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	123	<b>100</b>	76	<b>100</b>	12	<b>100</b>	32	<b>100</b>	0	
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>32</b>	<b>26</b>	26	<b>34</b>	1	<b>8</b>	5	<b>16</b>		
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>21</b>	<b>17</b>	19	<b>25</b>		<b>0</b>	2	<b>6</b>		
	Supervisie door supervisor/opleider	<b>108</b>	<b>88</b>	74	<b>97</b>	8	<b>67</b>	26	<b>81</b>		
	Zelfstudie	<b>76</b>	<b>62</b>	57	<b>75</b>	5	<b>42</b>	14	<b>44</b>		
	De kunst afkijken	<b>105</b>	<b>85</b>	69	<b>91</b>	8	<b>67</b>	28	<b>88</b>		
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>63</b>	<b>51</b>	51	<b>67</b>	5	<b>42</b>	7	<b>22</b>		
	Door te doen (ervaren)	<b>109</b>	<b>89</b>	70	<b>92</b>	10	<b>83</b>	29	<b>91</b>		
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	514		366		37		111		0	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	4		5		3		3			
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	161	<b>31</b>		<b>33</b>		<b>24</b>		<b>30</b>		
	informeel	353	<b>69</b>		<b>67</b>		<b>76</b>		<b>70</b>		

## CLUSTER 2

### Mijn manier van werken aanpassen aan de persoonlijkheid van patiënten

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	170	<b>100</b>	76	<b>100</b>	43	<b>100</b>	33	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>56</b>	<b>33</b>	17	<b>22</b>	11	<b>26</b>	19	<b>58</b>	9	<b>60</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>14</b>	<b>8</b>	4	<b>5</b>	2	<b>5</b>	7	<b>21</b>	1	<b>7</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>70</b>	<b>41</b>	26	<b>34</b>	16	<b>37</b>	22	<b>67</b>	6	<b>40</b>
Zelfstudie	<b>30</b>	<b>18</b>	16	<b>21</b>	6	<b>14</b>	6	<b>18</b>	2	<b>13</b>
De kunst afkijken	<b>85</b>	<b>50</b>	43	<b>57</b>	21	<b>49</b>	17	<b>52</b>	4	<b>27</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>51</b>	<b>30</b>	27	<b>36</b>	8	<b>19</b>	7	<b>21</b>	9	<b>60</b>
Door te doen (ervaren)	<b>158</b>	<b>93</b>	73	<b>96</b>	43	<b>100</b>	28	<b>85</b>	14	<b>93</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	464		206		107		106		45	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		2		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	140	<b>30</b>		<b>23</b>		<b>27</b>		<b>45</b>		<b>36</b>
informeel	324	<b>70</b>		<b>77</b>		<b>73</b>		<b>55</b>		<b>64</b>

### Omgaan met ongewenst gedrag van patiënten

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	168	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	34	<b>100</b>	12	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>49</b>	<b>29</b>	19	<b>25</b>	10	<b>23</b>	15	<b>44</b>	5	<b>42</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>18</b>	<b>11</b>	4	<b>5</b>	4	<b>9</b>	9	<b>26</b>	1	<b>8</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>85</b>	<b>51</b>	29	<b>39</b>	25	<b>57</b>	25	<b>74</b>	6	<b>50</b>
Zelfstudie	<b>21</b>	<b>13</b>	11	<b>15</b>	4	<b>9</b>	5	<b>15</b>	1	<b>8</b>
De kunst afkijken	<b>79</b>	<b>47</b>	44	<b>59</b>	15	<b>34</b>	17	<b>50</b>	3	<b>25</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>80</b>	<b>48</b>	37	<b>49</b>	18	<b>41</b>	17	<b>50</b>	8	<b>67</b>
Door te doen (ervaren)	<b>149</b>	<b>89</b>	73	<b>97</b>	40	<b>91</b>	26	<b>76</b>	10	<b>83</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	481		217		116		114		34	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	152	<b>32</b>		<b>24</b>		<b>34</b>		<b>43</b>		<b>35</b>
informeel	329	<b>68</b>		<b>76</b>		<b>66</b>		<b>57</b>		<b>65</b>

<b>Tegenover patiënten duidelijk maken wat ze wel en niet van mij kunnen verwachten</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	172	<b>100</b>	76	<b>100</b>	44	<b>100</b>	34	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>45</b>	<b>26</b>	18	<b>24</b>	7	<b>16</b>	15	<b>44</b>	5	<b>33</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>21</b>	<b>12</b>	6	<b>8</b>	4	<b>9</b>	9	<b>26</b>	2	<b>13</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>94</b>	<b>55</b>	46	<b>61</b>	23	<b>52</b>	19	<b>56</b>	6	<b>40</b>
Zelfstudie	<b>24</b>	<b>14</b>	15	<b>20</b>	2	<b>5</b>	5	<b>15</b>	2	<b>13</b>
De kunst afkijken	<b>87</b>	<b>51</b>	47	<b>62</b>	19	<b>43</b>	17	<b>50</b>	4	<b>27</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>76</b>	<b>44</b>	40	<b>53</b>	18	<b>41</b>	9	<b>26</b>	9	<b>60</b>
Door te doen (ervaren)	<b>154</b>	<b>90</b>	70	<b>92</b>	42	<b>95</b>	28	<b>82</b>	14	<b>93</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	501		242		115		102		42	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	160	<b>32</b>		<b>29</b>		<b>30</b>		<b>42</b>		<b>31</b>
informeel	341	<b>68</b>		<b>71</b>		<b>70</b>		<b>58</b>		<b>69</b>
<b>Slecht nieuws gesprekken voeren met patiënten</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	154	<b>100</b>	71	<b>100</b>	41	<b>100</b>	29	<b>100</b>	10	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>68</b>	<b>44</b>	30	<b>42</b>	15	<b>37</b>	20	<b>69</b>	3	<b>30</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>21</b>	<b>14</b>	8	<b>11</b>	3	<b>7</b>	8	<b>28</b>	2	<b>20</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>104</b>	<b>68</b>	52	<b>73</b>	22	<b>54</b>	24	<b>83</b>	6	<b>60</b>
Zelfstudie	<b>27</b>	<b>18</b>	11	<b>15</b>	6	<b>15</b>	9	<b>31</b>	1	<b>10</b>
De kunst afkijken	<b>109</b>	<b>71</b>	54	<b>76</b>	27	<b>66</b>	23	<b>79</b>	5	<b>50</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>66</b>	<b>43</b>	35	<b>49</b>	15	<b>37</b>	11	<b>38</b>	5	<b>50</b>
Door te doen (ervaren)	<b>125</b>	<b>81</b>	63	<b>89</b>	27	<b>66</b>	26	<b>90</b>	9	<b>90</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	520		253		115		121		31	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		4		3		4		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	193	<b>37</b>		<b>36</b>		<b>35</b>		<b>43</b>		<b>35</b>
informeel	327	<b>63</b>		<b>64</b>		<b>65</b>		<b>57</b>		<b>65</b>

