

Samen werken, samen leren?

Een kwalitatief onderzoek naar interdisciplinair leren binnen het medisch onderwijs

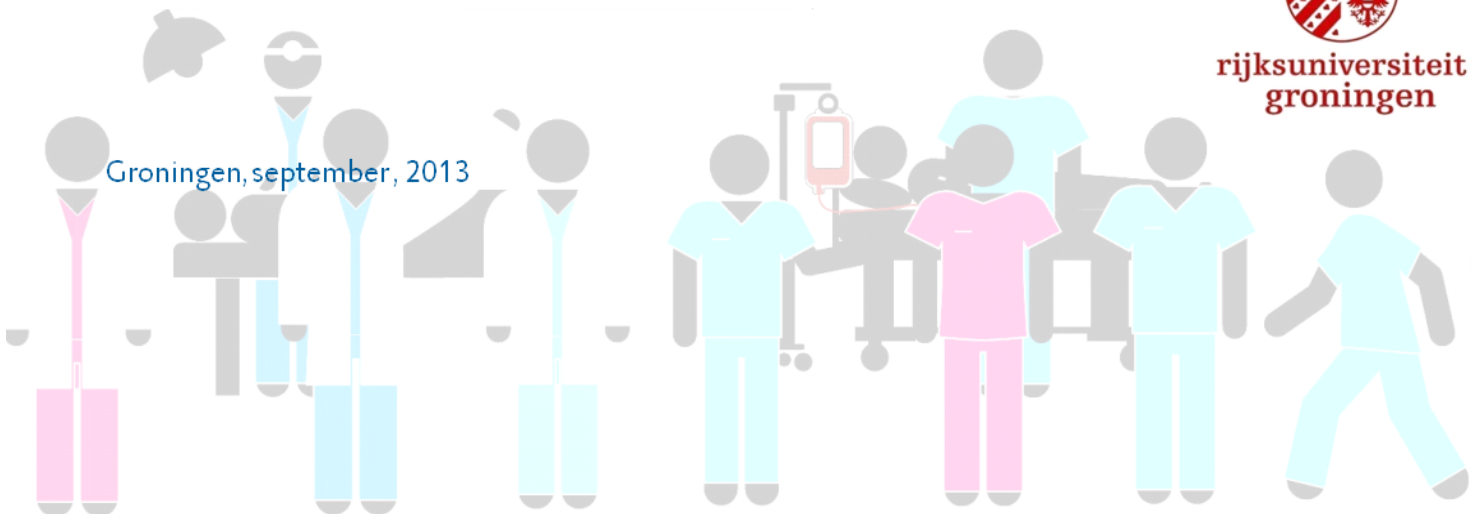
Marleen Hofman

UMCG, Chirurgie
Rijksuniversiteit Groningen, Onderwijskunde



rijksuniversiteit
 groningen

Groningen, september, 2013



Studentenbureau UMCG

Universitair Medisch Centrum Groningen

Samen werken, samen leren?

Een kwalitatief onderzoek naar interdisciplinair leren binnen het medisch onderwijs

Groningen, september 2013

Auteur

Studentnummer

Marleen Hofman

1769413

Afstudeerscriptie in het kader van

Onderwijskunde
Faculteit der Gedrags- en
Maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

dr. J. Pols
Studentenbureau, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

dr. R. Maslowski
Faculteit der Gedrags- en
Maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

dr. J. Pols
Studentenbureau, UMCG
drs. I. Dijkstra
Studentenbureau, UMCG

© 2013 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Interdisciplinair leren, informeel leren, werkplek leren

VOORWOORD

Deze scriptie vormt het einde van mijn master Onderwijskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en daarmee ook het einde van mijn studententijd.

Ongeveer een jaar geleden ben ik als stagiaire begonnen bij het studentenbureau en heb ik samen met Jan Pols en Ids Dijkstra gewerkt aan een onderzoeksvoorstel dat met deze masterthese is uitgevoerd. We hebben een lange weg afgelegd samen. Aanvankelijk dachten we dat het onderwerp van interdisciplinair leren niet zo gecompliceerd zou zijn. Echter, in de loop van het onderzoek bleek het leren, mede door zijn informele aard, moeilijk tot uitdrukking te brengen en daarmee lastig te onderzoeken. Telkens zijn we tegen nieuwe inzichten aangelopen en met onze wekelijkse discussies zijn we gekomen tot een interessant onderzoek, wat maar laat zien wat er bereikt kan worden wanneer personen uit verschillende achtergronden samenwerken.

Dit voorwoord wil ik graag gebruiken om een aantal mensen te bedanken die bij het onderzoek betrokken zijn geweest. Allereerst natuurlijk Jan Pols voor zijn enthousiasme, zijn behulpzaamheid, en bovendien zijn expertise en Ids Dijkstra voor zijn heldere opmerkingen en verwijdende blik. Hanneke Huisman voor haar belangstelling voor het onderwerp en haar hulp bij het contact met de chirurgie. Ralf Maslowski voor zijn begeleiding. En tenslotte alle personen die zich beschikbaar hebben gesteld voor een interview. Zonder jullie was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

Ik hoop dat mijn scriptie de start kan vormen voor meer onderzoek naar interdisciplinair leren. In dit verslag worden een aantal eerste bevindingen geformuleerd die, in lijn met het onderwerp, zeker nog meer aandacht verdienen uit andere richtingen.

Marleen Hofman
Nijmegen, oktober 2013

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
1 INTRODUCTIE	3
1.1 ACHTERGROND	3
1.2 ONDERZOEKSVRAGEN.....	4
2 METHODE	5
2.1 DESIGN.....	5
2.2 DATAVERZAMELING.....	5
2.3 DATA-ANALYSE	6
3 RESULTATEN	9
3.1 LEREN	9
3.2 LERENDEN	10
3.3 LEERMEESTERS	10
3.4 ORGANISATIE	11
4. DISCUSSIE	13
4.1 LEERMODEL	13
4.2 INTERDISCIPLINAIR LEREN OP DE MEDISCHE WERKPLEK.....	14
4.3 SOCIAL IDENTITY THEORY.....	14
4.4 SUGGESTIES VOOR VERVOLGONDERZOEK.....	15
REFERENTIES	17
BIJLAGEN.....	19
BIJLAGE 1: CODESCHEMA	19

SAMENVATTING

Het ziekenhuis is de plaats waar medische studenten hun vak leren beoefenen en waar zij kennis en vaardigheden opdoen, vormen en ontwikkelen. Studenten krijgen hier dagelijks te maken met verschillende beroepsgroepen, variërend van artsen en verpleegkundigen tot diëtisten en fysiotherapeuten. De multidisciplinaire aard van de werkzaamheden in een ziekenhuis biedt studenten de mogelijkheid om te leren van mensen uit verschillende disciplines. We hebben echter weinig zicht op de interprofessionele interacties die plaatsvinden op de medische werkvloer en hoeveel studenten hiervan leren. Het doel van het huidige onderzoek was om een indruk te vormen van de huidige medische onderwijspraktijk en de manier waarop studenten leren, met speciale aandacht voor informeel interdisciplinair leren. We onderzochten hoe studenten leren door ons te richten op de vragen wat studenten leren tijdens hun opleiding in het ziekenhuis en van wie zij leren. Daarbij hebben we mogelijke verklaringen voor onze bevindingen verkend door ons te focussen op de vraag waarom studenten op deze manier leren.

