

Een inhoudsanalyse van portfolio-opdrachten van bachelorstudenten Geneeskunde aan het UMCG

Wat is het beroepsbeeld van studenten en hoe reflecteren ze daarop?

E.A. van Akkeren

Master Onderwijskunde
Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Delfzijl, 13 september 2007



Inhoudsanalyse van portfolio-opdrachten van bachelorstudenten Geneeskunde aan het UMCG

Wat is het beroepsbeeld van studenten en hoe reflecteren ze daarop?

Delfzijl, 13 September 2007

Auteur

Studentnummer

E.A. van Akkeren

1393596

Afstudeerscriptie in het kader van

Master Onderwijskunde

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

Universitair Medisch Centrum Groningen

Centrum Innovatie en Onderzoek Medisch Onderwijs

Begeleiders Rijksuniversiteit Groningen

Dr. H.T.A. Amsing

Dr. E.G. Harskamp

Begeleider Wenckebach Ontwikkelplatform

Drs. H. Dekker

ISBN 978-90-8827-013-0
NUR 841. Onderwijskunde

Omslag: D.J. Buiten, Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2007 Wenckebach Ontwikkelplatform 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.

Voorzover 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.

VOORWOORD

Voor u ligt mijn masterthesis die als sluitstuk dient voor de studie Onderwijskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). Deze thesis beschrijft mijn onderzoek naar het beroepsbeeld van eerste- en derdejaars studenten Geneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van Centrum Innovatie en Onderzoek Medisch Onderwijs (CIOMO) van het UMCG.

De afgelopen periode is voor mij erg inspannend, maar ook zeer leerzaam geweest. Daarvoor wil ik een aantal mensen bedanken. Allereerst wil ik mijn dank uitspreken aan Jan Pols die ervoor gezorgd heeft dat ik binnen het UMCG mijn afstudeeronderzoek uit kon voeren. Daarnaast bedank ik Anke van Tright, Janke Cohen-Schotanus en Hanke Dekker voor hun bijdrage aan de invulling van het onderzoek en voor de begeleiding vanuit het UMCG. Medewerkers van CIOMO, die op welke wijze ook, hebben bijgedragen aan mijn onderzoek, wil ik eveneens bedanken. Voor de nodige begeleiding die ik vanuit het UMCG. Medewerkers van CIOMO, die op welke wijze ook, hebben bijgedragen aan mijn onderzoek, wil ik eveneens bedanken. Voor de nodige begeleiding die ik vanuit de RUG heb mogen ontvangen dank ik Hilda Amsing en ook Egbert Harskamp, die naast Hilda Amsing de beoordeling van deze scriptie op zich heeft genomen. Tot slot wil ik mijn familie, vriend en overige vrienden bedanken voor hun luisterend oor en bemoeidigingen na het aanhoren van mijn frustraties, voor hun feedback en leerzame inzichten, maar bovenal voor de vriendschap en de nodige ontspanning tijdens mijn afstudeerperiode.

Elaine van Akkeren
Delfzijl, 13 september 2007

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	1
ABSTRACT	2
1 INLEIDING.....	3
1.1 Aanleiding voor dit onderzoek.....	3
1.2 Doel van het onderzoek	4
1.3 Wetenschappelijke relevantie.....	4
1.4 Onderzoeksvragen	5
1.5 Opbouw van de masterthesis.....	6
2 THEORETISCH KADER	7
2.1 Competentiegericht onderwijs.....	7
2.1.1 Wat zijn competenties?.....	7
2.1.2 Wat is competentiegericht onderwijs?	8
2.1.3 Waarom competentiegericht onderwijs?	9
2.1.4 Competentiegericht onderwijs bij Geneeskunde	10
2.2 Portfolio	10
2.2.1 Wat en waarom een portfolio?.....	10
2.3 Reflecteren.....	12
2.3.1 Wat is reflectie?	12
2.3.2 Waarom reflecteren?	13
2.3.3 Hoe te reflecteren?.....	14
2.3.4 Waarop reflecteren?.....	17
3 METHODE.....	21
3.1 Participanten	21
3.2 Inhoudsanalyse	21
3.3 Onderzoeksprocedure	22
3.4 Intersubjectiviteit.....	26

4 RESULTATEN.....	27
4.1 Jaar 1: De goede dokter A.....	27
4.2 Jaar 3: De goede dokter E.....	35
4.3 Vergelijking.....	40
5 CONCLUSIE & DISCUSSIE.....	43
5.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen.....	43
5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek.....	44
5.3 Koppeling met literatuur en overig onderzoek.....	45
5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	46
5.5 Praktische implicatie.....	46
5.6 Slotconclusie.....	46
LITERATUUR.....	47
BIJLAGE 1 TYPES OF REFLECTIVE WRITING.....	50
BIJLAGE 2 VERSCHILLENDE NIVEAUS VAN REFLECTIEVAARDIGHEID.....	51
BIJLAGE 3 HATTON & SMITH EN ELSHOUT-MOHR.....	52
BIJLAGE 4 LABELINGSSYSTEEM REFLECTIE (VERSIE 1).....	53
BIJLAGE 5 LABELINGSSYSTEEM BEKWAAMHEDEN.....	54
BIJLAGE 6 VOORBEELD OPDRACHT DE GOEDE DOKTER A.....	57
BIJLAGE 7 INHOUD BEKWAAMHEDEN.....	59
BIJLAGE 8 OVERZICHT AANTAL STUDENTEN PER BEKWAAMHEID.....	61
BIJLAGE 9 INSTRUCTIE LABELEN VAN OPDRACHTEN.....	62
BIJLAGE 10 BESCHRIJVENDE STATISTIEK BEKWAAMHEDEN EN REFLECTIENIVEAUS.....	63

SAMENVATTING

Inleiding

De opleiding Geneeskunde aan de Medische Faculteit van het UMC Groningen heeft in 2003 het bekwaamheidsgestuurd curriculum G2010 ingevoerd, dat is gebaseerd op zeven bekwaamheden: 1) communiceren, 2) probleem oplossen, 3) omgaan met wetenschap, 4) onderzoeken en handelen, 5) behandelen, 6) omgaan met de maatschappelijke context en 7) reflecteren. Deze zijn gebaseerd op de eindtermen die in het *Raamplan 2001 artsopleiding* zijn beschreven.

Gedurende de opleiding houden studenten voor de lijn 'Beroepsvoorbereiding' een portfolio bij, waarin ze o.a. aangeven in hoeverre ze de bekwaamheden hebben verworven en geïntegreerd kunnen toepassen. Het portfolio is tevens bedoeld als instrument om studenten te stimuleren tot reflectie en te monitoren bij hun beroepsvoorbereiding.

Probleemstelling

Onderzocht is of het beroepsbeeld van studenten verandert en realistischer wordt door tijdens het onderwijs expliciet gebruik te maken van de genoemde bekwaamheden. Daarnaast is gekeken of het portfolio studenten inderdaad stimuleert tot reflectie. De onderzoeksvragen zijn:

- Welke competenties moeten artsen volgens eerstejaars studenten geneeskunde bezitten en zijn deze studenten in hun derde studiejaar van mening veranderd?
- In hoeverre komen de in portfolio's genoemde competenties overeen met de voor curriculum G2010 geformuleerde bekwaamheden?
- Op welk reflectieniveau worden de competenties beschreven in portfolio's en verschilt het niveau van eerstejaars met dat van derdejaars studenten?

Methode

Voor het onderzoek zijn twee portfolio-opdrachten, afkomstig uit jaar 1 en 3, op hun inhoud geanalyseerd en vergeleken. Studenten moesten voor beide opdrachten aangeven waaraan de ideale arts moet voldoen. De teksten zijn gescreend en vervolgens gelabeld aan de hand van de zeven bekwaamheden en een categorie 'overig'. Ook is ieder fragment gekoppeld aan één van de vier onderscheiden reflectieniveaus: 1) beschrijven, 2) bewust worden, 3) analyseren en 4) verantwoordelijkheid tonen. In totaal zijn van 46 studenten beide opdrachten geanalyseerd.

Resultaten

Alle bekwaamheden uit het curriculum werden door studenten genoemd in hun portfolio's. Daarnaast gaven studenten aan dat een arts de tijd moet nemen voor zijn patiënten en bovenal plezier moet hebben in zijn vak. Gebleken is dat de mening van derdejaars studenten nauwelijks is veranderd. Na 'communiceren' werd 'reflecteren' in beide studiejaar het vaakst genoemd. De wetenschapsbeoefening werd door studenten in jaar 3 vaker genoemd dan in jaar 1.