<b>Gesprekken voeren met patiënten voor het verkrijgen van toestemming</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	155	<b>100</b>	76	<b>100</b>	43	<b>100</b>	23	<b>100</b>	10	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		22	<b>14</b>	11	<b>14</b>	3	7	8	<b>35</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		12	<b>8</b>	6	<b>8</b>	2	5	4	<b>17</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		74	<b>48</b>	37	<b>49</b>	22	<b>51</b>	12	<b>52</b>	3	<b>30</b>
Zelfstudie		25	<b>16</b>	13	<b>17</b>	3	7	8	<b>35</b>	1	<b>10</b>
De kunst afkijken		81	<b>52</b>	50	<b>66</b>	18	<b>42</b>	11	<b>48</b>	2	<b>20</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		62	<b>40</b>	35	<b>46</b>	16	<b>37</b>	6	<b>26</b>	5	<b>50</b>
Door te doen (ervaren)		145	<b>94</b>	74	<b>97</b>	42	<b>98</b>	19	<b>83</b>	10	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		421		226		106		68		21	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
	formeel	108	<b>26</b>		<b>24</b>		<b>25</b>		<b>35</b>		<b>14</b>
	informeel	313	<b>74</b>		<b>76</b>		<b>75</b>		<b>65</b>		<b>86</b>
<b>Gesprekken voeren met patiënten over euthanasie</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	66	<b>100</b>	27	<b>100</b>	15	<b>100</b>	22	<b>100</b>	1	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		18	<b>27</b>	6	<b>22</b>		<b>0</b>	11	<b>50</b>	1	<b>100</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		6	<b>9</b>	2	<b>7</b>		<b>0</b>	4	<b>18</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		41	<b>62</b>	17	<b>63</b>	9	<b>60</b>	15	<b>68</b>		<b>0</b>
Zelfstudie		11	<b>17</b>	3	<b>11</b>	2	<b>13</b>	5	<b>23</b>	1	<b>100</b>
De kunst afkijken		29	<b>44</b>	11	<b>41</b>	3	<b>20</b>	15	<b>68</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		23	<b>35</b>	9	<b>33</b>	4	<b>27</b>	9	<b>41</b>	1	<b>100</b>
Door te doen (ervaren)		43	<b>65</b>	20	<b>74</b>	13	<b>87</b>	9	<b>41</b>	1	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		171		68		31		68		4	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
	formeel	65	<b>38</b>		<b>37</b>		<b>29</b>		<b>44</b>		<b>25</b>
	informeel	106	<b>62</b>		<b>63</b>		<b>71</b>		<b>56</b>		<b>75</b>



<b>Gesprekken voeren met familie en bekenden van patiënten</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	155	<b>100</b>	71	<b>100</b>	40	<b>100</b>	32	<b>100</b>	9	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		27	17	10	14	6	15	10	31	1	11
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		18	12	7	10	5	13	6	19		0
Supervisie door supervisor/opleider		71	46	34	48	19	48	17	53	1	11
Zelfstudie		22	14	12	17	4	10	5	16	1	11
De kunst afkijken		100	65	52	73	25	63	21	66	2	22
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		58	37	30	42	15	38	11	34	2	22
Door te doen (ervaren)		146	94	71	100	39	98	27	84	9	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		442		216		113		97		16	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		3		3		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	116	26		24		27		34		13
	informeel	326	74		76		73		66		88

### CLUSTER 3

<b>Het medisch dossier van patiënten bijhouden</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	171	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	34	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		16	9	7	9	1	2	5	15	3	20
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		19	11	11	15	3	7	3	9	2	13
Supervisie door supervisor/opleider		88	51	43	57	23	52	16	47	6	40
Zelfstudie		30	18	16	21	7	16	6	18	1	7
De kunst afkijken		116	68	64	85	20	45	21	62	11	73
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		67	39	37	49	11	25	11	32	8	53
Door te doen (ervaren)		161	94	73	97	42	95	32	94	14	93
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		497		251		107		94		45	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	123	25		24		25		26		24
	informeel	374	75		76		75		74		76

<b>Patiëntgegevens verwerken met behulp van een computerprogramma</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	131	<b>100</b>	59	<b>100</b>	26	<b>100</b>	31	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>13</b>	<b>10</b>	4	<b>7</b>	5	<b>19</b>	2	<b>6</b>	2	<b>14</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>5</b>	<b>4</b>	2	<b>3</b>	2	<b>8</b>	1	<b>3</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>43</b>	<b>33</b>	13	<b>22</b>	8	<b>31</b>	19	<b>61</b>	3	<b>21</b>
Zelfstudie		<b>40</b>	<b>31</b>	19	<b>32</b>	7	<b>27</b>	9	<b>29</b>	5	<b>36</b>
De kunst afkijken		<b>63</b>	<b>48</b>	32	<b>54</b>	10	<b>38</b>	17	<b>55</b>	4	<b>29</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>58</b>	<b>44</b>	32	<b>54</b>	11	<b>42</b>	8	<b>26</b>	7	<b>50</b>
Door te doen (ervaren)		<b>119</b>	<b>91</b>	53	<b>90</b>	24	<b>92</b>	29	<b>94</b>	13	<b>93</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		341		155		67		85		34	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		3		3		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	61	<b>18</b>		<b>12</b>		<b>22</b>		<b>26</b>		<b>15</b>
	informeel	280	<b>82</b>		<b>88</b>		<b>78</b>		<b>74</b>		<b>85</b>
<b>De opname van een patiënt regelen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	133	<b>100</b>	60	<b>100</b>	36	<b>100</b>	33	<b>100</b>	1	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>5</b>	<b>4</b>	2	<b>3</b>		<b>0</b>	3	<b>9</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>7</b>	<b>5</b>	2	<b>3</b>	2	<b>6</b>	3	<b>9</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>64</b>	<b>48</b>	28	<b>47</b>	16	<b>44</b>	20	<b>61</b>		<b>0</b>
Zelfstudie		<b>21</b>	<b>16</b>	11	<b>18</b>	4	<b>11</b>	6	<b>18</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken		<b>72</b>	<b>54</b>	41	<b>68</b>	14	<b>39</b>	17	<b>52</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>66</b>	<b>50</b>	37	<b>62</b>	17	<b>47</b>	12	<b>36</b>		<b>0</b>
Door te doen (ervaren)		<b>122</b>	<b>92</b>	57	<b>95</b>	35	<b>97</b>	29	<b>88</b>	1	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		357		178		88		90		1	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	76	<b>21</b>		<b>18</b>		<b>20</b>		<b>29</b>		<b>0</b>
	informeel	281	<b>79</b>		<b>82</b>		<b>80</b>		<b>71</b>		<b>100</b>