Het onderzoek had een kwalitatieve opzet, waarbij werd gewerkt volgens de principes van de grounded theory. Er is een elftal interviews gehouden van gemiddeld 40 minuten met HBO studenten verpleegkunde, geneeskunde-studenten, arts-assistenten in opleiding en niet in opleiding, verpleegkundigen met de taak van opleider en chirurgen met de rol van supervisor. De interviews zijn opgenomen, uitgetypt en geanalyseerd met ATLAS.ti. Het onderzoek volgde een iteratief proces, waarbij fasen van dataverzameling en –analyse elkaar afwisselden totdat er sprake was van saturatie.

De analyses wezen uit dat het voor zowel verpleegkundigen als artsen in opleiding belangrijk is om vakinhoudelijke kennis op te doen. Voor studenten verpleegkunde werd in dit verband vooral gesproken over het leren van verpleegtechnische handelingen en communicatieve vaardigheden. Deze leren zij veelal van andere verpleegkundigen. Op het gebied van medische kennis blijken ook chirurgen bij te dragen aan het leerproces van verpleegkundestudenten,

vaak op initiatief van de studenten. Voor artsen in opleiding ligt dit anders; zij lijken vakinhoudelijke kennis alleen op te doen van andere artsen. De zachte vaardigheden in het omgaan met de patiënt leren zij wel van verpleegkundigen. Deze lijken zij zich onbewust op te doen door het observeren van verpleegkundigen in het dagelijkse werk. Daarbij geven de arts-assistenten aan ook kleine technische handelingen als het aansluiten van een pomp te leren van verpleegkundigen. Relatief tot de mate waarin er van de eigen beroepsgroep wordt geleerd, vindt er weinig interdisciplinair leren plaats op de medische werkvloer.

1 INTRODUCTIE

Het ziekenhuis is de plaats waar medische studenten hun vak leren beoefenen en waar zij kennis en vaardigheden opdoen, vormen en ontwikkelen (Morris & Blaney, 2010). Studenten krijgen hier dagelijks te maken met verschillende beroepsgroepen, variërend van artsen en verpleegkundigen tot diëtisten en fysiotherapeuten. De multidisciplinaire aard van de werkzaamheden in een ziekenhuis biedt studenten de mogelijkheid om te leren van mensen uit verschillende disciplines. We hebben echter weinig zicht op de interprofessionele interacties die plaatsvinden op de medische werkvloer en hoeveel studenten hiervan leren (Bunniss & Kelly, 2008). Het doel van het huidige onderzoek is om een indruk te vormen van de huidige medische onderwijspraktijk en de manier waarop studenten leren.

1.1 ACHTERGROND

De leertheorieën die het huidige medische onderwijs domineren zijn ongeschikt als uitgangspunt voor ons onderzoek. Deze theorieën, zoals *adult learning theory*, beschrijven hoe het individu leert, maar verwaarlozen hierbij de socioculturele setting waarin het medisch onderwijs zich afspeelt (Bleakley, 2006). Leren op de werkplek vindt plaats in de *'flow of experience'* met of zonder bewustzijn van het leren (Bunniss & Kelly, 2008). Dit betekent dat leren niet een puur cognitief proces is, maar gezien kan worden als zowel sociaal en participatief van aard. Socioculturele leertheorieën, die de complexe omgeving waarin het leren plaatsvindt en de relaties via welke kennis wordt verspreid wel in acht nemen, vormen voor dit onderzoek een beter vertrekpunt. Binnen deze benadering wordt leren beschouwd als een cultuur fenomeen waarin kennis, identiteit en het deel uitmaken van sociale groepen met elkaar samenhangen (Swanwick, 2005). Leren is het deelnemen in een proces van identiteitsvorming, zoals het worden van een dokter of verpleegkundige (Bleakley, 2006). Leren wordt niet beschouwd als een passief proces waarmee kennis en vaardigheden worden opgedaan, maar als een activiteit van sociale participatie waarbij kennis wordt gevormd door de deelnemers.

Geschat wordt dat 90% van het leren op de werkplek informeel plaatsvindt (Nisbet, Lincoln & Dunn, 2013). Eraut (2004) beschouwt informeel leren als leren dat aan de informele kant valt van het formeel-informeel-continuüm en dat gekenmerkt wordt door impliciet, onbedoeld, opportunistisch en ongestructureerd leren dat voorkomt in afwezigheid van een docent. Informeel leren is waardevol omdat het 'op het juiste moment plaatsvindt', namelijk wanneer lerenden geconfronteerd worden met problemen die zij enkel op kunnen lossen door te leren (Marsick & Valpe, 1999). Het leren ontstaat spontaan in de context van het werken en wordt gestuurd door de doelen en interesses van de lerende. Deze kenmerken bemoeilijken het onderzoek naar informeel leren; informeel leren is grotendeels onzichtbaar waardoor mensen zich er wellicht niet bewust van zijn dat ze iets hebben geleerd of het geleerde beschouwen als deel van hun algemene vaardigheden in plaats van als nieuwe kennis (Eraut, 2004).

In het huidige onderzoek maken we een onderscheid tussen interprofessioneel of interdisciplinair leren en intraprofessioneel leren. De eerste komt voort uit interacties tussen leden van twee of meer disciplines, terwijl de tweede resulteert uit contact binnen één enkele discipline. Interdisciplinair leren is leren met, van en over elkaar, met als doel om kennis vaardigheden en professionele attitudes op te doen die binnen de eigen beroepsgroep minder effectief kunnen worden opgedaan (Horsburgh, Lamdin & Williamson, 2001). Veel onderzoek naar interprofessioneel leren focust zich op een formele vorm van interdisciplinair leren, het interprofessionele onderwijs. Deze vorm van onderwijs wordt ingezet als een instrument om effectievere samenwerking tussen disciplines te bereiken en zodoende de patiëntenzorg te verbeteren (Thistlethwaite, 2012).

Interprofessioneel onderwijs blijkt positieve effecten te hebben op het leren van studenten (Hammick, Freeth, Reeves & Barr, 2007). Zij doen de kennis en vaardigheden op die nodig zijn voor effectieve interdisciplinaire samenwerking en er worden positieve veranderingen waargenomen in het professioneel handelen van de studenten, de organisatie van de zorg het welzijn van de patiënten. Interdisciplinair leren kan het product zijn van interprofessioneel onderwijs, maar kan ook spontaan, informeel,

plaatsvinden op de werkplek (Thistlethwaite, 2012). Wagter en collega's (2012) onderzochten informeel interdisciplinair leren op de Nederlandse medische werkvloer waarbij ze in kaart trachten te brengen welke informele leerrelaties er bestaan binnen en tussen beroepsgroepen. Zij vonden dat er slechts in beperkte mate interdisciplinair leren plaatsvindt binnen het ziekenhuis. Enkel arts-assistenten bleken sterke leerrelaties te hebben met senior artsen, tussen verpleegkundigen, arts-assistenten en senior artsen zijn verder slechts zwakke interdisciplinaire leerrelaties gevonden. Opmerkelijk was dat er ook weinig intradisciplinaire leerverbanden zijn gevonden; alleen senior artsen bleken onderling veel informeel van elkaar te leren.