Studenten reflecteerden het meest op 'communiceren', 'reflecteren' en 'omgaan met wetenschap'. In jaar 3 steeg het aantal studenten dat op de twee hoogste reflectieniveaus reflecteerde.

ABSTRACT

Introduction

In 2003, the department of Medical Sciences of the Medical Faculty at the UMC Groningen introduced the competence based curriculum G2010, which is based on seven competences: 1) communication, 2) problem solving, 3) practising science, 4) researching and acting, 5) treatment, 6) dealing with social context and 7) reflection. These were based on the conclusions of the “Raamplan 2001 artsopleiding”.

During the course, students keep a portfolio for the “professional preparation’ stream, in which they indicate to what extent they have acquired skills and how they were able to apply them in an integrated environment. The portfolio also serves as an instrument stimulating students to reflect and to monitor their professional preparation.

Problem setting

Research focussed on whether the students’ view of their profession changed and became more realistic by making explicit use of the aforementioned competences during the course. Additionally, research dealt with the question whether the portfolio indeed stimulates students to reflect. The research questions are:

- According to first year students of medicine, what competences should doctors have and do these views change by the time they have reached their third year?
- To what extent do the competences found in the portfolio match those formulated for curriculum G2010?
- At what level of reflection are competences described in portfolios and does the level of first year students differ from that of third year students?

Method

In the course of the research, two portfolio assignments, of year 1 and 3, were analysed and compared as regards content. For both assignments, students had to indicate the standards to which the ideal doctor should adhere. The texts were screened and subsequently labelled, based on seven competence categories and a category “miscellaneous”. Additionally, every fragment was referenced to one of the four distinct levels of reflection: 1) describe, 2) become aware, 3) analyze en 4) show responsibility. Assignments were analysed of 46 students in all.

Results

All curricular competences were mentioned by the students in their portfolios. Additionally, students indicated that a doctor should take time with patients and enjoy his work. Third year students did not appear to change their opinions. After “communication”, “reflection” was cited most often in both years. Practising science was mentioned more often in year 3 than in year 1. Students reflected most on “communication”, “reflection” and “practising science”. Year 3 saw an increase in the number of students reflecting on the two highest levels of reflection.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

Het medisch onderwijs in Nederland is de afgelopen tijd onderhevig geweest aan een drietal ontwikkelingen. Allereerst wordt het beroep van een arts steeds complexer. Patiënten worden mondiger. Ze laten zich, middels media en internet, steeds beter informeren over de zorgsector, ziekten en behandelingen en willen daardoor ook zelf beslissen welke stappen worden ondernomen en zelf een behandeling kiezen. Voor een arts betekent dit dat hij of zij competent om moet gaan met een patiënt, op een sociaalwaardige manier (De Maeseneer, 2003; Dent & Harden, 2005; Van Beek, 2005). Daarnaast verandert de rol van de arts. Toekomstige artsen moeten om kunnen gaan met de snel veranderende medische kennis en technologie. Het aantal artsen dat in een groot ziekenhuis werkt blijft stijgen en vraagt om samenwerking tussen een team van specialisten. De opleiding moet artsen voorbereiden op deze ontwikkelingen. Artsen moeten beschikken over competenties waarmee ze voortdurend in staat zijn te leren. Ze moeten kennis en vaardigheden kritisch kunnen beoordelen en verwerven (Van Beek, 2005). Tot aan hun pensioen zullen medici zich continu moeten ontwikkelen en professionaliseren willen ze goed blijven presteren en de kwaliteitszorg bewaken (Niemie, 1997; Friedman Ben David et al., 2001; Driesen, Van Tartwijk, Vermunt & Van der Vleuten, 2003; Van Beek, 2005).

Ten tweede heeft Nederland in 1999, samen met 29 andere Europese landen, de Bologna-verklaring ondertekend. Hiermee werd een akkoord gegeven voor de herstructurering van het hoger onderwijs. Een belangrijk punt van deze onderwijshervorming is de invoering van bachelor- en masteropleidingen (BaMa). De geneeskundeopleidingen hebben zich hier tot voor kort telkens aan onttrokken, maar een groot aantal universiteiten biedt studenten nu toch de mogelijkheid om Geneeskunde met een bachelor- en/of

mastergraad af te ronden (Laan, Bulte, Daelmans, Snellen-Balendong & Borleffs, 2007).

Een derde ontwikkeling, die van onderwijskundige aard is en vaak gepaard gaat met de invoering van de BaMa, is het competentiegericht opleiden (ITBT Universiteit Twente, n.d.). Bij competentiegericht opleiden zijn de eindtermen in zgn. competenties geformuleerd. Het gaat hierbij niet alleen om kennis maar ook om kunde.

De drie genoemde ontwikkelingen hebben er toe geleid dat de opleiding Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) in 2003 een nieuw curriculum heeft ingevoerd: *het bekwaamheidsgestuurd curriculum G2010*. Centraal in G2010 staan zeven competenties, al spreekt Projectgroep G2010 die het curriculum ontworpen heeft, zelf liever over bekwaamheden. Volgens de projectgroep moet een basisarts over zeven bekwaamheden beschikken. Te weten, 1) communiceren, 2) probleem oplossen, 3) omgaan met wetenschap, 4) onderzoeken en handelen, 5) behandelen, 6) omgaan met de maatschappelijke context en 7) reflecteren (Projectgroep G2010, 2005). De bekwaamheden zijn gebaseerd op de eindtermen die in *Raamplan Artsopleiding 2001* (Metz, Verbeek-Weel & Huisjes, 2001) zijn opgenomen.

Studenten verwerven, zowel in de bachelor- als in de masterfase, op verscheidene manieren deze bekwaamheden, integreren die en passen ze toe. Het onderwijsprogramma in de bachelorfase is per jaar onderverdeeld in vier blokken en twee lijnen. De blokken bestaan allen uit tien weken en zijn vooral gericht op kennisverwerving en het leren van vaardigheden, welke zijn afgeleid van de bekwaamheden. Naast de blokken zijn twee lijnen uitgezet, die het gehele studiejaar doorlopen en in alle leerjaren terugkomen. Eén van die lijnen betreft beroepsvoorbereiding. In deze lijn moeten studenten laten zien in hoeverre ze opgedane kennis, vaardigheden en professioneel gedrag integreren en

deze bekwaamheden toepassen in daarvoor bestemde situaties, bijvoorbeeld tijdens korte stages. Daarnaast worden studenten binnen de lijn gestimuleerd tot reflecteren, één van de geformuleerde bekwaamheden die voor professionals noodzakelijk wordt geacht. De onderwijsvormen die hierbij gebruikt worden zijn het portfolio en coachgroepen (Projectgroep G2010, 2005).

In het portfolio verzamelen studenten gemaakte portfolio-opdrachten van bijvoorbeeld stages, patiëntgesprekken, meeloopmomenten of naar aanleiding van eigen initiatieven, die studenten in het kader van hun persoonlijk ontwikkelplan (onderdeel van het portfolio) ondernemen. Ook worden de studenten ingedeeld in coachgroepen. De coachgroepen bestaan uit een tiental studenten en een coach, die werkzaam is in het werkveld. De coach stimuleert de studenten te leren van hun ervaringen en tot reflectie te komen. Aan het eind van het jaar wordt het portfolio beoordeeld en krijgen studenten bij een voldoende het aantal te verkrijgen studiepunten voor de lijn beroepsvoorbereiding (Projectgroep, G2010, 2005).

Eén van de verplichte opdrachten in het portfolio, die studenten moet stimuleren tot reflecteren, is de opdracht '*De goede dokter*'. Deze opdracht wordt een vijfmaal herhaald tijdens de studie en hierin moeten studenten aangeven wat zij een goede dokter vinden. Op deze manier wordt getracht studenten bewust te maken van hun beroepsbeeld, hen daarop te laten reflecteren en ze inzicht te verschaffen in de eigen professionele ontwikkeling. Al bij aanvang van het eerste studiejaar wordt aan studenten gevraagd de opdracht te maken, wanneer ze verder nog geen ervaringen binnen de opleiding hebben opgedaan. Inmiddels heeft een groot aantal studenten sinds de invoering van het curriculum G2010 deze opdrachten gemaakt.

Het Centrum Innovatie en Onderzoek Medisch Onderwijs (CIOMO), een afdeling binnen de medische faculteit die zich bezig houdt met onderzoek naar innovaties in het medisch onderwijs, wilde graag exploratief onderzoek gedaan hebben naar de opdrachten van De goede dokter. In deze thesis wordt verslag gedaan over dit onderzoek dat be-

stond uit een inhoudsanalyse van twee portfolio-opdrachten van *De goede dokter* uit respectievelijk studiejaar 1 en studiejaar 3.