<b>Brieven schrijven en/of dicteren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	166	<b>100</b>	72	<b>100</b>	45	<b>100</b>	31	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		2	<b>1</b>	1	<b>1</b>		<b>0</b>	1	<b>3</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		7	<b>4</b>	3	<b>4</b>	1	<b>2</b>	2	<b>6</b>	1	<b>7</b>
Supervisie door supervisor/opleider		96	<b>58</b>	43	<b>60</b>	30	<b>67</b>	17	<b>55</b>	6	<b>40</b>
Zelfstudie		24	<b>14</b>	13	<b>18</b>	3	<b>7</b>	6	<b>19</b>	2	<b>13</b>
De kunst afkijken		93	<b>56</b>	48	<b>67</b>	20	<b>44</b>	15	<b>48</b>	10	<b>67</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		56	<b>34</b>	30	<b>42</b>	14	<b>31</b>	6	<b>19</b>	6	<b>40</b>
Door te doen (ervaren)		156	<b>94</b>	68	<b>94</b>	43	<b>96</b>	30	<b>97</b>	15	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		434		206		111		77		40	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		2		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	105	<b>24</b>		<b>23</b>		<b>28</b>		<b>26</b>		<b>18</b>
	informeel	329	<b>76</b>		<b>77</b>		<b>72</b>		<b>74</b>		<b>83</b>
<b>Formulieren invullen en/of ondertekenen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	170	<b>100</b>	76	<b>100</b>	43	<b>100</b>	35	<b>100</b>	13	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		4	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	4	<b>11</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		2	<b>1</b>	2	<b>3</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		66	<b>39</b>	26	<b>34</b>	18	<b>42</b>	17	<b>49</b>	5	<b>38</b>
Zelfstudie		22	<b>13</b>	12	<b>16</b>	2	<b>5</b>	6	<b>17</b>	2	<b>15</b>
De kunst afkijken		74	<b>44</b>	39	<b>51</b>	15	<b>35</b>	16	<b>46</b>	4	<b>31</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		70	<b>41</b>	35	<b>46</b>	16	<b>37</b>	12	<b>34</b>	7	<b>54</b>
Door te doen (ervaren)		157	<b>92</b>	72	<b>95</b>	42	<b>98</b>	31	<b>89</b>	12	<b>92</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		395		186		93		86		30	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		2		2		2		2		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	72	<b>18</b>		<b>15</b>		<b>19</b>		<b>24</b>		<b>17</b>
	informeel	323	<b>82</b>		<b>85</b>		<b>81</b>		<b>76</b>		<b>83</b>

<b>Vorbereiden van een patiëntenoverdracht</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	145	<b>100</b>	74	<b>100</b>	39	<b>100</b>	20	<b>100</b>	9	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>1</b>	<b>1</b>	1	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>26</b>	<b>18</b>	16	<b>22</b>	5	<b>13</b>	5	<b>25</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>58</b>	<b>40</b>	30	<b>41</b>	16	<b>41</b>	10	<b>50</b>	2	<b>22</b>
Zelfstudie		<b>27</b>	<b>19</b>	18	<b>24</b>	1	<b>3</b>	8	<b>40</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken		<b>83</b>	<b>57</b>	57	<b>77</b>	16	<b>41</b>	8	<b>40</b>	2	<b>22</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>46</b>	<b>32</b>	35	<b>47</b>	6	<b>15</b>	3	<b>15</b>	2	<b>22</b>
Door te doen (ervaren)		<b>135</b>	<b>93</b>	71	<b>96</b>	37	<b>95</b>	18	<b>90</b>	9	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		376		228		81		52		15	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		3		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	85	<b>23</b>		<b>21</b>		<b>26</b>		<b>29</b>		<b>13</b>
	informeel	291	<b>77</b>		<b>79</b>		<b>74</b>		<b>71</b>		<b>87</b>
<b>Zelf een patiënt overdragen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	148	<b>100</b>	75	<b>100</b>	38	<b>100</b>	26	<b>100</b>	6	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	1	<b>4</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>15</b>	<b>10</b>	8	<b>11</b>	3	<b>8</b>	4	<b>15</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>59</b>	<b>40</b>	32	<b>43</b>	15	<b>39</b>	11	<b>42</b>	1	<b>17</b>
Zelfstudie		<b>20</b>	<b>14</b>	13	<b>17</b>	2	<b>5</b>	5	<b>19</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken		<b>99</b>	<b>67</b>	62	<b>83</b>	20	<b>53</b>	16	<b>62</b>	1	<b>17</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>44</b>	<b>30</b>	28	<b>37</b>	10	<b>26</b>	5	<b>19</b>	1	<b>17</b>
Door te doen (ervaren)		<b>139</b>	<b>94</b>	74	<b>99</b>	37	<b>97</b>	22	<b>85</b>	6	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		377		217		87		64		9	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		2		2		2	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	75	<b>20</b>		<b>18</b>		<b>21</b>		<b>25</b>		<b>11</b>
	informeel	302	<b>80</b>		<b>82</b>		<b>79</b>		<b>75</b>		<b>89</b>

CLUSTER 4

Totaal

Uitstroomprofiel

<b>Jongerejaars arts-assistenten superviseren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	86	<b>100</b>	57	<b>100</b>	21	<b>100</b>	3	<b>100</b>	3	<b>100</b>
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	2	2	2	4		0		0		0
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	1	1	1	2		0		0		0
	Supervisie door supervisor/opleider	20	23	14	25	5	24		0	1	33
	Zelfstudie	14	16	11	19	2	10	1	33		0
	De kunst afkijken	46	53	36	63	9	43	1	33		0
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	29	34	24	42	5	24		0		0
	Door te doen (ervaren)	81	94	55	96	21	100	2	67	3	100
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	193		143		42		4		4	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		3		2		1		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	23	12		12		12		0		25
	informeel	170	88		88		88		100		75
<b>Co-assistenten superviseren</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	128	<b>100</b>	70	<b>100</b>	43	<b>100</b>	6	<b>100</b>	12	<b>100</b>
	Docentgebonden cursorisch onderwijs	4	3	3	4	1	2		0		0
	Gestructureerde patiëntenbesprekingen	5	4	3	4	1	2	1	17		0
	Supervisie door supervisor/opleider	23	18	12	17	8	19	1	17	2	17
	Zelfstudie	17	13	15	21	1	2	1	17		0
	De kunst afkijken	60	47	39	56	17	40	3	50	1	8
	Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	41	32	25	36	13	30	1	17	2	17
	Door te doen (ervaren)	123	96	69	99	37	86	5	83	12	100
	Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	273		166		78		12		17	
	Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	32	12		11		13		17		12
	informeel	241	88		89		87		83		88
<b>Feedback geven op het handelen van collega's</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	150	<b>100</b>	69	<b>100</b>	44	<b>100</b>	27	<b>100</b>	15	<b>100</b>

Docentgebonden cursorisch onderwijs	27	18	6	9	2	5	17	63	2	13
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	12	8	2	3	4	9	3	11	3	20
Supervisie door supervisor/opleider	28	19	13	19	5	11	6	22	4	27
Zelfstudie	18	12	11	16	2	5	5	19		0
De kunst afkijken	50	33	31	45	8	18	9	33	2	13
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	55	37	25	36	17	39	7	26	6	40
Door te doen (ervaren)	125	83	66	96	32	73	16	59	11	73
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	315		154		70		63		28	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	67	21		14		16		41		32
informeel	248	79		86		84		59		68