1.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Er is steeds meer belangstelling voor formeel interdisciplinair leren in de medische onderwijsliteratuur, waarbij veel onderzoeken zich focussen op initiatieven voor interprofessioneel onderwijs en zijn effecten (Greenstock, Molloy, Fiddes, Fraser & Brooks, 2013). Over informeel interprofessioneel leren en het achterliggende leerproces is echter nog weinig bekend. Er is meer onderzoek nodig naar hoe medische studenten hun beroep leren uit te oefenen door te werken in multidisciplinaire teams (Bleakley, 2006) en meer aandacht voor informeel leren om geschikte omstandigheden te creëren voor het verbeteren van het informele leren op de werkplek (Freeth, 2010). Het huidige onderzoek is bedoeld om dit thema in meer detail te onderzoeken en in kaart te brengen hoe verpleegkundigen en artsen in opleiding leren op de medische werkplek. We onderzoeken hoe studenten leren door ons te richten op de vragen wat studenten leren tijdens hun opleiding in het ziekenhuis en van wie zij leren. Vervolgens verkennen we mogelijke verklaringen voor onze bevindingen door ons te focussen op de vraag waarom studenten op deze manier leren.

2 METHODE

2.1 DESIGN

De onderzoeksvraag is gericht op het exploreren van het informele interdisciplinaire leren in de medische setting. Een kwalitatieve aanpak past het beste bij onze onderzoeksvraag, hier zijn verschillende redenen voor te noemen. Ten eerste leent het onderwerp van informeel leren zich het beste voor een kwalitatief onderzoek. Informeel leren is voor een groot deel onzichtbaar voor de lerende, waardoor respondenten zich niet bewust zijn van hun eigen leren (Eraut, 2004). Daarbij wordt de kennis die voortkomt uit informele leerprocessen vaak beschouwd als tacit of als deel van iemands algemene vaardigheden en niet als iets dat is geleerd. Verder wordt er in de dialoog rondom leren en kennis weinig gesproken over ‘zachte’ kennis, wat het voor participanten moeilijk maakt om de complexe aspecten van hun werk en de aard van hun expertise te beschrijven. Meer kwantitatieve onderzoeksinstrumenten zoals vragenlijsten, waarbij van respondenten een bepaald inzichtelijk vermogen op hun leerproces wordt vereist dat op het vlak van informeel leren niet van hen gevraagd kan worden, zijn minder geschikt. Een kwalitatieve aanpak waarbij er persoonlijk in gesprek wordt gegaan met de participanten past beter bij onze onderzoeksvraag, omdat in dit geval niet op het oordeel van de deelnemer wordt afgegaan, maar de onderzoeker beslist wat als (informeel) leren wordt aangemerkt. Ten tweede is het onderwerp van informeel interdisciplinair leren in de medische setting tot op heden relatief weinig onderzocht en is er nog niet veel over gepubliceerd. Een eerste verkenning van het onderwerp was dus gepast.

De onderzoeksgegevens zijn verzameld via elf individuele interviews. De onderzoeker gaat persoonlijk met de respondenten in gesprek om hen de mogelijkheid te bieden om vrij te spreken over hun ervaringen en ideeën. Verder is gekozen voor semigestructureerde interviews met vooraf bepaalde onderwerpen en vragen om te verzekeren dat de belangrijkste thema's van het onderzoek behandeld zouden worden in de interviews. De inhoud van de vragen lag grotendeels vast, echter de formulering en volgorde van de vragen was afhankelijk van de interviewsituatie.

In het huidige onderzoek wordt gewerkt volgens de grounded theory (Glaser & Strauss, 1967). Bij grounded theory wordt vanuit een systematische analyse van onderzoeksgegevens toegewerkt naar een beter begrip van een fenomeen, resulterend in een gefundeerde theoriebenadering van het fenomeen (een grounded theory). Het doel hierbij is om een proces te verklaren, niet om een bestaande theorie te verifiëren of te testen (Lingard, Albert & Levinson, 2008). De bedoeling van het huidige onderzoek was niet zozeer om een theorie te ontwikkelen, maar om een verkenning te maken en hieruit een beschrijving te formuleren van interdisciplinair informeel leren binnen het medische onderwijs. We volgen de traditie van Strauss (1987), die stelt dat eerdere ervaringen van de onderzoeker en de literatuur gebruikt mogen worden om theoretische gevoeligheid te stimuleren en om hypotheses te genereren (Heath & Cowley, 2003).

Het kwalitatieve onderzoek volgens de grounded theory volgt een iteratief proces, waarbij fasen van dataverzameling en literatuurstudie gelijktijdig worden uitgevoerd en waar data-analyse de volgende cyclus van dataverzameling informeert (Lingard et al., 2008). Dit betekent dat er na elk interview een moment volgt van data-analyse en dat de resultaten uit deze analyse worden gebruikt om volgende interviews te verfijnen. Ook het selecteren van participanten blijft tijdens het gehele dataverzamelingsproces doorlopen; er wordt voortdurend een overweging gemaakt welke respondenten nog kunnen bijdragen aan het ontwikkelende begrip van het leren op de medische werkplek.

2.2 DATAVERZAMELING

Voorafgaand aan de interviews zijn een drietal studenten (HBO-student verpleegkunde, coassistent en arts-assistent) een dagdeel gevolgd tijdens hun werkzaamheden in het ziekenhuis om een eerste indruk te vormen van de medische leer-werkplek. Vervolgens is met verschillende onderzoekers gesproken over het onderwerp van (informeel interdisciplinair) werkplekleren om belangrijke onderzoeksthema's te identificeren. Een punt dat hieruit naar voren is gekomen is de introductieperiode van een stage. Tijdens de

eerste paar weken van een stage moeten studenten zich bekend maken met de afdeling waarop zij zijn ingedeeld, terwijl zij tegelijkertijd ook vakspecifiek kennis op moeten doen. Dit is dus een drukke periode voor studenten en de onderzoekers nemen aan dit de periode is waarin studenten het meeste leren. Daarom is besloten om hier in de interviews speciale aandacht aan te besteden. Daarnaast hebben we onderwerpen in het interviewschema opgenomen die in de vakliteratuur ook veel worden genoemd. Dit zijn thema's als begeleiding, feedback en beoordeling. Verder is het interviewschema gedeeltelijk gebaseerd op de vragen die in het onderzoek van Wagter en collega's (2012) worden gebruikt om informele leerrelaties in kaart te brengen.

Alle interviews begonnen met een korte introductie van het onderzoek, waarna respondenten werd gevraagd iets over zichzelf te vertellen in termen van werk/studie-achtergrond en huidige functie. Daarop zijn de volgende onderwerpen behandeld in de interviews: de contactmomenten binnen en tussen disciplines, het vragen en ontvangen van hulp of advies binnen en tussen disciplines, belangrijke leermomenten en leermeesters, de introductie op een nieuwe afdeling, de belangrijkste kennis die tijdens de stage/opleiding moet worden opgedaan en de samenwerking tussen disciplines.