1.2 Doel van het onderzoek

Met dit onderzoek wordt getracht inzicht te krijgen in het beeld dat studenten hebben van hun toekomstig beroep. Daarnaast wordt gekeken of het bekwaamheidsgestuurde curriculum studenten helpt bij het veranderen en wellicht realistischer maken van hun beroepsbeeld. Tot slot wordt onderzocht of het portfoliogebruik studenten stimuleert tot reflectie.

1.3 Wetenschappelijke relevantie

Een onderzoek naar het beroepsbeeld van studenten en hun reflectieve vaardigheden is wetenschappelijk zeer interessant. Uit onderzoek en literatuur blijkt dat meestal gereflecteerd wordt op (praktijk)ervaringen en het eigen vertoonde gedrag daarbinnen (Procee & Visscher-Voerman, 2004; Carr & Carmody, 2006; Tigelaar et al., 2006). Eerstejaars studenten hebben echter nauwelijks tot geen praktijkervaring. Zij zouden volgens Groen (2006) en Batenburg (2007) op persoonlijke eigenschappen kunnen reflecteren. Tigelaar et al. (2006) en Korthagen (2002) geven aan dat het ook heel belangrijk is om op dieperliggende aspecten van je persoonlijkheid te reflecteren, zoals op opvattingen, attitudes en je (professionele) identiteit. Om een professionele identiteit te ontwikkelen is het belangrijk dat studenten een realistisch beeld hebben van hun toekomstig beroep, stelt Niemi (1997). Geneeskundestudenten moeten weten wat voor mogelijkheden en uitdagingen hen te wachten staan als beginnend arts.

Bij aanvang van de studie hebben studenten echter al een beeld van de ideale arts en de benodigde competenties of bekwaamheden. Studenten komen niet als een tabula rasa de opleiding binnen, maar hebben door opvoeding en eerdere ervaringen met de medische sector een eigen beroepsbeeld ontwikkeld met bijbehorende attitudes ten

aanzien van het beroep. Attitudes zijn echter onderhevig aan sociale en culturele invloeden (Batenburg, 1990, 1997). Met dit gegeven blijken opleidingen niet alleen kennis te verschaffen, maar laten ze ook een mentaliteit, met de daarmee samenhangende attitudes, achter bij studenten (Batenbrug, 1990). Het (toekomstig) beroepsbeeld wordt op deze manier gekleurd door de beroepsopleidingen. Studenten stellen tijdens de studie hun beroepsbeeld en attitudes bij en verscherpen of veranderen het totaal. Zo lang opleidingen zich hiervan bewust zijn, is dit geen probleem. Sterker nog, in medische opleidingen wordt opzettelijk aan deze attitudeontwikkeling gewerkt. Het bekwaamheidsgestuurde curriculum G2010 bepleit immers dat de adequate beroepshouding van een arts uit kennis, vaardigheden en professioneel gedrag bestaat, welke zijn uit te drukken in de zeven bekwaamheden (Projectgroep G2010, 2005).

Nu opleidingen niet alleen kennis en vaardigheidsdoelen hebben, maar ook willen bijdragen aan de attitudeontwikkeling is het zeer relevant om te onderzoeken wat het beroepsbeeld van studenten is wanneer ze met de opleiding beginnen (Batenburg, 1997). Daarnaast moet de ontwikkeling worden bijgehouden, zodat aan het eind getoetst kan worden of studenten een adequaat beroepsbeeld hebben en of hun professionele identiteit hierin past (Lunsen et al., 1994).

Wat betreft reflectie wordt het portfolio geacht dit te stimuleren en hoewel in de literatuur hier veel over is geschreven, is het aantal onderzoeken erna beperkt (Hatton & Smith, 1995; Wong et al., 1995; Mansvelder-Longayroux et al., 2002; Pee, Woodman, Fry & Davenport, 2002). Niet alleen is er weinig onderzoek gedaan naar de invloed van het portfolio op reflecteren ook zijn er weinig gegevens bekend over de diepgang van reflectie (Gordon, 2003; Carr & Carmody, 2006) en de effecten van reflectieonderwijs (Schaub-de Jong, 2006). Methoden om reflectie te meten en te toetsen zijn daardoor beperkt (Hatton & Smith, 1995; Mansvelder-Longayroux et al., 2002; Gordon, 2003). Hier zou verandering in moeten komen, want onderzoek toont aan dat reflectie vaak op een niveau blijft hangen van een

zakelijke analyse en een pure beschrijving ervan. Er wordt nauwelijks ingegaan op persoonlijke elementen (Mansvelder-Longayroux et al., 2002) en volgens Korthagen (2002) en Boud en zijn collega's (1985) is dit juist noodzakelijk wil er sprake zijn van reflectie.

1.4 Onderzoeksvragen

Met behulp van de inhoudsanalyse is onderzocht wat het beroepsbeeld van studenten is bij aanvang van de studie en is gekeken of dit beeld verandert na een aantal jaren onderwijs. De volgende onderzoeksvragen zijn opgesteld:

1. *Welke competenties moeten artsen volgens eerstejaars studenten Geneeskunde bezitten en veranderen studenten van mening als ze in hun derde jaar zitten?*

Gevold door de vraag:

2. *In hoeverre komen de in portfolio's genoemde competenties overeen met de voor curriculum G2010 geformuleerde bekwaamheden?*

Om te kijken of studenten de bekwaamheid reflecteren wel goed verwerven en of het stimuleren van reflectie binnen beroepsvoorbereiding effect heeft luidt de laatste onderzoeksvraag:

3. *Op welk reflectieniveau worden de competenties beschreven in het portfolio en verschilt het niveau van eerstejaars studenten met dat van derdejaars?*

Op basis van de ervaring met het bestaande onderwijs wordt verwacht dat het beroepsbeeld van studenten bij aanvang van de studie nog nauwelijks ontwikkeld is, dat het zich in de loop der jaren meer vormt naar de zeven bekwaamheden en dat het reflectieniveau stijgt.

1.4 Opbouw van de masterthesis

Deze masterthesis schetst in hoofdstuk 2 een theoretisch kader, waarin de centrale begrippen uit de thesis worden uitgewerkt. Het hoofdstuk behandelt het competentiegericht onderwijs, het portfolio en het begrip reflecteren. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderzoeksmethode gevolgd door de resultaten in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 bevat tot slot de conclusie en discussie.

2 THEORETISCH KADER

In dit theoretisch kader zullen drie onderwerpen worden besproken. Allereerst zal het competentiegericht onderwijs worden beschreven. Daarna zal nader worden ingegaan op het portfolio gevolgd door een uitwerking van het begrip reflecteren.

2.1 Competentiegericht onderwijs

Competentiegericht leren en competentiegericht onderwijs zijn begrippen, die in korte tijd populair zijn geworden. De meeste mensen hebben er inmiddels wel eens over gehoord. Zowel positieve als negatieve verhalen en reacties doen de ronde (Simons, n.d.; Korthagen, 2004; Hilhorst, 2007). Het begrip competentie werd al in de jaren zeventig van de vorige eeuw in veel arbeidsorganisaties gebruikt, maar werd pas aan het eind van de twintigste eeuw geïntroduceerd in het onderwijs. Inmiddels duikt het begrip in steeds meer segmenten van het onderwijs op, van het secundaire onderwijs tot het hogere beroepsonderwijs als ook in het wetenschappelijk onderwijs (Schlusmans, Slotman, Nagtegaal & Kinkhorst, 1999; Van Merriënboer, Van der Klink & Hendriks, 2002). Competentiegericht onderwijs wordt vaak in één adem genoemd met 'het nieuwe leren'. Onder het nieuwe leren vallen allerlei nieuwe onderwijsvormen, die zich afzetten tegen 'het oude leren', waarin kennisoverdracht en docentgestuurd leren centraal staan (Teurlings, Van Wolput & Vermeulen, 2006). In deze paragraaf wordt beschreven wat het competentiegerichte leren inhoudt en waar dit onderwijs zich in onderscheidt.