#### Met feedback omgaan die ik van collega's krijg

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	167	100	73	100	45	100	33	100	15	100
Docentgebonden cursorisch onderwijs	24	14	1	1	3	7	17	52	3	20
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	12	7	3	4	2	4	6	18	1	7
Supervisie door supervisor/opleider	30	18	10	14	4	9	13	39	3	20
Zelfstudie	15	9	7	10	2	4	4	12	2	13
De kunst afkijken	27	16	14	19	7	16	4	12	2	13
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	46	28	21	29	13	29	7	21	5	33
Door te doen (ervaren)	139	83	67	92	39	87	20	61	13	87
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	293		123		70		71		29	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	66	23		11		13		51		24
informeel	227	77		89		87		49		76

#### Leiding geven aan een team

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	80	100	46	100	22	100	5	100	6	100

Docentgebonden cursorisch onderwijs	5	6	3	7	2	9	0	0		
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	3	4	1	2	1	5	0	1	17	
Supervisie door supervisor/opleider	31	39	13	28	15	68	1	20	2	33
Zelfstudie	12	15	9	20	3	14	0	0	0	
De kunst afkijken	47	59	31	67	11	50	4	80	1	17
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	23	29	14	30	6	27	2	40	1	17
Door te doen (ervaren)	78	98	45	98	22	100	5	100	6	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	199		116		60		12		11	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		3		3		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	39	20		15		30		8		27
informeel	160	80		85		70		92		73

#### Leiding geven aan een afdeling/praktijk

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	49	100	17	100	17	100	13	100	1	100
Docentgebonden cursorisch onderwijs	5	10	1	6		0	4	31		0
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	4	8	1	6	1	6	1	8	1	100
Supervisie door supervisor/opleider	22	45	5	29	10	59	6	46	1	100
Zelfstudie	6	12	3	18	2	12	1	8		0
De kunst afkijken	30	61	11	65	10	59	9	69		0
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	18	37	7	41	7	41	3	23	1	100
Door te doen (ervaren)	46	94	16	94	17	100	12	92	1	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	131		44		47		36		4	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		4	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	31	24		16		23		31		50
informeel	100	76		84		77		69		50

#### Samenwerken in een multidisciplinair team

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	132	100	61	100	41	100	17	100	14	100

Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>8</b>	<b>6</b>	3	<b>5</b>	3	<b>7</b>	1	<b>6</b>	1	<b>7</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>19</b>	<b>14</b>	7	<b>11</b>	9	<b>22</b>	3	<b>18</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>55</b>	<b>42</b>	25	<b>41</b>	21	<b>51</b>	5	<b>29</b>	4	<b>29</b>
Zelfstudie	<b>19</b>	<b>14</b>	13	<b>21</b>	4	<b>10</b>	1	<b>6</b>	1	<b>7</b>
De kunst afkijken	<b>71</b>	<b>54</b>	40	<b>66</b>	21	<b>51</b>	7	<b>41</b>	3	<b>21</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>56</b>	<b>42</b>	26	<b>43</b>	19	<b>46</b>	5	<b>29</b>	6	<b>43</b>
Door te doen (ervaren)	<b>128</b>	<b>97</b>	58	<b>95</b>	39	<b>95</b>	17	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	356		172		116		39		29	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	82	<b>23</b>		<b>20</b>		<b>28</b>		<b>23</b>		<b>17</b>
informeel	274	<b>77</b>		<b>80</b>		<b>72</b>		<b>77</b>		<b>83</b>

#### Samenwerken met verpleegkundigen

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	141	<b>100</b>	75	<b>100</b>	38	<b>100</b>	20	<b>100</b>	7	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>1</b>	<b>1</b>	1	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>8</b>	<b>6</b>	1	<b>1</b>	6	<b>16</b>	1	<b>5</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>36</b>	<b>26</b>	18	<b>24</b>	13	<b>34</b>	5	<b>25</b>		<b>0</b>
Zelfstudie	<b>13</b>	<b>9</b>	11	<b>15</b>	2	<b>5</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken	<b>60</b>	<b>43</b>	43	<b>57</b>	13	<b>34</b>	4	<b>20</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>43</b>	<b>30</b>	29	<b>39</b>	10	<b>26</b>	4	<b>20</b>		<b>0</b>
Door te doen (ervaren)	<b>138</b>	<b>98</b>	74	<b>99</b>	38	<b>100</b>	19	<b>95</b>	7	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	299		177		82		33		7	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	45	<b>15</b>		<b>11</b>		<b>23</b>		<b>18</b>		<b>0</b>
informeel	254	<b>85</b>		<b>89</b>		<b>77</b>		<b>82</b>		<b>100</b>

#### Samenwerken met paramedici

	TN	T%	1N	1%	2N	2%	3N	3%	4N	4%
<b>aantal respondenten</b>	141	<b>100</b>	67	<b>100</b>	38	<b>100</b>	26	<b>100</b>	9	<b>100</b>



Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>0</b>	1	<b>3</b>	2	<b>8</b>	1	<b>11</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>10</b>	7	1	<b>1</b>	6	<b>16</b>	3	<b>12</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>28</b>	<b>20</b>	9	<b>13</b>	11	<b>29</b>	7	<b>27</b>	1	<b>11</b>
Zelfstudie	<b>16</b>	<b>11</b>	8	<b>12</b>	5	<b>13</b>	3	<b>12</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken	<b>51</b>	<b>36</b>	29	<b>43</b>	13	<b>34</b>	8	<b>31</b>	1	<b>11</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>39</b>	<b>28</b>	23	<b>34</b>	8	<b>21</b>	6	<b>23</b>	2	<b>22</b>
Door te doen (ervaren)	<b>138</b>	<b>98</b>	66	<b>99</b>	38	<b>100</b>	25	<b>96</b>	9	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	286		136		82		54		14	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	42	<b>15</b>		<b>7</b>		<b>22</b>		<b>22</b>		<b>14</b>
informeel	244	<b>85</b>		<b>93</b>		<b>78</b>		<b>78</b>		<b>86</b>

<b>Samenwerken met mensen die geestelijke ondersteuning bieden aan patiënten</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	86	<b>100</b>	43	<b>100</b>	32	<b>100</b>	10	<b>100</b>	2	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>1</b>	<b>1</b>	1	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>8</b>	<b>9</b>	4	<b>9</b>	3	<b>9</b>	1	<b>10</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Zelfstudie	<b>3</b>	<b>3</b>	2	<b>5</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	1	<b>50</b>
De kunst afkijken	<b>13</b>	<b>15</b>	8	<b>19</b>	2	<b>6</b>	2	<b>20</b>	1	<b>50</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>11</b>	<b>13</b>	6	<b>14</b>	3	<b>9</b>	1	<b>10</b>	1	<b>50</b>
Door te doen (ervaren)	<b>83</b>	<b>97</b>	41	<b>95</b>	31	<b>97</b>	10	<b>100</b>	1	<b>50</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	119		62		39		14		4	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	1		1		1		1		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	9	<b>8</b>		<b>8</b>		<b>8</b>		<b>7</b>		<b>0</b>
informeel	110	<b>92</b>		<b>92</b>		<b>92</b>		<b>93</b>		<b>100</b>