De interviews zijn in de loop van het proces geanalyseerd en de resultaten van deze analyses zijn gebruikt om de interviewschema's aan te passen. Wanneer bleek dat een onderwerp nog weinig in de gesprekken aan bod was gekomen of niet voldoende inzichtelijk was gemaakt zijn er vragen aan het schema toegevoegd die bij dit thema aansloten en wanneer er sprake was van saturatie en een onderwerp verzadigd was, zijn de bijbehorende vragen uit het interviewschema gehaald. Verder riepen de uitkomsten van de analyses soms nieuwe vragen op, die daarna in volgende interviews zijn behandeld. Daarbij is het interviewschema aangepast op basis van de reacties van de respondenten; vragen die anders werden geïnterpreteerd dan was bedoeld of waar weinig reactie uit voort kwam zijn geherformuleerd of volledig uit het schema verwijderd.

Het onderzoek is uitgevoerd bij de afdeling chirurgie van het UMCG en het MZH. Er is een doelgerichte steekproef getrokken, waarbij werd getracht om met personen uit alle beroepsgroepen te spreken om het onderwerp van interdisciplinair leren vanuit verschillende perspectieven te be-

studen. Hierbij werden personen geselecteerd die als student verbonden zijn aan het ziekenhuis of personen die deel uit maken van de vaste staf en die dagelijks te maken krijgen met studenten. Op basis van deze kenmerken is gezocht naar HBO studenten verpleegkunde, geneeskundestudenten, arts-assistenten in opleiding, verpleegkundigen met de taak van opleider, regieverpleegkundigen en chirurgen met de taak van supervisor. Het streven was om uit elke groep 1 of 2 personen te spreken.

Via medewerkers van het studentenbureau is contact gezocht met de eerste participanten. De onderzoeker heeft een dagdeel met hen meegelopen in het ziekenhuis en heeft met hen in een later stadium ook proefinterviews gehouden om na te gaan hoe op het oorspronkelijke interviewschema werd gereageerd. Vervolgens is er in samenwerking met een onderzoeksmedewerker van de afdeling chirurgie contact gezocht met andere potentiële deelnemers. Deze personen zijn uitgezocht op basis van hun positie in het ziekenhuis als student danwel als opleider en op basis van hun werkervaring. Uiteindelijk zijn er 2 verpleegkundestudenten, 3 geneeskundestudenten, 2 arts-assistenten in opleiding en 1 niet in opleiding, 2 verpleegkundigen met de taak van opleider, 1 chirurg en geen regieverpleegkundigen geïnterviewd. Alle personen die zijn benaderd hebben ook deelgenomen aan het onderzoek, behalve een regieverpleegkundige die door ziekte niet geïnterviewd kon worden. Deelnemers werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de aard van de interviews en werden verzekerd van hun anonimiteit. De gesprekken duurden gemiddeld 40 minuten.

2.3 DATA-ANALYSE

De interviews zijn met toestemming van de respondenten opgenomen, uitgewerkt in MS Word en geanalyseerd met ATLAS.ti versie 5. De gespreksgegevens zijn geanalyseerd aan de hand van de principes van grounded theory die drie analysefasen identificeert (Boeije, 2005). De fasen worden stapsgewijs besproken maar zijn in werkelijkheid meer vloeiend in elkaar overgelopen. Gedurende het gehele proces van data-analyse is er overleg geweest met andere onderzoekers over de betekenis van de resultaten. Er is begonnen met open coderen, waarbij de interviews zijn doorgelezen en in fragmenten zijn ingedeeld. Elk fragment

kreeg hierbij een code die de betekenis van het stuk moest uitdrukken. Vervolgens is er overgegaan op axiaal coderen, waarbij de codes uit de eerste fase zijn geordend. Er zijn verbindingen gemaakt tussen fragmenten die bij eenzelfde categorie horen, waarbij is bepaald wat de eigenschappen zijn van een bepaalde categorie en op grond van welke indicaties in de gegevens een fragment onder een bepaalde categorie kan worden geplaatst. Hierbij zijn belangrijke codes omgevormd naar hoofdcodes en zijn minder belangrijke veranderd naar subcodes of weggelaten uit de codeboom. Een overzicht van de gebruikte hoofd- en subcodes is weergegeven in bijlage 1. Tenslotte is er selectief gecodeerd, waarbij er naar patronen is gezocht in de geanalyseerde gespreksgegevens. Hierbij zijn categorieën met elkaar geïntegreerd en is er gezocht naar verbanden tussen categorieën. Deze categorieën worden in bijlage 1 vetgedrukt weergegeven. De fase van selectief coderen draaide om het ontwikkelen van een model voor het leren op de medische werkplek en is ontstaan uit het zoeken naar verklaringen voor het wel of niet voorkomen van interdisciplinair leren.

Op basis van de analyses van de interviewgegevens maken we een beschrijving van het leren op de werkplek. We gebruiken de meest karakteristieke citaten uit de interviews om de reacties van de respondenten te illustreren. Deze citaten zijn geselecteerd door de interviewgegevens op code te sorteren en te zoeken naar uitspraken die typerend waren voor de algehele tendens van de interviews. De citaten zijn waar nodig aangepast om de leesbaarheid te verbeteren, waarbij de originele inhoud en toon van de uitspraken behouden is.

3 RESULTATEN

3.1 LEREN

Uit de eerste interviews bleek dat de respondenten een nauwe definitie hanteren van het begrip 'leren'. Zij verstaan hieronder de meer formele, welomschreven kanten zoals het eigen maken van vaktechnische vaardigheden. De meer informele aspecten van het leren zoals het wegwijs worden op een afdeling of leren omgaan met collega's bleef daarvoor onbesproken, tenzij er specifiek naar gevraagd werd. Verder bleek het lastig te zijn voor de respondenten om het leren onder woorden te brengen omdat veel van het leren zich onbewust en onzichtbaar afspeelt:

De vragen die wij stellen aan coassistenten hebben te maken met vakkennis. Dat deel van het opleiden is expliciet [...] En dat andere leren, misschien hebben de coassistenten ook niet door dat dat gebeurt. (chirurg)

Het leren is dermate geïntegreerd in het werk van elke dag dat het voor studenten vaak moeilijk is om te herkennen wanneer ze iets geleerd hebben.

Uit de interviews blijkt dat studenten vooral leren van mensen uit hun eigen beroepsgroep. Geen van de respondenten geeft uit zichzelf aan te leren van personen uit andere disciplines. Er werden wel voorbeelden genoemd van interdisciplinair leren, maar deze werden door de studenten niet als zodanig herkend. Een coassistent antwoordde bijvoorbeeld "Ik ga naar een verpleegkundige toe als ik bepaalde informatie nodig heb over een patiënt, niet voor advies of iets dergelijks." toen haar werd gevraagd of ze ook van verpleegkundigen leerde. Later vertelde ze echter "De regieverpleegkundige heeft altijd nog wel goede suggesties over het behandelplan of die stelt goede vragen waar ikzelf nog helemaal niet over na had gedacht." wat erop wijst dat ze, hoewel niet bewust, wel dingen heeft opgestoken van de verpleegkundigen op haar afdeling.