2.1.1 Wat zijn competenties?

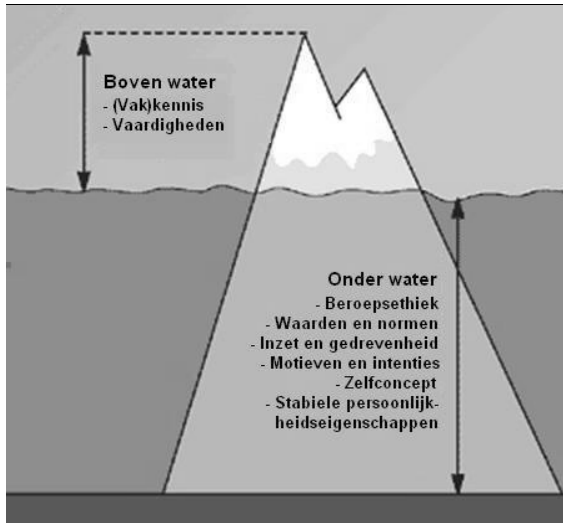
Een heldere en eenduidige beschrijving van het begrip competentie ontbreekt (Schlusman et al., 1999; Van Merriënboer et al., 2002). Hoewel competentie vaak als

synoniem voor bekwaamheid, vermogen, kwalificatie of vaardigheid wordt gebruikt, blijkt uit de literatuur dat competentie meer een personeigenschap is, bestaande uit een combinatie van kennis, vaardigheden en attitudes (Schlusmans et al., 1999; Kouwenhoven, 2003).

Een attitude is een persoonlijk kenmerk. Er worden verschillende eigenschappen onder verstaan, zoals waarden, normen, gevoel, ideeën of opvattingen. Een attitude beïnvloedt het gedrag (Simons, 2003). Het handelen van mensen wordt daardoor dikwijls gezien als een deel van iemands persoonlijkheid. Hoewel persoonlijkheid een diepgewortelde kant is van mensen, die vaak niet te beïnvloeden is, zoals bijvoorbeeld extravertie, blijken attitudes veranderbaar te zijn en te beïnvloeden (Batenburg, 1990, 1995; 1997; De Monchy, 1992; Van Lunsen, Hoos, Büller, Schreuder & Kupka, 1994). Dit komt doordat ze afhankelijk zijn van de sociale en culturele omgeving. (Batenburg, 1990, 1997).

Lingsma & Scholten (in Van der Heide & Koetsenruijter, 2004) en Spencer & Spencer (in Van Merriënboer, 2002) vergelijken competenties met een ijsberg (figuur 1). Het deel dat boven de wateroppervlakte uitsteekt zijn de kennis en vaardigheden die een persoon bezit en die tot uiting komen in het concrete handelen en het gedrag. Onder het water bevindt zich echter het grootste gedeelte van de competenties; de moeilijk observeerbare kwaliteiten die van invloed zijn op het gedrag en handelen, zoals beroepsopvattingen, motivatie en intenties, bezieling, zelfconcept en persoonlijkheid.

Tezamen zorgen de verscheidene eigenschappen ervoor dat er adequaat gehandeld wordt in een gegeven context, oftewel dat er competent gehandeld wordt (Van Beek, 2005).



Figuur 1. Het ijsbergmodel (voor een groot deel gebaseerd op het model van Lingsma (in Van der Heide & Koetsenruijter, 2004) en Spencer & Spencer (in Van Merriënboer et al, 2002).

8

Om een verdergaande verheldering van het competentiebegrip te verkrijgen hebben Van Merriënboer et al. (2002), in opdracht van de Onderwijsraad, een begripsanalytische studie uitgevoerd. Uit een variatie van beschrijvingen en formuleringen hebben ze een zestal gemeenschappelijke kenmerken onderscheiden:

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

Naast de zes kenmerken onderscheiden Van Merriënboer et al. (2002), net als Van der Heide en Koetsenruijter (2004) en Grotendorst et al. (2006), verschillende typen competenties. Competenties die betrekking hebben op het geheel van kwalificaties, die nodig zijn voor de beroepsuitoefening worden *beroepscompetenties* genoemd. Te denken valt aan vakkennis, beroepsvaardigheden en beroepsattitudes. Vervolgens zijn er *leercompetenties*. Dit zijn vermogens en attitudes om up-to-date te blijven binnen het eigen vakgebied. Hierbij valt te denken aan verantwoordelijkheid nemen en zelfstandig werken. Tot slot zijn er de *loopbaancompetenties*. Deze zorgen ervoor dat je flexibel kunt reageren op de steeds veranderende eisen van de arbeidsmarkt.

2.1.2 Wat is competentiegericht onderwijs?

Competentiegericht onderwijs biedt studenten een leeromgeving waarin ze de ruimte, steun en begeleiding krijgen om zich te ontwikkelen tot adequaat handelende beroepsbeoefenaren. Hiervoor is het verwerven van beroeps- en leercompetenties noodzakelijk (Grotendorst et al., 2006). In competentiegericht onderwijs worden deze competenties als eindtermen beschouwd, waarmee wordt aangegeven wat een student aan het eind van zijn of haar opleiding moet kennen en kunnen (Van Beek, 2005). Het hebben van competenties als eindtermen sluit goed aan bij de, door Van Merriënboer et al. (2002), geformuleerde kenmerken van competenties: leer- en ontwikkelingsprocessen zijn voorwaardelijk voor het verwerven van competenties. Verder zijn competenties dus leerbaar en zoals gezegd, daardoor ook veranderlijk in de tijd.

In alle competentiegerichte opleidingen staat de relatie met de beroepspraktijk centraal. Onderwijs is niet langer gescheiden van het toekomstige werkveld. Beide werelden worden vanaf het begin van de opleiding met elkaar geïntegreerd. Volgens Schlusman et al. (1999), maakt deze continue integratie het onderwijsconcept zo nieuw en onderscheidend. De integratie wordt met behulp van verschillende onderwijsvormen bewerkstelligd, zoals stages, casussen, probleemgestuurd onderwijs, simulaties en vor-

men van thema- of projectonderwijs. Bij al deze vormen staat het behoud van de authentieke praktijkomgeving centraal en leren studenten met probleemsituaties om te gaan, die ze in de dagelijkse praktijk ook vaak zullen tegenkomen (Schlusmans et al., 1999; Van der Heide & Koetsenruijter, 2004). Competenties en competent handelen zijn contextgebonden. Om die reden is het belangrijk dat studenten met veel verschillende contexten en probleemsituaties te maken krijgen, zodat ze later in hun beroepsuitoefening weten hoe ze moeten handelen.

Competentiegericht onderwijs legt meer nadruk op het opleiden tot bekwaamheid en kunde. Kennisverwerving alleen is niet voldoende. Studenten moeten de kennis ook leren toepassen (Schlusmans, et al., 1999; Kouwenhoven, 2003). Door kennis te koppelen aan handelen wordt de kennis betekenisvol. Een handeling komt echter niet alleen door kennis tot stand, maar door een integratie van die kennis met vaardigheden, attitudes, zelfbeeld en motivatie van een persoon (Grotendorst et al., 2006). In het curriculum worden daarom niet langer alleen maar kennisgerichte doelen gesteld, maar ook vaardigheidsdoelen en attitude-doelen (Schlusman et al., 1999). Een student is competent wanneer hij of zij kennis van zaken heeft, weet wat hij of zij moet doen, weet waarom dat zo is en de handeling in overtuiging uitvoert (APS, n.d.).

Het is niet verwonderlijk dat je 'competent zijn' niet in één keer leert. Voor een groot deel komt dit door de persoonlijke kenmerken van een individu die van invloed zijn op het verwerven van competenties. Deze persoonlijke kenmerken zorgen er onder andere ook voor dat studenten verschillen van elkaar in competentieniveaus. Daarnaast is praktijk ervaring erg belangrijk. De leer- en ontwikkelingslijn van competentiegericht leren gaat van beginner via gevorderde naar expert (Van Merriënboer et al., 2002; APS, n.d.). Menigeen meent echter dat zelfs na het afronden van de opleiding, iemand nog niet tot de experts kan worden gerekend. Een grote hoeveelheid praktijkervaring maakt iemand door de jaren heen tot een competent persoon, een expert in competent handelen (Van Beek, 2005). Desalniettemin probeert het onderwijs haar studenten zo

goed mogelijk te begeleiden in zijn of haar ontwikkeling. Docenten treden steeds meer op als coaches, die studenten handvaten aanreiken, waarmee ze zich, in de toekomst, zelfstandig verder kunnen ontwikkelen (Schlusman et al., 1999; Grotendorst et al., 2006; Teurlings et al., 2006).