<b>Samenwerken met ondersteunend personeel</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	169	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	35	<b>100</b>	15	<b>100</b>

Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>9</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>23</b>	<b>14</b>	13	<b>17</b>	2	<b>5</b>	7	<b>20</b>	1	<b>7</b>
Zelfstudie	<b>11</b>	<b>7</b>	7	<b>9</b>	2	<b>5</b>	2	<b>6</b>		<b>0</b>
De kunst afkijken	<b>58</b>	<b>34</b>	29	<b>39</b>	10	<b>23</b>	18	<b>51</b>	1	<b>7</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>51</b>	<b>30</b>	23	<b>31</b>	15	<b>34</b>	10	<b>29</b>	3	<b>20</b>
Door te doen (ervaren)	<b>166</b>	<b>98</b>	73	<b>97</b>	44	<b>100</b>	34	<b>97</b>	15	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	312		145		73		74		20	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	26	<b>8</b>		<b>9</b>		<b>3</b>		<b>14</b>		<b>5</b>
informeel	286	<b>92</b>		<b>91</b>		<b>97</b>		<b>86</b>		<b>95</b>

**Binnen de marges een planning maken van mijn werkzaamheden**

	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	153	<b>100</b>	66	<b>100</b>	43	<b>100</b>	30	<b>100</b>	15	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>10</b>	<b>7</b>		<b>0</b>	2	<b>5</b>	6	<b>20</b>	2	<b>13</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>1</b>	<b>1</b>	1	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>30</b>	<b>20</b>	12	<b>18</b>	4	<b>9</b>	10	<b>33</b>	4	<b>27</b>
Zelfstudie	<b>22</b>	<b>14</b>	11	<b>17</b>	4	<b>9</b>	6	<b>20</b>	1	<b>7</b>
De kunst afkijken	<b>51</b>	<b>33</b>	29	<b>44</b>	10	<b>23</b>	9	<b>30</b>	3	<b>20</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>41</b>	<b>27</b>	20	<b>30</b>	10	<b>23</b>	7	<b>23</b>	4	<b>27</b>
Door te doen (ervaren)	<b>149</b>	<b>97</b>	64	<b>97</b>	42	<b>98</b>	28	<b>93</b>	15	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	304		137		72		66		29	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	41	<b>13</b>		<b>9</b>		<b>8</b>		<b>24</b>		<b>21</b>
informeel	263	<b>87</b>		<b>91</b>		<b>92</b>		<b>76</b>		<b>79</b>

**De planning van mijn werkzaamheden afstemmen in overleg met collega's**

	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	144	<b>100</b>	68	<b>100</b>	39	<b>100</b>	27	<b>100</b>	11	<b>100</b>

Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	4	<b>15</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>2</b>	<b>1</b>	1	<b>1</b>	1	<b>3</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>30</b>	<b>21</b>	11	<b>16</b>	4	<b>10</b>	12	<b>44</b>	3	<b>27</b>
Zelfstudie	<b>8</b>	<b>6</b>	5	<b>7</b>		<b>0</b>	2	<b>7</b>	1	<b>9</b>
De kunst afkijken	<b>39</b>	<b>27</b>	26	<b>38</b>	7	<b>18</b>	6	<b>22</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>60</b>	<b>42</b>	30	<b>44</b>	18	<b>46</b>	8	<b>30</b>	4	<b>36</b>
Door te doen (ervaren)	<b>137</b>	<b>95</b>	64	<b>94</b>	36	<b>92</b>	26	<b>96</b>	11	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	280		137		66		58		19	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	36	<b>13</b>		<b>9</b>		<b>8</b>		<b>28</b>		<b>16</b>
informeel	244	<b>87</b>		<b>91</b>		<b>92</b>		<b>72</b>		<b>84</b>

<b>Omgaan met onverwachte gebeurtenissen die mijn planning door de war gooien</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	160	<b>100</b>	71	<b>100</b>	44	<b>100</b>	31	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>3</b>	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	3	<b>10</b>		<b>0</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>0</b>		<b>0</b>	1	<b>3</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>30</b>	<b>19</b>	12	<b>17</b>	7	<b>16</b>	9	<b>29</b>	2	<b>14</b>
Zelfstudie	<b>12</b>	<b>8</b>	6	<b>8</b>	2	<b>5</b>	3	<b>10</b>	1	<b>7</b>
De kunst afkijken	<b>38</b>	<b>24</b>	21	<b>30</b>	7	<b>16</b>	10	<b>32</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>42</b>	<b>26</b>	22	<b>31</b>	14	<b>32</b>	6	<b>19</b>		<b>0</b>
Door te doen (ervaren)	<b>156</b>	<b>98</b>	69	<b>97</b>	43	<b>98</b>	30	<b>97</b>	14	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	282		130		73		62		17	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	34	<b>12</b>		<b>9</b>		<b>10</b>		<b>21</b>		<b>12</b>
informeel	248	<b>88</b>		<b>91</b>		<b>90</b>		<b>79</b>		<b>88</b>

## CLUSTER 5

<b>De grenzen van mijn specialisme bewaken</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	142	<b>100</b>	64	<b>100</b>	40	<b>100</b>	27	<b>100</b>	10	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>20</b>	<b>14</b>	4	<b>6</b>	1	<b>3</b>	10	<b>37</b>	5	<b>50</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>21</b>	<b>15</b>	6	<b>9</b>	8	<b>20</b>	6	<b>22</b>	1	<b>10</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>97</b>	<b>68</b>	42	<b>66</b>	29	<b>73</b>	21	<b>78</b>	5	<b>50</b>
Zelfstudie	<b>25</b>	<b>18</b>	15	<b>23</b>	3	<b>8</b>	6	<b>22</b>	1	<b>10</b>
De kunst afkijken	<b>53</b>	<b>37</b>	29	<b>45</b>	12	<b>30</b>	11	<b>41</b>	1	<b>10</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>71</b>	<b>50</b>	33	<b>52</b>	17	<b>43</b>	13	<b>48</b>	8	<b>80</b>
Door te doen (ervaren)	<b>119</b>	<b>84</b>	56	<b>88</b>	37	<b>93</b>	18	<b>67</b>	8	<b>80</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	406		185		107		85		29	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	138	<b>34</b>		<b>28</b>		<b>36</b>		<b>44</b>		<b>38</b>
informeel	268	<b>66</b>		<b>72</b>		<b>64</b>		<b>56</b>		<b>62</b>
<b>Bij het bereiken van mijn medische bekwaamheid een supervisor/opleider raadplegen</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	163	<b>100</b>	75	<b>100</b>	43	<b>100</b>	33	<b>100</b>	12	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>15</b>	<b>9</b>	3	<b>4</b>	3	<b>7</b>	7	<b>21</b>	2	<b>17</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>21</b>	<b>13</b>	9	<b>12</b>	5	<b>12</b>	6	<b>18</b>	1	<b>8</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>114</b>	<b>70</b>	52	<b>69</b>	32	<b>74</b>	21	<b>64</b>	9	<b>75</b>
Zelfstudie	<b>22</b>	<b>13</b>	16	<b>21</b>	2	<b>5</b>	3	<b>9</b>	1	<b>8</b>
De kunst afkijken	<b>47</b>	<b>29</b>	30	<b>40</b>	9	<b>21</b>	7	<b>21</b>	1	<b>8</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>75</b>	<b>46</b>	43	<b>57</b>	18	<b>42</b>	11	<b>33</b>	3	<b>25</b>
Door te doen (ervaren)	<b>130</b>	<b>80</b>	62	<b>83</b>	35	<b>81</b>	23	<b>70</b>	10	<b>83</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	424		215		104		78		27	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	150	<b>35</b>		<b>30</b>		<b>38</b>		<b>44</b>		<b>44</b>
informeel	274	<b>65</b>		<b>70</b>		<b>62</b>		<b>56</b>		<b>56</b>