In de gesprekken werden voorbeelden genoemd van formeel interdisciplinair leren zoals de zorgstage die geneeskundestudenten lopen in de eerste fase van hun opleiding of klinische lessen die artsen aan verpleegkundigen geven op de verpleegafdeling. Dit zijn georganiseerde activiteiten waarbij mensen van de ene discipline bewust gekoppeld

worden aan een persoon uit een andere beroepsgroep omdat hij de mensen in deze gevallen beter kan bijstaan dan iemand uit dezelfde discipline. Ook informeel, in meer toevallige omstandigheden, leren studenten van andere disciplines. In verhouding tot het leren binnen de eigen beroepsgroep blijkt interdisciplinair leren echter maar weinig voor te komen.

Verpleegkundigen lijken vooral op medisch inhoudelijk vlak van artsen te kunnen leren. Studenten verpleegkunde vertellen wel eens mee te lopen met een chirurg en informatie te vragen aan artsen over bepaalde ingrepen, medicatie of anatomie:

Je krijgt wel de mogelijkheid om met operaties mee te lopen. [...] Dan vraag je aan de arts-assistent of je die dag mee kan lopen en dat vinden ze meestal wel goed. [...] Vooral de chirurgen vinden dat wel leuk hoor, dingen uitleggen en vertellen, dat heb ik wel gemerkt.

Artsen zelf geloven ook dat zij verpleegkundestudenten het meest kunnen helpen als zij "medische vragen" hebben. Andersom kunnen artsen op het vlak van zachte vaardigheden, de niet-technische, menselijke aspecten van het werk, het meeste leren van verpleegkundigen:

Ik denk dat coassistenten veel kunnen leren op de kant van die zachte vaardigheden, dus dingen die je niet echt tastbaar kunt maken, maar waar je wel heel veel aan hebt als je dat een beetje op kunt pikken. (aios)

Zowel coassistenten als hun supervisors en de verpleegkundigen waar zij mee te maken krijgen menen dat artsen in opleiding op het gebied van communicatieve vaardigheden (richting de patiënt) leren van verpleegkundigen. Arts-assistenten geven aan ook technische kennis te zoeken bij verpleegkundigen, bijvoorbeeld over het aansluiten van een infuus. Opvallend is dat er actief om informatie wordt gevraagd wanneer studenten technische kennis zoeken, terwijl de zachte vaardigheden meer passief worden geleerd door anderen te observeren.

3.2 LERENDEN

Studenten of lerenden zelf blijken een belangrijke rol te spelen in het leren. De opleiding die de student volgt is bijvoorbeeld van invloed op het leren omdat deze voor een groot deel bepaalt wat studenten moeten leren gedurende hun tijd in het ziekenhuis. Het beslist waar de lerende zijn aandacht aan besteedt en aan welke situaties hij wordt blootgesteld. Zo zijn studenten verpleegkunde vooral op de verpleegafdeling aan het werk, terwijl coassistenten naast de verpleegafdeling ook in de polikliniek en op de spoedeisende hulp werken. Bovendien zullen studenten geneeskunde zich andere vaardigheden eigen moeten maken dan studenten verpleegkunde. Coassistenten moeten volgens hun supervisors “leren een dokter te worden” en hun rol en positie als arts bepalen:

Ik denk dat de coassistenten niet zozeer veel kennis moeten vergaren, dat zou er al moeten zijn. Maar ze leren van ons nu meer hoe ze zich moeten gedragen in het ziekenhuis, wat hun positie is, hoe ze moeten communiceren met een patiënt, hoe je professioneel overkomt, hoe het werkt op de OK, dat soort dingen. (chirurg)

Terwijl verpleegkundestudenten zich vooral bezighouden met basiszorg en verpleegtechnische vaardigheden:

Eerst moeten studenten de basiszorg uit kunnen voeren, dat moet wel goed. En dan komen de dingen zoals infusen, pompen, medicatie, de verpleegtechnische handelingen. (verpleegkundige)

Daarnaast zijn persoonlijke kenmerken van de lerende belangrijk gebleken voor het leren. Opleiders geven aan dat sommige studenten meer interesse of motivatie tonen dan andere studenten en het werk sneller of gemakkelijker oppikken. Hier wordt door de respondenten vaak naar gerefereerd als persoonlijkheid van de student. Opleiders lijken te verwijzen naar een bepaalde geschiktheid van de student voor het werken (op een specifieke afdeling) in het ziekenhuis, waar zij als leermeester weinig invloed op hebben:

Het aanleren van die zachte skills, de ene persoon pakt dat makkelijker op dan de andere. Je hebt mensen die snappen dat ze zich voor moeten stellen en je hebt ook mensen die na drie coschappen nog steeds hun hand niet

uitsteken. Dus er zit een bepaalde voelspriet bij mensen, het is ook gewoon een beetje persoonlijkheid. (aios)

Het belang van de lerende als persoon wordt ook gereflecteerd in de norm die in het ziekenhuis heerst dat studenten verantwoordelijk zijn voor hun eigen leerproces. Een arts-assistent vertelde: *“Opleiden is je eigen verantwoordelijkheid. Natuurlijk ben je ook verantwoordelijk als opleider om een goede opleiding te geven en om dat te faciliteren, maar als de student er zelf geen voortouw in neemt, dan heeft hij daar zelf eigenlijk alleen maar schuld aan”*. Studenten worden geacht zich actief op te stellen, vragen te stellen en zelf initiatief te nemen om mee te doen (in plaats van enkel mee te kijken). Dit idee wordt vooral genoemd door artsen (in opleiding) en blijkt minder uit de interviews met verpleegkundigen.

Een ander persoonlijk kenmerk dat wordt genoemd in de interviews is de eerdere (werk)ervaring van de student; studenten die aan hun eerste stage beginnen delen hun tijd in het ziekenhuis anders in dan studenten die al bepaalde kennis en vaardigheden hebben opgedaan tijdens eerdere stages en zij vragen ook om andere begeleiding:

Ik heb natuurlijk al een jaar visite gelopen, dus ik weet wat je moet vragen en ik weet waar je aan moet denken. Dus uiteindelijk ben ik daar snel ingerold en dan liep ik zelf de visite. (student verpleegkunde)

3.3 LEERMEESTERS

Naast de studenten zelf zijn ook de personen waar de studenten van leren belangrijk gebleken. Deze personen noemen we leermeesters. Volgens studenten is de functie of het beroep van de meester van belang voor het leren omdat die grotendeels bepaalt wat voor kennis de leermeester bezit en zodoende waarmee hij studenten kan helpen:

De dingen die wij moeten doen, bijvoorbeeld verpleegtechnische handelingen, daarvan weten artsen soms niet hoe ze gaan. Dat is niet hun taak dus daar kun je moeilijk hun hulp bij vragen. (student verpleegkunde)

Opvallend is dat verpleegkundigen in opleiding vooral personen als leermeester aanwijzen die deel uit maken van de

vaste staf, terwijl artsen in opleiding ook medestudenten als meester aanduiden. Dit heeft mogelijk te maken met de organisatie van de verschillende opleidingen die bepaalt dat studenten verpleegkunde meelopen met mensen van de vaste staf, terwijl artsen in opleiding vaak meekijken met een andere student die verder in de opleiding is, hier wordt in paragraaf 3.2.3 op teruggekomen.