2.1.3 Waarom competentiegericht onderwijs?

Met het competentiegericht onderwijs wordt getracht aan te sluiten bij de ontwikkelingen van de arbeidsmarkt. Die ontwikkelingen worden gevoed door de aanhoudende veranderingen in de maatschappij. Deze dynamische maatschappij, waarin kennis snel verouderd, verwacht van haar werknemers dat zij zich blijven ontwikkelen en nieuwe kennis en vaardigheden aanleren. *Lifelong learning* is het credo; leren is een continu proces en stopt niet nadat het diploma is behaald. Het onderwijs moet haar studenten hierop voorbereiden en de toekomstige burgers daarom niet alleen uitrusten met vakinhoudelijke kennis, maar ook met vaardigheden, inzichten, attitudes en leervermogens, oftewel met competenties (Kouwenhoven, 2003; Teurlings et al., 2006). Die competenties helpen de beroepsuitoefenaar te achterhalen welke leerbehoeften hij of zij heeft en welke activiteiten ondernomen moeten worden om deze te bevredigen. Attituden als nieuwsgierigheid, gedrevenheid, motivatie voor leren en kritische reflectie bevorderen levenslange persoonlijke en beroepsmatige ontwikkeling (Dent & Harden, 2005). Op het begrip reflectie zal in paragraaf 2.3 nader worden ingegaan.

Op de arbeidsmarkt wordt ook gesproken over een kloof tussen theorie en praktijk. Zowel het werkveld als studenten zelf klagen over deze kloof. Steeds vaker geven pas afgestudeerde studenten aan dat van hen specifieke competenties worden verlangd, die in de opleiding nauwelijks of zelfs niet aan bod zijn gekomen. Hierbij gaat het niet alleen om beroepscompetenties, maar ook om algemene competenties, zoals plannen, communicatieve vaardigheden, probleem oplossen, etc. (Driessen, Beijaard, Van Tartwijk & Van der Vleuten, 2002). Competentiegericht onderwijs wordt vaak ingezet om de kloof tussen theorie en praktijk te overbruggen; juist omdat het de beroeps-

praktijk centraal stelt en studenten hieruit problemen voorlegt.

Naast bovengenoemde maatschappelijke redenen komt competentiegericht leren ook voort uit nieuwe inzichten en theorieën in de leer- en instructiepsychologie. De theorie van het constructivisme is hierin heel bepalend. Volgens deze stroming is leren een actief en constructief proces. Studenten moeten zelf actief deelnemen aan hun leerproces en niet louter passief de kennis tot zich nemen met behulp van hoorcolleges en studieboeken (Boekaerts & Simons, 1995). De eigen inzet bij het leerproces zorgt ervoor dat kennis en competenties individu- en contextgebonden zijn. Van Merriënboer et al. (2002) gaven dit reeds aan in hun studie.

Bovenstaande maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen vinden hun neerslag in het competentiegerichte onderwijsconcept. Kennisoverdracht in de vorm van hoorcolleges vindt beperkt plaats en middels onderwijsvormen als stages en casussen uit de authentieke beroepscontext zijn studenten actief bezig met de nieuwe kennis en leren ze zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun leerproces. Daarnaast zien studenten door deze manier van werken de relevantie van het onderwijs beter en eerder in. Dit werkt niet alleen motiverend, maar vergroot tevens de transfer van kennis en vaardigheden naar de beroepspraktijk, zo stellen Teurlings et al. (2006). Korthagen (2003) betwijfelt echter de transfervergroting. Volgens hem is hier geen empirisch bewijs voor.

2.1.4 Competentiegericht onderwijs bij Geneeskunde

Het competentiegericht onderwijs is ondertussen een bekend begrip geworden in het medisch onderwijs (Bleker, Ten Cate & Holdrinet, 2004; Projectgroep G2010, 2005). Competentiegericht opleiden lijkt goed aan te sluiten bij de huidige ontwikkelingen in de medisch wereld, waarin om artsen wordt gevraagd die over verscheidene beroeps- en leercompetenties beschikken, zodat ze zorg op maat kunnen bieden (Niemie, 1997; Friedman Ben David et al., 2001; Driesen, et al., 2003; De Maeseneer, 2003; Van Beek, 2005). Daarnaast blijkt juist in de medische sector de kloof tussen

opleiding en werkvloer door studenten als groot wordt ervaren (Friedman Ben David et al, 2001; Driessen et al., 2003; Dent & Harden, 2005).

Een stijgend aantal medische opleidingen kent studenten inmiddels een grotere autonomie toe in het sturen van hun leerproces, laat docenten optreden als begeleiders, verschuift het accent van het opdoen van parate kennis naar meer aandacht voor het verwerven van die kennis en bijbehorende vaardigheden (Dekker, 2004), legt nadruk op professionalisering (Friedman Ben David et al., 2001; Niemi, 1997; David et al., 2001; Dekker, 2004) en laat studenten eerder in aanraking komen met de praktijk (Metz, Scherpier & Van der Vleuten, 1995; De Measeneer, 2003).

2.2 Portfolio

In vrijwel alle curricula waarin de nadruk ligt op competentieontwikkeling duikt ook het portfolio op (Driessen et al., 2002; Overeem, Driessen, Van Tartwijk & Van der Vleuten, 2003; Grotendorst et al., 2006). Dit komt doordat het portfolio wordt beschouwd als het instrument dat studenten stimuleert om zelfstandig theoretische en praktische kennis met elkaar te verbinden in realistische contexten. Tevens stimuleert het de ontwikkeling van metacognitieve vaardigheden zoals reflectie (Moon, 1999; Driessen et al., 2002; Dent & Harden, 2005; Carr & Carmody, 2006), wat in de volgende paragraaf zal worden besproken, en is het een manier om de professionele groei van competenties te kunnen beoordelen (Driesen et al., 2002; Gordon, 2003; Grotendorst et al., 2006; Sluiter, De Vos & Wever-Kroes, 2007). In deze paragraaf zal nader worden ingegaan op het begrip portfolio. Wat is het precies? Waar komt het vandaan en waarom is het nodig?

2.2.1 Wat en waarom een portfolio?

Het portfolio is een verzameling van documenten, die voor de desbetreffende eigenaar relevant is. Het begrip is oorspronkelijk afkomstig uit de kunst en de architectuur. Het portfolio betrof dan een grote map, waarin de artiest of ar-

chitect een selectie van belangrijke werken, recensies en krantenknipsel over het eigen werk presenteerden en waarmee hij of zij de kwaliteit van het werk aantoonde (Driessen et al., 2002; Van der Heide & Koetsenruijter, 2004). Tegenwoordig laten modellen middels het portfolio zien hoe en voor welke opdrachtgevers ze hebben geseerd en in het bedrijfsleven wordt het portfolio vaak gebruikt als overzicht van hun geboden producten en diensten. Al deze portfolio's hebben met elkaar gemeen dat ze voortdurend worden aangepast en nog in ontwikkeling zijn (Driessen et al., 2002). Het is daarom niet onterecht dat Davis et al. (in Friedman Ben David et al., 2001) aangeven dat het portfolio niet alleen een collectie relevante documenten betreft, maar dat het ook bewijsstukken zijn waarmee kan worden aangetoond dat zich een leer- en groeiproces heeft voltrokken.

Deze toevoeging is met name voor het onderwijs zeer belangrijk. Studenten selecteren materiaal waarmee ze inzicht verschaffen in de door hen verworven competenties of, zo men wilt, bekwaamheden. Ze leveren bewijzen voor het eigen kunnen. Het bewijsmateriaal kan zowel uit schriftelijk materiaal als beeldmateriaal bestaan, zoals foto's, plaatjes, schema's en dergelijke. Hierdoor kan de vormgeving van de portfolio's verschillen. Ongeacht de verschillen dient het portfolio voorzien te zijn van commentaar, reflectie, aantekeningen of toelichtingen. Op deze manier ontstaat een beeld van de professionele ontwikkeling van de individu. Door de toevoeging van reflectie onderscheidt het portfolio zich van logboeken, maar ook van dagboeken en autobiografische verslagen, omdat reflectie in deze laatste twee niet altijd hoeft voor te komen. In een portfolio echter wel. Verworven competenties worden niet alleen beschreven of getoond, ook de daarbij genomen mentale stappen worden geëxpliciteerd (Boud, Keogh & Walker, 1985; Paulson, Paulson & Meyer, 1991; Wong, Kember, Chung & Yan, 1995; Dent & Harden, 2005). Studenten geven in het portfolio aan welke ervaringen ze hebben opgedaan in de authentieke context en hoe ze binnen die context gehandeld hebben met behulp van verworven competenties uit de opleiding. Studenten aan lerarenopleidingen kunnen bijvoorbeeld aangeven hoe ze een les voorbereiden en ver-

zorgen en toekomstige artsen kunnen hun stage-ervaringen expliciteren en hier op reflecteren (Driessen et al., 2002; Van der Heide & Koetsenruijter, 2004). Belangrijk is dat het portfolio de context van het beroep weerspiegelt (Van der Heide & Koetsenruijter, 2004; Grotendorst et al., 2006). Op deze manier kan bij de beoordeling van de handeling de context worden meegenomen.