<b>Me aanpassen aan een nieuwe omgeving</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	147	<b>100</b>	67	<b>100</b>	38	<b>100</b>	33	<b>100</b>	9	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	2	1		0		0	2	6		0
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	6	4	2	3	2	5	1	3	1	11
Supervisie door supervisor/opleider	20	14	10	15	5	13	3	9	2	22
Zelfstudie	11	7	6	9	1	3	4	12		0
De kunst afkijken	38	26	29	43	5	13	4	12		0
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	57	39	31	46	17	45	8	24	1	11
Door te doen (ervaren)	145	99	65	97	38	100	33	100	9	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	279		143		68		55		13	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	28	10		8		10		11		23
informeel	251	90		92		90		89		77
<b>Mijn plaats als arts-assistent afbakenen binnen de hiërarchie van mijn afdeling/praktijk</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	122	<b>100</b>	61	<b>100</b>	38	<b>100</b>	21	<b>100</b>	1	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	3	2	1	2		0	2	10		0
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	2	2	1	2	1	3		0		0
Supervisie door supervisor/opleider	21	17	9	15	7	18	5	24		0
Zelfstudie	7	6	4	7		0	3	14		0
De kunst afkijken	41	34	29	48	8	21	4	19		0
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	54	44	25	41	20	53	9	43		0
Door te doen (ervaren)	118	97	59	97	38	100	20	95	1	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	246		128		74		43		1	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		1	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	26	11		9		11		16		0
informeel	220	89		91		89		84		100

<b>Privé en werk van elkaar scheiden</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	157	<b>100</b>	71	<b>100</b>	43	<b>100</b>	32	<b>100</b>	11	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		4	3		0		0	4	13		0
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		0	0		0		0		0		0
Supervisie door supervisor/opleider		10	6	3	4	2	5	3	9	2	18
Zelfstudie		6	4	4	6	1	2	1	3		0
De kunst afkijken		30	19	16	23	7	16	7	22		0
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		43	27	15	21	15	35	11	34	2	18
Door te doen (ervaren)		151	96	70	99	41	95	30	94	10	91
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		244		108		66		56		14	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		2		2		2		2		1	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	14	6		3		3		13		14
	informeel	230	94		97		97		88		86

#### CLUSTER 6

<b>Een referaat houden</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	148	<b>100</b>	73	<b>100</b>	41	<b>100</b>	28	<b>100</b>	6	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		32	22	9	12	4	10	17	61	2	33
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		22	15	11	15	4	10	5	18	2	33
Supervisie door supervisor/opleider		61	41	34	47	19	46	4	14	4	67
Zelfstudie		85	57	47	64	21	51	15	54	2	33
De kunst afkijken		105	71	62	85	25	61	17	61	1	17
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		48	32	28	38	15	37	3	11	2	33
Door te doen (ervaren)		141	95	69	95	39	95	27	96	6	100
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		494		260		127		88		19	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		4		3		3		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	115	23		21		21		30		42
	informeel	379	77		79		79		70		58

<b>Een artikel schrijven</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	106	<b>100</b>	66	<b>100</b>	30	<b>100</b>	8	<b>100</b>	3	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>11</b>	<b>10</b>	4	<b>6</b>	2	<b>7</b>	3	<b>38</b>	2	<b>67</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>1</b>	<b>1</b>	1	<b>2</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>76</b>	<b>72</b>	53	<b>80</b>	19	<b>63</b>	3	<b>38</b>	1	<b>33</b>
Zelfstudie		<b>48</b>	<b>45</b>	28	<b>42</b>	14	<b>47</b>	5	<b>63</b>	1	<b>33</b>
De kunst afkijken		<b>52</b>	<b>49</b>	38	<b>58</b>	9	<b>30</b>	4	<b>50</b>	1	<b>33</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>35</b>	<b>33</b>	22	<b>33</b>	9	<b>30</b>	3	<b>38</b>	1	<b>33</b>
Door te doen (ervaren)		<b>97</b>	<b>92</b>	61	<b>92</b>	28	<b>93</b>	5	<b>63</b>	3	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		320		207		81		23		9	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		3		3		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	88	<b>28</b>		<b>28</b>		<b>26</b>		<b>26</b>		<b>33</b>
	informeel	232	<b>73</b>		<b>72</b>		<b>74</b>		<b>74</b>		<b>67</b>
<b>Onderzoek doen</b>		<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	<b>aantal respondenten</b>	112	<b>100</b>	64	<b>100</b>	26	<b>100</b>	16	<b>100</b>	7	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs		<b>23</b>	<b>21</b>	3	<b>5</b>	4	<b>15</b>	12	<b>75</b>	4	<b>57</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen		<b>0</b>	<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider		<b>70</b>	<b>63</b>	47	<b>73</b>	14	<b>54</b>	3	<b>19</b>	6	<b>86</b>
Zelfstudie		<b>59</b>	<b>53</b>	38	<b>59</b>	12	<b>46</b>	7	<b>44</b>	2	<b>29</b>
De kunst afkijken		<b>43</b>	<b>38</b>	33	<b>52</b>	5	<b>19</b>	4	<b>25</b>	1	<b>14</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's		<b>44</b>	<b>39</b>	27	<b>42</b>	11	<b>42</b>	4	<b>25</b>	2	<b>29</b>
Door te doen (ervaren)		<b>105</b>	<b>94</b>	61	<b>95</b>	26	<b>100</b>	11	<b>69</b>	7	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning		344		209		72		41		22	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent		3		3		3		3		3	
	Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
	formeel	93	<b>27</b>		<b>24</b>		<b>25</b>		<b>37</b>		<b>45</b>
	informeel	251	<b>73</b>		<b>76</b>		<b>75</b>		<b>63</b>		<b>55</b>