Een tweede kenmerk dat belangrijk is gebleken voor het leren zijn persoonlijke eigenschappen van de leermeester. Hierin differentiëren de respondenten tussen de persoonlijkheid van de meester en zijn ervaring met het vak. Volgens de opleiders zelf kunnen ervarener supervisors de studenten meer leren en kunnen zij leerlingen betere begeleiding bieden:

Als je zelf verder in je opleiding bent en meer zelfvertrouwen hebt in je eigen kunnen, dan kun je studenten soms ook wat meer loslaten en zelfstandig dingen laten doen. (aios)

Dit lijkt te maken te hebben met het kennisniveau van de leermeester, dat voor ervarener mensen vaak hoger ligt, maar ook met het vertrouwen van de meester in zijn eigen vermogen om studenten wat te leren. Volgens studenten is de persoonlijkheid van meesters van belang omdat het beïnvloedt hoe zij door hun begeleiders worden benaderd, waar supervisors aandacht aan besteden in het opleiden en wat voor voorbeeld de meesters vormen:

Je leert natuurlijk persoonlijk van de opleiders. Niet alleen medisch handelen maar ook inhoudelijk, zeg maar hoe je een goede dokter bent. En soms ook omgekeerd, dat je denkt dat je nooit wilt worden zoals een bepaalde opleider. (aios)

Daarbij bleek de persoonlijkheid van de leermeester van belang te zijn voor het leren omdat lerenden hun keuze voor een meester hierop baseren.

3.4 ORGANISATIE

De context waarin het leren plaatsvindt wordt gevormd door de organisatie. Hieronder vallen bijvoorbeeld bepaalde afdelingsspecifieke (impliciete) regels en standaarden die bepalen hoe het werk op de afdeling verloopt en wat

voor verantwoordelijkheden personen dragen. De afdelingsorganisatie beïnvloedt hiermee de interdisciplinaire verhoudingen binnen het ziekenhuis:

We hebben drie momenten op de dag dat we contact hebben met de verpleging. [...] Tussendoor word je eigenlijk alleen gebeld als er acute problemen zijn. [...] Want als er de hele dag door vragen worden gesteld dan werkt dat heel vervelend omdat je zelf ook met dingen bezig bent. Maar sinds kort hebben we het systeem dat er één dokter op de afdeling is die vragen kan beantwoorden. (aios)

De afdelingsorganisatie geeft vorm aan de werkomgeving waarbinnen het leren plaatsvindt en bepaalt waar studenten en hun opleiders werken en met wie ze in contact komen. Verpleegkundigen werken op een vaste afdeling, waar studenten worden opgeleid door mee te lopen met hun werkbegeleider of een andere collega. Artsen (in opleiding) werken echter zowel op de verpleegafdeling als in de polikliniek, de spoedeisende hulp en de operatiekamer. Het soort begeleiding dat studenten ontvangen is afhankelijk van de omgeving waarin zij werken. Op de verpleegafdeling werken verpleegkundestudenten samen met een tiental collega's die kunnen optreden als leermeester voor de student, terwijl co-assistenten en arts-assistenten in elke werkcontext slechts contact hebben met één of twee artsen. Dit is mogelijk een verklaring voor de eerder genoemde bevinding dat studenten verpleegkunde minder leren van medestudenten dan artsen in opleiding; terwijl een verpleegkundestudent hulp kan vragen aan een tiental geschoolde collega's die naast hem werken, zijn er voor co- en arts-assistenten maar enkele, en op de verpleegafdeling soms geen, artsen aanwezig die hen kunnen helpen, maar wel vaak andere medestudenten.

Een tweede vorm van organisatie die wordt genoemd door de respondenten is die rond de patiënt. De zorg voor de patiënt heeft een hogere prioriteit dan het onderwijzen van studenten. Een chirurg zei hierover: "Onderwijs is natuurlijk één van de taken die je hebt in het ziekenhuis, maar de patiëntenzorg is denk ik minstens zo belangrijk. Dus het onderwijs moet niet ten koste van de zorg gaan." Sommige situaties zijn dermate acuut dat er geen mogelijkheid is om de student te onderwijzen omdat de patiënt alle aandacht van de opleider eist:

[...] die man was in nood. Dus dan kun je iemand niet als studieobject gebruiken. Je kunt de student wel even een hand laten geven en hopen dat die oppikt hoe die hand voelt. Als iemand gewoon stabiel is en op de eerste hulp of afdeling ligt, dan kun je er een studieobject van maken. Maar op zo 'n moment dan moet je de situatie even nemen zoals die is en hopen dat de student er wat van kan leren. (aios)

Andere keren is het niveau van de student nog niet hoog genoeg om de zorg aan hen over te dragen. Pas als opleiders de student bekwaam achten en de situatie en patiënt zich ervoor lenen kunnen studenten het werk zelfstandig uitvoeren. Tot die tijd kijken studenten vooral mee met hun begeleiders.

Opleiders uit alle disciplines vertellen dat zij hun studenten moeten leren kennen voor zij hen bepaalde taken toevertrouwen, om in te kunnen schatten of ze het goed genoeg zullen doen:

Als je iemand wat langer kent en meer gezien hebt, dan kun je inschatten hoe die coassistenten het zullen doen en wat ze kunnen, dus dan kun je ze ook wat meer toevertrouwen. (aios)

De gelegenheid die studenten krijgen om hun vaardigheden te oefenen is daardoor afhankelijk van het contact met hun opleider. Ook tussen disciplines moeten mensen elkaar leren kennen om van elkaar te kunnen leren. Vertrouwen is hierbij belangrijk volgens een arts-assistent: *“In het begin moeten de verpleegkundigen jou ook een beetje leren kennen en je leren vertrouwen. Ze zien een nieuw gezicht en denken die weet vast nog helemaal niks. Dus je moet jezelf ook een beetje laten zien, wie je bent. Ik denk dat je wederzijds vertrouwen moet hebben.”*

Tenslotte bestaat er een vorm van organisatie rond het opleiden van de student die belangrijk is gebleken voor het leren. Studenten lopen mee met iemand uit hun eigen beroepsgroep en leren door te observeren en mee te doen in het werk van alledag. Werk en opleiden lopen door elkaar heen en zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De respondenten noemen weinig formele onderwijsmomenten, het opleiden is grotendeels een integraal onderdeel van het medisch handelen. Formeel vindt het opleiden vooral intradisciplinair plaats; opleiders hebben weinig te maken met

het begeleiden van studenten uit andere beroepsgroepen en zowel opleiders als studenten lijken dit vanzelfsprekend te vinden. Echter, wanneer opleiders signaleren dat een student fouten maakt of iets niet goed snapt of wanneer studenten zelf om hulp vragen, is het merendeel van de opleiders graag bereid om ook studenten uit andere disciplines te helpen:

Als er wat verkeerd gaat bij een coassistent dan zeg ik er wel wat van. Ik neem het hun niet kwalijk, maar ik hoop wel dat ze het de volgende keer beter doen. Het is eigenlijk onze taak niet, maar ik vind wel dat dat bij mijn verantwoording hoort. (verpleegkundige)

De waarde van interdisciplinair leren wordt wel herkend door de respondenten, maar zij achten het niet belangrijk genoeg om een formele plaats in de opleiding in te nemen:

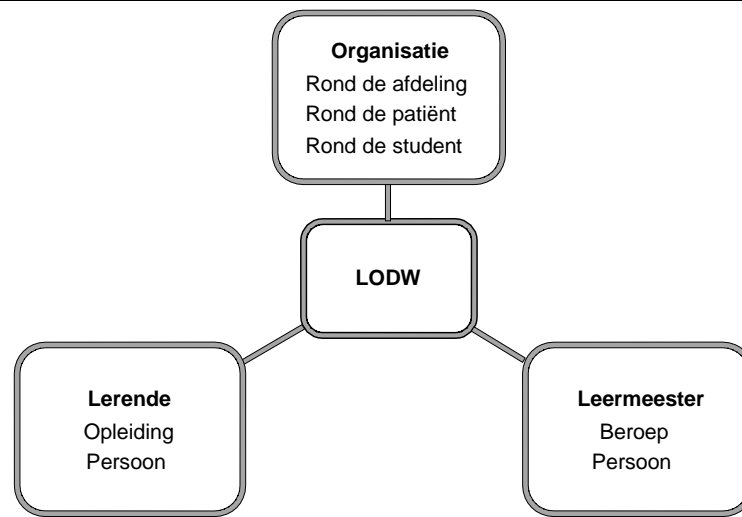
Een verpleegkundige kan een hele grote rol spelen in je opleiding als coassistent [...] maar ik denk niet dat een verpleegkundige een coassistent kan opleiden. [...] Heel veel zaken die een coassistent komt leren kun je niet van een verpleegkundige leren. (aios)

4. DISCUSSIE

4.1 LEERMODEL

Op basis van de interviews zijn er drie factoren geïdentificeerd die van invloed zijn gebleken op het leren op de werkplek (LODW) (figuur 3.1). De eerste factor die de respondenten noemen is de lerende, ofwel de student. Twee kenmerken van de lerende zijn belangrijk voor het LODW, namelijk de opleiding die hij volgt en persoonlijke kenmerken van de lerende, waaronder eerdere (werk)ervaring en persoonlijkheid vallen. De tweede factor wordt gevormd door de leermeester, dit is de persoon waar studenten van leren. Hier zijn ook twee kenmerken van belang gebleken,

namelijk het beroep van de meester en persoonlijke eigenschappen van de leermeester, waaronder opnieuw ervaring en persoonlijkheid vallen. De laatste factor die van invloed is op het LODW heeft te maken met de organisatie, die de context vormt waarin het leren plaatsvindt. Er worden drie vormen van organisatie onderscheiden, te weten die rond de afdeling, rond de patiënt en rond de student. Dit model biedt inzicht in de elementen die samen bepalen hoe het LODW plaatsvindt.



Figuur 3.1 Leermodel

4.2 INTERDISCIPLINAIR LEREN OP DE MEDISCHE WERKPLEK

Het huidige onderzoek vormt een exploratie van het leren van verpleegkundigen en artsen in opleiding binnen een ziekenhuis. We onderzochten wat de studenten leren en van wie zij leren. Uit de interviews blijkt dat het voor zowel verpleegkundigen als artsen in opleiding belangrijk is om vakinhoudelijke kennis op te doen tijdens hun tijd in het ziekenhuis. Voor studenten verpleegkunde wordt het leren van basiszorg en verpleegtechnische handelingen veel genoemd. Deze leren zij veelal van andere verpleegkundigen door observatie en oefening. Op het gebied van medische kennis blijken ook chirurgen bij te dragen aan het leerproces van verpleegkundestudenten, vaak op initiatief van de studenten. Voor artsen in opleiding ligt dit anders; zij lijken vakinhoudelijke kennis alleen op te doen van andere artsen. De zachte vaardigheden, die te maken hebben met de menselijke, persoonlijke aspecten van het werk, leren zij wel van verpleegkundigen. Deze lijken zij zich onbewust op te doen door het observeren van verpleegkundigen in het dagelijkse werk. Daarbij geven de aiOS aan kleine technische handelingen, als het aansluiten van een pomp, te leren van verpleegkundigen door hen hierbij om hulp te vragen. Dit zijn veelal handelingen die eigenlijk niet tot de taken van een dokter behoren, maar die studenten wel graag zelf willen kunnen uitvoeren.

4.3 SOCIAL IDENTITY THEORY

Om te verklaren waarom studenten veelal leren van personen uit hun eigen beroepsgroep maken we gebruik van de social identity theory van Tajfel (1984). Sociale identiteit is het deel van iemands zelfconcept dat is afgeleid van het lid-zijn van een bepaalde groep. Hier kennen mensen een waarde en emotionele significantie aan toe; het is belangrijk voor hen om lid te zijn van deze groep. Mensen kunnen meerdere identiteiten voor zichzelf hebben, welke identiteit op een moment het meest saillant is is afhankelijk van de context (Burford, 2012). Veel mensen definiëren zichzelf op basis van hun werk, hetzij in relatie tot hun rol als arts of verpleegkundige of tot de werkplek (Morris & Blaney, 2010). Uit de interviews blijkt dat de verpleegkundigen en artsen waar wij mee hebben gesproken zich in de eerste plaats tot verschillende groepen rekenen. Dit blijkt uit hun taalgebruik, waarbij ze over leden van dezelfde discipline

spreken als ‘collega’s’ en naar leden van andere disciplines verwijzen als ‘de verpleging’ of ‘de artsen’. Bij eerder onderzoek naar identiteiten in chirurgische teams, werd ook gevonden dat verpleegkundigen en artsen zich in de eerste plaats identificeren met hun eigen beroepsgroep (Rodrigues, Miguez & Lourenço, 2013). Naast deze indeling in beroepsgroepen komt er nog een tweede groepering naar voren uit de interviews, namelijk een scheiding tussen opleiders en studenten. Deze indeling is echter minder interessant voor het huidige onderzoek omdat het niet direct gerelateerd is aan interdisciplinair leren.

Wanneer personen zich tot een bepaalde sociale groep rekenen zullen ze proberen het onderscheid tussen ‘wij’ en ‘zij’ te behouden (Rodrigues, Miguez & Lourenço, 2013). Dit betekent dat artsen en verpleegkundigen de verschillen tussen hun eigen groep en de outgroup zullen benadrukken. Daarbij is het lid-zijn van een bepaalde groep vaak geassocieerd met positieve attitudes over de eigen groep (de ingroup) en negatieve attitudes over andere groepen (de outgroups) (Burford, 2012). Dit soort attitudes zijn in de interviews niet genoemd, maar kwamen in de connotaties soms wel aan het licht. Het feit dat verpleegkundigen en artsen zich in de eerste plaats niet met elkaar identificeren, maar vooral met hun eigen beroepsgroep, is nadelig voor het interdisciplinaire leren (Khalili, Orchard, Spence Laschinger & Farah, 2013). Uit onderzoek van Grice en collega’s (2006) blijkt dat mensen minder informatie delen met outgroup-leden dan met hun eigen groep en Weller en collega’s (2011) vonden dat artsen en verpleegkundigen meer gebruik maken van informatie afkomstig van mensen uit hun eigen discipline dan van de andere.