Uit onderzoek blijkt echter dat portfoliogebruik niet automatisch leidt tot reflectie (Mansvelder-Longayroux, Beijgaard & Verloop, 2002; Driessen et al., 2005). Driessen et al. (2005) noemen een viertal condities die reflectie binnen portfolio's moet stimuleren. Allereerst hebben studenten ervaringen nodig uit de authentieke context. Vervolgens moeten studenten helderheid krijgen in wat er van hen verwacht wordt. Een duidelijke structuur en richtlijnen moeten ervoor zorgen dat studenten weten waarop ze moeten reflecteren. Daarnaast moeten ze gecoacht worden. Coaches of mentoren moeten studenten helpen bij het ontwikkelen van reflectievaardigheden. Tenslotte moet het portfolio summatief (beoordelen van eindproducten) worden beoordeeld, willen studenten het portfoliogebruik serieus nemen en de moeite waard vinden. Gordon (2003) is het met deze laatste conditie eens, terwijl Moon (1999) daar haar twijfels bij heeft. Volgens haar kunnen studenten anders reageren wanneer hun portfolio beoordeeld wordt. Ze zullen doen wat van hen verwacht wordt, maar durven zichzelf wellicht niet helemaal bloot te geven en reflecteren daardoor anders.

Ondanks bovenstaande kanttekeningen komt het portfolio zeer vaak voor in combinatie met competentiegericht onderwijs (Driessen et al., 2002; Overeem et al., 2003). Dit doordat het portfolio een geschikt toets- en beoordelingsmiddel is, waarbij de authentieke context kan worden meegenomen in de beoordeling. Naast summatief kan ook formatief (beoordeling van proces tot ontwikkeling van student) worden beoordeeld. Formatieve beoordeling is geschikt om de individuele leerroute van de student te monitoren en eventueel bij te sturen (Schlusmann et al., 1999; Driessen et al., 2002; Van der Heide & Koetsenruijter, 2004; Van Beek, 2005). De student kan ook zelf zijn of haar

vorderingen bijhouden en inzien middels het portfolio (Hatton & Smith, 1995; Driessen et al., 2002; Van Beek, 2005). Met eigen verantwoordelijkheid voor het leren, zelfsturing en motivatie kan de student vervolgens naar het gewenste eindresultaat werken. Dit sluit naadloos aan bij de constructivistische opvatting van leren als een actief en constructief proces, waarbij de individu zelf verantwoordelijk is over zijn of haar leerproces. Tevens sluit het aan bij een leven lang leren en de loopbaanontwikkeling (Van der Heide & Koetsenruijter, 2004).

Doordat het portfolio laat zien welke kwaliteiten een student in huis heeft hoeft de beoordeling ervan niet alleen in het kader van de opleiding te zijn, maar kan het ook bij toelatingsprocedures, personeelsbeoordelingen en sollicitaties plaatsvinden. Dan wordt het portfolio als instrument voor zelfpresentatie gebruikt, zoals de kunstenaars en architecten het van oorsprong gebruikten (Driessen et al., 2002).

2.3 Reflecteren

In de vorige paragrafen is al een aantal keren de term reflectie voorbij gekomen. Daarin werd reflectie beschreven als

een metacognitieve vaardigheid, die als een zeer belangrijke bekwaamheid wordt beschouwd voor de professional en die middels het portfolio wordt gestimuleerd of verworven. Wat houdt het echter precies in, hoe reflecteer je, waarop en waarom wordt het zo belangrijk geacht? Op deze vragen probeert dit hoofdstuk een antwoord te geven.

2.3.1 Wat is reflectie?

Reflectie is een vorm van denken die leidt tot bewustwording. Als je reflecteert, sta je bewust stil bij een situatie of gedachten en denkt er (nogmaals) over na. In eerste instantie zijn mensen zich vaak niet bewust van de handelingen die ze uitvoeren en de ideeën die ze hebben. Door middel van reflectie wordt stilgestaan bij een situatie of gedachtegang en probeert de individu er zo objectief mogelijk naar te kijken. Reflecteren wordt om die reden ook vaak gedefinieerd als het 'herinterpreteren van ervaringen en kennis' (Koetsenruijter, Van der Heide & Wit, 2001; Benammar, Van Schaik, Sparreboom, Vrolijk & Wortman, 2006). Dit herinterpreteren van ervaringen en kennis is een metacognitieve vaardigheid. Metacognitie is kennis over het eigen cognitieve functioneren en het actief kunnen sturen

Oriënteren	nadenken over gewenste leerdoelen, eigen kenmerken als lerende, toetsing, beschikbare tijd e.d.
Plannen	vaststellen van leerdoelen, plannen van activiteiten en hun volgorde; tijdsplanning; voorspellen van het verloop van het leren.
Monitoren	actief observeren van leeractiviteiten; registreren van leervorderingen; constateren van begrip; noteren van taakkenmerken.
Toetsen	controleren of inzicht is ontstaan door in eigen woorden te vertalen; zich zelf vragen te stellen; problemen bedenken; conclusies trekken en vergelijken.
Herstellen	beslissen om de planning te veranderen; extra aandacht geven aan moeilijke stukken; hulp vragen, nieuwe leeractiviteiten proberen.
Evalueren	proefvragen maken; je laten overhoren; nadenken over het verloop van het leerproces.
Reflecteren	nadenken over het verloop van leer- en informatieverwerkingsprocedures met het oog op latere processen.

Figuur 2: Voorbeelden van regulatieactiviteiten (Boekaerts & Simons, 1995)

van de cognitieve processen. De actieve sturing vindt plaats door metacognitieve vaardigheden en wordt ook wel zelfregulatie genoemd. Zelfregulatie zorgt ervoor dat mensen de juiste beslissingen nemen voorafgaande, tijdens en na afloop van het leren, denken en handelen (Boekaerts & Simons, 1995; Byrnes, 2001).

De Jong (in Boekaerts & Simons, 1995) onderscheidde in zijn onderzoek zeven regulatie-activiteiten, welke in figuur 2 staan afgebeeld. Hoewel hij reflecteren onderaan zet kan het volgens Hatton en Smith (1995), Benammar et al. (2006) en Groen (2006) zowel tijdens, na of zelfs voor een activiteit plaatsvinden; van te voren wordt nagedacht hoe het beste kan worden gehandeld in een situatie. Schön is echter van mening dat reflectie alleen tijdens een handeling kan plaatsvinden ('*reflection-in-action*') of erna ('*reflection-on-action*') (Van Bolhuis-Poortvliet & Snoek, 1996; Moon, 1999)

Er is niet alleen verschil in het moment waarop gereflecteerd kan worden, ook de mate van reflectie kan verschillen. Ieder mens heeft abstractievermogen; in gedachte kan worden teruggekeken naar een ervaring of idee. Daarnaast heeft iedereen het vermogen te reflecteren. Reflecteren is een persoonskenmerk en ontwikkelt zich in de adolescentie (Moon, 1999; Benammar et al., 2006; Groen, 2006). Samen met het vermogen te abstraheren zorgt reflecteren ervoor dat personen kritisch kunnen terugblikken op hun eigen ervaringen en handelen. Reflectie wordt door verschillende factoren beïnvloed en verschilt per individu. Allereerst beïnvloedt dus het vermogen tot abstractie de mate van reflectie, maar daarnaast moet men ook bereid zijn te reflecteren (Boud et al., 1985; Metz et al., 1995; Koetsenruijter et al., 2004; Groen, 2006). Dit wordt ook wel een leren-de houding genoemd.