<b>Zelf lacunes in mijn kennis en vaardigheden vaststellen</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	164	<b>100</b>	73	<b>100</b>	43	<b>100</b>	34	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>41</b>	<b>25</b>	10	<b>14</b>	7	<b>16</b>	19	<b>56</b>	5	<b>36</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>27</b>	<b>16</b>	11	<b>15</b>	7	<b>16</b>	7	<b>21</b>	2	<b>14</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>80</b>	<b>49</b>	33	<b>45</b>	24	<b>56</b>	16	<b>47</b>	7	<b>50</b>
Zelfstudie	<b>93</b>	<b>57</b>	44	<b>60</b>	25	<b>58</b>	16	<b>47</b>	8	<b>57</b>
De kunst afkijken	<b>28</b>	<b>17</b>	16	<b>22</b>	4	<b>9</b>	5	<b>15</b>	3	<b>21</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>58</b>	<b>35</b>	24	<b>33</b>	18	<b>42</b>	9	<b>26</b>	7	<b>50</b>
Door te doen (ervaren)	<b>116</b>	<b>71</b>	54	<b>74</b>	31	<b>72</b>	20	<b>59</b>	11	<b>79</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	443		192		116		92		43	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	148	<b>33</b>		<b>28</b>		<b>33</b>		<b>46</b>		<b>33</b>
informeel	295	<b>67</b>		<b>72</b>		<b>67</b>		<b>54</b>		<b>67</b>
<b>Zorgen dat ik de lacunes in mijn kennis en vaardigheden opvul</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	168	<b>100</b>	75	<b>100</b>	44	<b>100</b>	34	<b>100</b>	14	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>51</b>	<b>30</b>	14	<b>19</b>	14	<b>32</b>	17	<b>50</b>	6	<b>43</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>33</b>	<b>20</b>	12	<b>16</b>	9	<b>20</b>	10	<b>29</b>	2	<b>14</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>82</b>	<b>49</b>	32	<b>43</b>	25	<b>57</b>	17	<b>50</b>	8	<b>57</b>
Zelfstudie	<b>148</b>	<b>88</b>	63	<b>84</b>	41	<b>93</b>	31	<b>91</b>	13	<b>93</b>
De kunst afkijken	<b>36</b>	<b>21</b>	20	<b>27</b>	7	<b>16</b>	8	<b>24</b>	1	<b>7</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>84</b>	<b>50</b>	38	<b>51</b>	25	<b>57</b>	12	<b>35</b>	9	<b>64</b>
Door te doen (ervaren)	<b>86</b>	<b>51</b>	37	<b>49</b>	25	<b>57</b>	16	<b>47</b>	8	<b>57</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	520		216		146		111		47	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3		3		3		3		3	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	166	<b>32</b>		<b>27</b>		<b>33</b>		<b>40</b>		<b>34</b>
informeel	354	<b>68</b>		<b>73</b>		<b>67</b>		<b>60</b>		<b>66</b>
informeel	206	<b>6655</b>		<b>47</b>		<b>43</b>		<b>38</b>		<b>44</b>



<b>Lesgeven aan arts-assistenten</b>	<b>aantal respondenten</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	55	<b>100</b>		22	<b>100</b>	15	<b>100</b>	18	<b>100</b>	0	<b>#####</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	16	<b>29</b>		3	<b>14</b>	1	<b>7</b>	12	<b>67</b>		<b>#####</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	4	<b>7</b>		2	<b>9</b>	1	<b>7</b>	1	<b>6</b>		<b>#####</b>
Supervisie door supervisor/opleider	11	<b>20</b>		6	<b>27</b>	3	<b>20</b>	2	<b>11</b>		<b>#####</b>
Zelfstudie	25	<b>45</b>		9	<b>41</b>	5	<b>33</b>	11	<b>61</b>		<b>#####</b>
De kunst afkijken	29	<b>53</b>		13	<b>59</b>	6	<b>40</b>	10	<b>56</b>		<b>#####</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	16	<b>29</b>		8	<b>36</b>	3	<b>20</b>	5	<b>28</b>		<b>#####</b>
Door te doen (ervaren)	51	<b>93</b>		21	<b>95</b>	14	<b>93</b>	16	<b>89</b>		<b>#####</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	152			62		33		57		0	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	3			3		2		3		#DEEL/0!	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
formeel	31	<b>20</b>			<b>18</b>		<b>15</b>		<b>26</b>		<b>#####</b>
informeel	121	<b>80</b>			<b>82</b>		<b>85</b>		<b>74</b>		<b>#####</b>
informeel	96	<b>3474</b>			<b>71</b>		<b>72</b>		<b>69</b>		<b>#####</b>
<b>Lesgeven aan co-assistenten</b>	<b>aantal respondenten</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
	79	<b>100</b>		54	<b>100</b>	23	<b>100</b>	2	<b>100</b>	0	<b>#####</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	3	<b>4</b>		2	<b>4</b>	1	<b>4</b>		<b>0</b>		<b>#####</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	7	<b>9</b>		5	<b>9</b>	2	<b>9</b>		<b>0</b>		<b>#####</b>
Supervisie door supervisor/opleider	13	<b>16</b>		11	<b>20</b>	2	<b>9</b>		<b>0</b>		<b>#####</b>
Zelfstudie	37	<b>47</b>		27	<b>50</b>	9	<b>39</b>	1	<b>50</b>		<b>#####</b>
De kunst afkijken	34	<b>43</b>		26	<b>48</b>	7	<b>30</b>	1	<b>50</b>		<b>#####</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	16	<b>20</b>		11	<b>20</b>	5	<b>22</b>		<b>0</b>		<b>#####</b>
Door te doen (ervaren)	75	<b>95</b>		51	<b>94</b>	22	<b>96</b>	2	<b>100</b>		<b>#####</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	185			133		48		4		0	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2			2		2		2		#DEEL/0!	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:											
formeel	23	<b>12</b>			<b>14</b>		<b>10</b>		<b>0</b>		<b>#####</b>
informeel	162	<b>88</b>			<b>86</b>		<b>90</b>		<b>100</b>		<b>#####</b>