Aansluitend op de social identity theory lijkt het belangrijk om de gemeenschappelijke identiteit van alle personeel in het ziekenhuis te benadrukken. Als iedereen zich deel voelt van dezelfde ingroup zal er een meer bevorderend klimaat ontstaan voor interdisciplinair leren. Weller en collega’s (2011) vonden echter dat er organisationele structuren bestaan die interdisciplinair contact tegenhouden. De leden van de verschillende groepen leerden elkaar niet goed kennen doordat de verpleegkundigen op de verpleegafdeling werken, terwijl artsen op verschillende plekken in het ziekenhuis werkzaam zijn en er zodoende weinig momenten waren dat de artsen en verpleegkundigen direct met elkaar te maken kregen. Ook uit onze interviews blijkt dat de leden uit de verschillende disciplines elkaar niet goed kennen;

dit geldt met name voor de studenten. Een coassistent vertelde bijvoorbeeld vaak als 'co' te worden aangesproken door de verpleegkundigen op haar afdeling. Om interdisciplinair contact te faciliteren zijn er organisationele veranderingen nodig. Dit kan zo simpel zijn als het introduceren van een vaste voorstelronde waar nieuwe studenten de gelegenheid krijgen om zich aan iedereen voor te stellen, zodat de leden van alle disciplines hen leren kennen en er een betere basis ontstaat voor interdisciplinair leren.

4.4 SUGGESTIES VOOR VERVOLGONDERZOEK

Met dit onderzoek staan we aan het begin van een grotendeels onbekend onderzoeksgebied, namelijk dat van het informele, interdisciplinaire leren op de medische werkvloer. Met interviews hebben we geprobeerd een beschrijving te maken van het leren op de werkplek. Daar zijn echter een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Door de kwalitatieve opzet is het onderzoek gevoelig voor subjectiviteit. Dit is geprobeerd te vermijden door de resultaten te bespreken met andere onderzoekers. Daarbij is er gebruik gemaakt van een kleine steekproef. Hierdoor schiet het onderzoek tekort aan externe validiteit; op basis van de enkele individuen waarmee is gesproken kunnen we geen uitspraken doen over de stand van zaken in het gehele UMCG en MZH. Volgend onderzoek zou vanuit andere richtingen naar het interdisciplinair leren kunnen kijken, bijvoorbeeld uit communicatieve of bedrijfskundige hoek, om het leren op de medische werkplek beter te begrijpen. Hiermee zouden de interacties binnen en tussen verschillende disciplines in meer detail kunnen worden bestudeerd en kunnen organisatorische structuren in kaart worden gebracht die van invloed zijn op het interdisciplinaire contact. Deze onderzoeken moeten worden beschouwd als een eerste stap binnen de wetenschappelijke cyclus, waarbij de nadruk ligt op het genereren van hypothesen op exploratieve wijze. Dit leidt uiteindelijk tot vervolgonderzoek waarin de hier opgestelde hypothesen formeel getoetst dienen te worden via een objectieve, kwantitatieve benadering.

REFERENTIES

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bleakley, A. (2006). Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking. *Medical education*, *40*, 150-157.
- Bunniss, S. & Kelly, D. R. (2008). 'The unknown becomes the known': collective learning and change in primary care teams. *Medical education*, *42*, 1185-1194.
- Burford, B. (2012). Group processes in medical education: Learning from social identity theory. *Medical education*, *46*, 143-152.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in continuing education*, *26*, 247-273.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Greenstock, L., Molloy, E., Fiddes, P., Fraser, C. & Brooks, P. (2013). Medical students' interprofessional experiences in a rehabilitation and palliative care placement. *Journal of interprofessional care, early online publication*, 1-3.
- Grice, T. A., Gallois, C., Jones, E., Paulsen, N. & Callan, V. J. (2006). We do it, but they don't: multiple categorizations and work team communication. *Journal of applied communication research*, *34*, 331-348
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I, Reeves, S. & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME guide no. 9. *Medical teacher*, *29*, 735-751.
- Heath, H. & Cowley, S. (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glas and Strauss. *International journal of nursing studies*, *41*, 141-150.
- Horsburgh, M., Lamdin, R. & Williamson, E. (2001). Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical education*, *35*(9), 876-883.
- Khalili, H., Orchard, C., Spence Laschinger, H. K. & Farah, R. (2013). An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *Journal of interprofessional care, early online publication*, 1-6.
- Lingard, L., Albert, M. & Levinson. W. (2008). Grounded theory, mixed methods, and action research. *BMJ*, *337*, 459-461.
- Marsick, V. J. & Volpe, M. (1999). The nature and need for informal learning. *Advances in developing human resources*, *1*, 1-9.
- Morris, C. & Blaney, D. (2010). Work-based learning. In T. Swanwick (Ed.) *Understanding medical education: Evidence, theory and practice* (p. 69-82). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Rodrigues, A., Miguez, J., Lourenço, P. (2013). The "we" and the "others" in an interprofessional surgical context: Findings from a Portuguese study. *Journal of interprofessional care*, *27*, 91-92.
- Strauss, A., 1987. *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press, New York.
- Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Medical education*, *39*, 859-865.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1985). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (eds.). *Psychology of intergroup relations 2nd edition* (p. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.

Thistlethwaite, J. (2012). Interprofessional education a review of context, learning and the search agenda. *Medical education, 46*, 58-70.

Wagter, J. N., Bunt, G. van de, Honing, M., Eckenhausen, M. & Scherpbier, A. (2012). Informal interprofessional learning: visualizing the clinical workplace. *Journal of interprofessional care, 26*, 173-182.

Weller, J. M. Barrow, M. & Gasquoine, S. (2011). Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical education, 45*, 478-487.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: CODESCHEMA

Lerende

Persoonlijke kenmerken lerende
Persoonlijkheid
Persoonlijkheid bepaalt vaardigheid
Interesse bepaalt begeleiding
Ervaring
Door ervaring kennis kunnen toepassen
Er klaar voor zijn
Technische kenmerken lerende
Kennis inschatten
Dokter leren zijn

Meester

Persoonlijke kenmerken leermeester
Leerzame dingen willen aanbieden
Onwillige begeleiders
Rolmodellen
Technische kenmerken leermeester
Ervaring van begeleider
Kennis opleider

Organisatie

Afdelingsorganisati
Aanwezigheid bepaalt contact
Hiërarchie
Regels
Patiëntorganisatie
Complexe afdeling
Zorg gaat voor opleiden
Elkaar kennen
Voorstellen
Vertrouwen
Opleidorganisatie
Al doende leren
Meelopen
Opleiden niet te onderscheiden van werken
Eigen verantwoordelijkheid voor leren
Ingrijpen door begeleider
Je plaats kennen
Klik tussen student en opleider