2.3.2 Waarom reflecteren?

Reflectie is een middel waarmee (zelfstandig) leren gestimuleerd kan worden (Moon, 1999; Koetsenruijter et al., 2001; Benammar et al., 2006; Groen, 2006). Om tot leren te komen moet men zich bewust worden van en inzicht

krijgen in het eigen gedrag, handelen en de daarmee gepaard gaande kennis. Vervolgens leer je bepaalde situaties te analyseren, verbanden te ontdekken tussen je gedrag en de situatie en hierdoor je eigen functioneren beter te doorzien. Doel van reflectie is om van je zelfanalyse te leren. Reflectie is een vorm van jezelf verbeteren en is in de beroepspraktijk erg belangrijk wil men zich professionaliseren (Koetsenruijter et al., 2001; Mårtenson, 2001; Carr & Carmody, 2006; Groen, 2006). Met behulp van reflectie kan beoordeeld worden of men over genoeg kennis en vaardigheden bezit of dat eventuele hiaten moeten worden opgevuld (Benammar et al., 2006). Op deze manier kan de professional zich staande houden in de huidige life-long-learning-maatschappij.

Reflectie zorgt echter niet alleen voor het achterhalen van ontbrekende kennis en vaardigheden. Het maakt mensen ook bewust van hun huidige kennis- en vaardigheidsniveau. Om deze reden wordt reflectie ook vaak samen genoemd met 'critical thinking' (Brookfield, 1987; Koetsenruijter et al., 2001). *Critical thinking*, oftewel kritisch denken, heeft als doel mensen bewust te maken van hun vooronderstellingen en gewoontes bij het uitvoeren van routinehandelingen. Het zorgt er voor dat mensen hun eigen denken en handelen weer eens onder de loep nemen (Brookfield, 1987). Kloppen de assumpties die ik heb nog wel? Worden mijn routinehandelingen nog goed uitgevoerd of zijn ze veranderd of verouderd? Kritische denkers trekken hun eigen gewoontepraktijkvoering in twijfel (Brookfield, 1987; Koetsenruijter et al., 2001). Beroepsbeoefenaren kunnen op deze manier zelf voor kwaliteitsbewaking zorgen.

Reflectie wordt tevens als middel beschouwd om de kloof tussen theorie en praktijk te dichten (Wong et al., 1995; Van Bolhuis-Poortvliet & Snoek, 1996; Koetsenruijter et al., 2001). De kloof wordt gedicht door de transfer van kennis en vaardigheden. Transfer vindt niet uit zichzelf plaats. Hiervoor is reflectie nodig: het bewust stil staan bij vele verschillende authentieke (werk)situaties en het bespreken en oefenen ervan. De (praktijk)ervaring die in de situaties wordt opgedaan zorgt niet alleen voor een koppeling van theoretische kennis met praktijk, waardoor het beter wordt

onthouden (Koetsenruijter et al., 2001; Teurlings et al., 2006), maar zorgt ook voor een beter beeld van de werkelijkheid (Koetsenruijter et al., 2001). Beroepsbeoefenaren vormen op deze manier dus een beter beroepsbeeld.

Binnen de hulpverlening is reflectie inmiddels een bekend begrip. Volgens Van Unen (in Groen, 2006) en Roggen (2005) is reflecteren juist voor hulpverleners zeer belangrijk. Ze dragen tijdens hun handelen een maatschappelijke verantwoordelijkheid, maar zijn bij het nemen van ingrijpende beslissingen vaak op zichzelf teruggeworpen. Een manier om met deze druk om te gaan is door goed de werkuitvoering te overdenken. Peeters en Van Spaendonck (in Metz et al., 1995) sluiten zich deels aan bij de mening van Van Unen. Volgens hen zijn er twee redenen waarom reflecteren in het bijzonder belangrijk is voor medische studenten. Net als Van Unen geven ook zij aan dat een arts zelfstandig beslissingen moet kunnen nemen en moet kunnen handelen. Daarbij is het noodzakelijk dat een arts voortdurend kritisch terugblijkt naar zijn of haar eigen functioneren. Ten tweede is het belangrijk dat een medisch student leert zelfstandig te leren en inzicht krijgt in de eigen wijze van leren. Een arts moet zich immers zijn of haar hele leven bijscholen. Nu de literatuur suggereert dat reflectie zorg voor transfer en medische studenten een kloof ervaren tussen theorie en praktijk is er een reden bijgekomen waarom medische studenten zouden moeten reflecteren.

2.3.3 Hoe te reflecteren?

Eerder werd al aangegeven dat reflectie niet zomaar plaatsvindt. Naast het hebben van reflectievermogen moet men ook bereid zijn om te reflecteren; een lerende houding en open staan voor reflectie zijn noodzakelijke voorwaarden. Vervolgens zijn rust en ruimte nodig om na te denken over betekenisvolle en relevante situaties of gedachten. Rust en ruimte zijn verbonden aan de factor tijd (Boud et al., 1985; Hatton & Smith, 1995; Moon, 1999; Groen, 2006). Reflectie kost tijd en kan niet even tussen verschillende bezigheden gedaan worden, want het vereist ook concentratie. Men moet zich concentreren op het eigen handelen en dat onder de loep nemen. Dit vraagt om nieuwsgierigheid,

maar ook om moed en durf. Niet iedereen durft zichzelf immers te confronteren met zijn of haar onbekwaamheden (Moon, 1999; Koetsenruijter, 2001; Groen, 2006). Het reflectievermogen van leerlingen en studenten kan dus gestimuleerd worden, wanneer ze zich in een leeromgeving bevinden, waarin ze rust, ruimte en tijd krijgen om zich te concentreren op hun gedrag (Boud et al., 1985; Boekaerts & Simons, 1995; Moon, 1999; Groen, 2006). Tot slot vereist reflecteren ook analytisch vermogen. Een relevante situatie moet kunnen worden ontleed in betekenisvolle elementen en teruggekoppeld worden naar het eigen gedrag. Concretisering is hierin erg belangrijk. Concretisering zorgt ervoor dat je situaties helder beschrijft, waardoor ze beter te onderzoeken zijn en de kans groter is dat er ook daadwerkelijk van geleerd wordt (Groen, 2006).

Een manier waarop iemand situaties helder en concreet voor ogen krijgt is door zichzelf vragen te stellen (Boud et al., 1985; Moon 1999; Koetsenruijter et al., 2001; Groen, 2006). Dit moeten geen gesloten vragen zijn maar open vragen, zoals “Hoe zag de situatie eruit?” en “Waarom reageerde ik zo fel toen hij dat voorstelde?” (Moon, 1999; Groen, 2006). Op deze manier kan een individu een reflectieve conversatie aangaan met zichzelf, waarin allereerst gevraagd wordt om een duidelijke beschrijving van een relevante situatie of ander object voor reflectie. Vervolgens wordt je geacht je eigen gedrag te expliciteren en je gevoelens en gedachten omtrent de situatie of object te ordenen. Op deze manier ontstaat bewust zijn van het eigen gedrag.

Moon (1999) geeft aan dat er een aantal typen vragen zijn die reflectie stimuleren. Allereerst zijn er vragen die om een hypothese of voorspelling vragen, zoals “Ik vraag me af wat de effecten zijn van een arts die goed kan luisteren?”. Daarnaast zijn er vragen die focussen op iemands persoonlijke gevoelens, zoals “Wat zou ik er van vinden als een dokter zeer onrustig overkomt en telkens op zijn horloge kijkt?”. Er zijn vragen die zich richten op de toekomst, bijvoorbeeld “Wat zou ik doen als ik later zo’n patiënt bij mij op spreekuur heb?” en tot slot zijn er vragen die je uitnodigen om tot een oordeel te komen, zoals “Kan een dokter tijdens zijn pauze het maken om een patiënt te laten wachten?”. Dit

soort vragen leiden tot bewustwording van relevante situaties of ideeën en iemands eigen gedrag, kennis, vaardigheden en attitudes daarbij. Kortom: bewust worden van het eigen competent handelen.

Veel auteurs die over reflectie schrijven, geven reflectie-modellen (Boud et al., 1985; Van Bolhuis-Poortvliet & Snoek, 1996; Koetsenruijter et al., 2001; Korthagen 2002; Groen, 2006) en systematisch gestructureerde reflectieopdrachten weer (Moon, 1999; Koetsenruijter et al., 2001; Bennamar et al., 2006). Die kunnen ondersteuning bieden bij het reflectieproces van studenten of professionals. Een bekend model dat in Nederland vaak wordt gebruikt is het model van Korthagen. Wanneer internationaal gesproken wordt over reflectie worden Boud en zijn collega's vaak aangehaald. Om deze redenen zullen het model van Korthagen (Van Bolhuis-Poortvliet & Snoek, 1996; Koetsenruijter et al., 2001; Groen, 2006) en dat van Boud et al. (1985) worden besproken. Tot slot zal het niveauschema van Elshout-Mohr (in Groen 2006) worden behandeld. Elshout-Mohr sluit zich aan bij het model van Korthagen, maar om het reflectieniveau te kunnen beoordelen heeft ze een schema ontwikkeld, waarin verschillende niveaus van reflectievaardigheid worden onderscheiden.