<b>Veranderingen voorstellen die zorgen voor kwaliteitsverbetering van mijn werkomgeving</b>	<b>TN</b>	<b>T%</b>	<b>1N</b>	<b>1%</b>	<b>2N</b>	<b>2%</b>	<b>3N</b>	<b>3%</b>	<b>4N</b>	<b>4%</b>
<b>aantal respondenten</b>	120	<b>100</b>	58	<b>100</b>	31	<b>100</b>	18	<b>100</b>	11	<b>100</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>5</b>	<b>4</b>		<b>0</b>	1	<b>3</b>	2	<b>11</b>	2	<b>18</b>
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>5</b>	<b>4</b>	4	<b>7</b>		<b>0</b>	1	<b>6</b>		<b>0</b>
Supervisie door supervisor/opleider	<b>16</b>	<b>13</b>	8	<b>14</b>	3	<b>10</b>	2	<b>11</b>	3	<b>27</b>
Zelfstudie	<b>13</b>	<b>11</b>	8	<b>14</b>	2	<b>6</b>	2	<b>11</b>	1	<b>9</b>
De kunst afkijken	<b>19</b>	<b>16</b>	12	<b>21</b>	3	<b>10</b>	4	<b>22</b>		<b>0</b>
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>37</b>	<b>31</b>	18	<b>31</b>	12	<b>39</b>	5	<b>28</b>	2	<b>18</b>
Door te doen (ervaren)	<b>110</b>	<b>92</b>	54	<b>93</b>	30	<b>97</b>	15	<b>83</b>	11	<b>100</b>
Totaal aantal ervaren vormen van leerondersteuning	205		104		51		31		19	
Aantal vormen leerondersteuning per respondent	2		2		2		2		2	
Van de ervaren vormen van leerondersteuning is:										
formeel	26	<b>13</b>		<b>12</b>		<b>8</b>		<b>16</b>		<b>26</b>
informeel	179	<b>87</b>		<b>88</b>		<b>92</b>		<b>84</b>		<b>74</b>

## Bijlage 14: De vijf meest uitgevoerde taken in combinatie met de leerondersteuning

Van de vijf meest uitgevoerde taken volgt hieronder een overzicht met het percentage per leerondersteuning en met de bijbehorende verhouding formele leerondersteuning en informeel leren.

**Tabel 1** De vijf meest uitgevoerde taken met het bijbehorende percentage leerondersteuning

	Totaal	Uitstroomprofiel			
		1 (76)	2 (45)	3 (35)	4 (15)
<b>1. Klachtgerichte anamnese afnemen (174)</b>					
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>43 (%)</b>	36 (%)	40 (%)	63 (%)	53 (%)
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>26</b>	26	20	43	13
Supervisie door de supervisor/opleider	<b>58</b>	59	62	51	67
Zelfstudie	<b>49</b>	55	36	54	60
De kunst afkijken	<b>55</b>	64	47	51	53
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>41</b>	53	22	34	60
Door te doen (ervaren)	<b>90</b>	92	91	86	100
Formele leerondersteuning (%)	<b>35</b>	31	38	41	33
Informeel leren (%)	<b>65</b>	69	62	59	67
<b>2. Het medisch dossier van patiënten bijhouden (171)</b>	<b>Totaal (75)</b>	<b>(44)</b>	<b>(34)</b>	<b>(15)</b>	
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>9 (%)</b>	9 (%)	2 (%)	15 (%)	20 (%)
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>11</b>	15	7	9	13
Supervisie door supervisor/opleider	<b>51</b>	57	52	47	40
Zelfstudie	<b>18</b>	21	16	18	7
De kunst afkijken	<b>68</b>	85	45	62	73
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>39</b>	49	25	32	53
Door te doen (ervaren)	<b>94</b>	97	95	94	93
Formele leerondersteuning (%)	<b>25</b>	24	25	26	24
Informeel leren (%)	<b>75</b>	76	75	74	76
<b>3. Samenwerken met ondersteunend personeel, zoals secretaresses (169)</b>	<b>Totaal (75)</b>	<b>(44)</b>	<b>(35)</b>	<b>(15)</b>	
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>2 (%)</b>			9 (%)	
Gestructureerde patiëntenbesprekingen					
Supervisie door supervisor/opleider	<b>14</b>	17	5	20	7
Zelfstudie	<b>7</b>	9	5	6	
De kunst afkijken	<b>34</b>	39	23	51	7
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>30</b>	31	34	29	20
Door te doen (ervaren)	<b>98</b>	97	100	97	100
Formele leerondersteuning (%)	<b>8</b>	9	3	14	5
Informeel leren (%)	<b>92</b>	91	97	86	95
<b>4. Lichamelijk onderzoek uitvoeren (173)</b>	<b>Totaal (76)</b>	<b>(43)</b>	<b>(36)</b>	<b>15)</b>	
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>45 (%)</b>	33 (%)	37 (%)	69 (%)	73 (%)
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>27</b>	21	23	25	80
Supervisie door supervisor/opleider	<b>65</b>	72	58	69	47
Zelfstudie	<b>53</b>	53	47	61	60
De kunst afkijken	<b>67</b>	74	51	78	67
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>39</b>	47	28	31	53
Door te doen (ervaren)	<b>91</b>	92	93	94	87
Formele leerondersteuning (%)	<b>35</b>	32	35	38	43
Informeel leren (%)	<b>64</b>	68	65	62	57

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialisten; 2 = Niet-snijdende specialisten; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Dit is percentage arts-assistenten dat deze leerondersteuning ervaart bij het leren uitvoeren van een taak.

De vetgedrukte aantallen die tussen haakjes staan, geven aan hoeveel arts-assistenten deze vraag ingevuld hebben. De n voor elk uitstroomprofiel bij elkaar opgeteld is echter telkens lager dan de totale n. Dit komt doordat er een aantal arts-assistenten zijn die niet aan hebben gegeven wat voor vervolgopleiding ze doen. Deze zijn wel meegerekend met de totale groep arts-assistenten, maar kunnen niet in worden gedeeld in een uitstroomprofiel.

<b>5. Formulieren invullen en/of ondertekenen (170)</b>	<b>Totaal</b>	<b>(76)</b>	<b>(43)</b>	<b>(35)</b>	<b>(13)</b>
Docentgebonden cursorisch onderwijs	<b>2</b>			11 (%)	
Gestructureerde patiëntenbesprekingen	<b>1</b>	3			
Supervisie door supervisor/opleider	<b>39</b>	34	42	49	38
Zelfstudie	<b>13</b>	16	5	17	15
De kunst afkijken	<b>44</b>	51	35	46	31
Vragen stellen en beantwoorden aan en van collega's	<b>41</b>	46	37	34	54
Door te doen (ervaren)	<b>92</b>	95	98	89	92
Formele leerondersteuning (%)	<b>18</b>	15	19	24	17
Informeel leren (%)	<b>82</b>	85	81	76	83

**Uitstroomprofielen:** 1 = Snijdende specialismen; 2 = Niet-snijdende specialismen; 3 = Huisartsen; 4 = Sociaal geneeskundigen

Totaalkolom: Dit is percentage arts-assistenten dat deze leerondersteuning ervaart bij het leren uitvoeren van een taak.

De vetgedrukte aantallen die tussen haakjes staan, geven aan hoeveel arts-assistenten deze vraag ingevuld hebben. De n voor elk uitstroomprofiel bij elkaar opgeteld is echter telkens lager dan de totale n. Dit komt doordat er een aantal arts-assistenten zijn die niet aan hebben gegeven wat voor vervolgopleiding ze doen. Deze zijn wel meegerekend met de totale groep arts-assistenten, maar kunnen niet in worden gedeeld in een uitstroomprofiel.