Figuur 3: Spiraalmodel voor reflectie (Koetsenruijter et al., 2001)

Spiraalmodel voor reflectie van Korthagen

Het reflectiemodel van Korthagen is een model waarmee op een systematische manier gereflecteerd kan worden op praktijkervaringen. In eerste instantie is het ontwikkeld voor leerkrachten, maar ook andere beroepsbeoefenaren kunnen er mee werken. Een professional doorloopt zelfstandig de fasen van het model. Bij ieder reflectieproces wordt de cirkel doorlopen en wanneer iemand in fase 5 is aangekomen kan meteen begonnen worden met het volgende reflectieproces. De reflectant kan zichzelf bij iedere fase van het model vragen stellen. Deze staan afgebeeld in het kader.

Mogelijke reflectievragen bij de verschillende fasen van het model:

Fase 5 van de vorige keer (= fase 1 van deze cyclus):

- 1 Wat wilde ik bereiken?
- 2 Waar wilde ik op letten?
- 3 Wat wilde ik uitproberen?

Fase 2 (terugblikken):

- 4 Wat gebeurde er concreet?
 - Wat wilde ik?
 - Wat deed ik?
 - Wat dacht ik?
 - Wat voelde ik?

Fase 3 (bewustwording van essentiële aspecten):

- 5 Hoe handelen de antwoorden van de vorige vragen met elkaar samen?
- 6 Wat is daarbij de invloed van deze werkplek als geheel?
- 7 Wat betekent dat nu voor mij?
- 8 Wat is dus het probleem(of de positieve ontdekking)?

Fase 4 (alternatieven):

- 9 Welke alternatieven zie ik?
- 10 Welke voor- en nadelen hebben die alternatieven?
- 11 Wat neem ik me nu voor de volgende keer voor?

Koetsenruijter et al. (2001)

De vragen van de fasen 2, 3 en 4 kunnen kort worden samengevat in (Koetsenruijter, 2001):

- Wat is er gebeurd of hoe heb je dit aangepakt?
- Ben je tevreden over je aanpak?
- Wat ga je de volgende keer anders doen?

De drie vragen stimuleren bewustzijn, waarin de laatste vraag nadruk legt op het beoogde leereffect van reflecteren. Deze laatste vraag sluit ook aan bij de omschrijving van De Jong (in Boekaerts & Simons, 1995) voor reflecteren (zie fig. 2).

Fase 2 is het beschrijven van de handeling in fase 1. Voor de meeste levert dit geen moeilijkheden op. In fase 3 begint echter het moeilijker aspect van reflecteren: het bewust worden. Korthagen (2002) geeft aan dat beginnende reflectanten ook eerst begeleiding nodig hebben bij het doorlopen van de reflectiespiraal. Een begeleider helpt de reflectant de situaties concreet en helder te formuleren door bijvoorbeeld door te vragen over verschillende aspecten in de situatie. Op deze manier wordt de reflectant zich bewust van de antwoorden op de vragen in fase 2.

Verder valt op dat in de meeste vragen het woordje 'ik' voorkomt. Dit veronderstelt een persoonlijke betrokkenheid. Doordat het model is ontwikkeld voor reflectie op eigen praktijkervaringen is dit niet verwonderlijk. Als echter wordt gereflecteerd op opvattingen, ideeën of assumpties

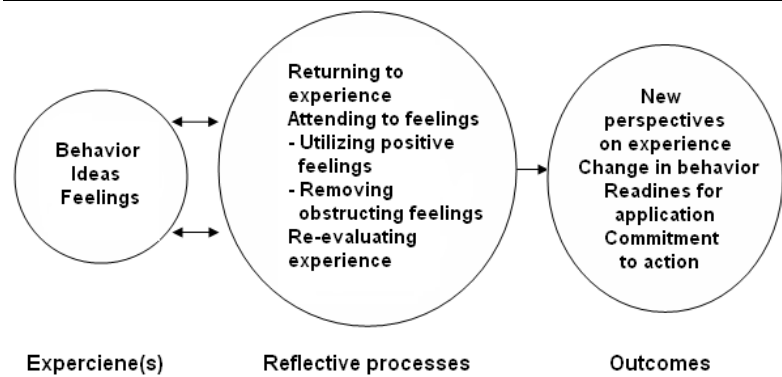
zoals de critical thinkers doen, dan is persoonlijke betrokkenheid niet altijd vanzelfsprekend. Reid (in Wong et al, 1995) geeft aan dat reflectie ook betrekking kan hebben op het toetsen van theoretische kennis en concepten met ervaring.

Model van Boud, Keogh & Walker.

Hoewel Boud et al. (1985) zich in eerste instantie richten op reflectie naar aanleiding van ervaringen, net als Korthagen, zijn ze van mening dat dezelfde reflectiecondities gelden voor het reflecteren op andere situaties of onderwerpen. Het model is in onderstaand plaatje weergegeven en vertoont veel overlap met dat van Korthagen.

In dit model wordt aangegeven waarop gereflecteerd kan worden. Zowel gedrag, ideeën als gevoelens kunnen als beginpunt worden genomen. Hoewel Korthagen (2002) het hier mee eens is, worden de beginpunten niet expliciet verwoord in zijn spiraalmodel en spreekt hij alleen over handelen.

In de middelste ballon van het Boud-model wordt het reflectieproces beschreven. Net als Korthagen zijn ook Boud et al. (1985) van mening dat ervaringen weer moeten worden opgehaald in het bewustzijn (returning to experience). Hierbij moet stilgestaan worden bij de gevoelens, die de



Figuur 4: Reflectiemodel van Boud, Keogh & David (1985)

ervaringen oproepen (attending to feelings). Als iemand zich eenmaal bewust is van zijn of haar gevoelens moeten de ervaringen opnieuw geëvalueerd worden. Op deze manier kan de ervaring op een andere manier worden beleefd en kunnen nieuwe inzichten zich voordoen. De fasen 2, 3 en 4 uit het spiraalmodel van Korthagen zijn als het ware opgenomen in de middelste ballon van dit model. De laatste ballon geeft de nieuwe inzichten weer en leidt tot een eventuele bevestiging of juist verandering van het gedrag, de ideeën of gevoelens. Deze ballon komt overeen met fase van 5 van Korthagen. Bij Korthagen gaat het echter enkel om gedrag en daarbij is het de bedoeling dat de nieuwe inzichten leiden tot nieuwe handelingen.

Niveaus van reflectievaardigheid van Elshout-Mohr
 Studenten kunnen met behulp van de modellen en eventuele reflectieopdrachten leren reflecteren. Doel is dat ze in de toekomst als beroepsbeoefenaren zelfstandig kunnen reflecteren. Om te kunnen beoordelen in hoeverre een student aan dit gewenste reflectieniveau (zelfstandig reflecteren) voldoet heeft Elshout-Mohr onderstaand schema ontwikkeld (figuur 5). Het schema is ontwikkeld voor de reflectievaardigheid van supervisanten, maar de criteria in de beginfase zijn voor ie

dere beginnend reflectant van waarde. Door veel te oefenen wordt een hoger niveau bereikt. De momenten waarop wordt overgegaan van de ene fase naar de andere fase verschilt per individu en zijn niet zo statisch vast te stellen zoals in dit schema.

Opvallend is dat de vragen in de beginfase voornamelijk gericht zijn op bewustzijn. In de beginfase wordt als het ware nog niet de hele cyclus van Korthagen (2002) doorlopen. In het model van Boud et al. (1985) betekend dit dat de reflectant nog niet in de laatste ballon is terecht gekomen.

2.3.4 Waarop reflecteren?

Nu bekend is hoe gereflecteerd kan worden rijst de vraag waarop gereflecteerd moet worden. Uit bovenstaande theorie en modellen kan worden afgeleid dat reflecteren vooral plaatsvindt naar aanleiding van ervaringen. Hierbij moet opgemerkt worden dat de koppeling van reflectie aan ervaring al in de vorige eeuw tot stand kwam toen Dewey,

de term in 1933 introduceerde als onderdeel van het ervaringsleren (Moon, 1999; Koetsenruijter et al., 2001). Dewey achtte reflecteren noodzakelijk voor het oplossen van problemen. Tegenwoordig wordt reflectie niet alleen noodza

Verschillende niveaus van reflectievaardigheid		
1 Beginfase	2 Tussenfase	3 Gevorderde fase
In de beginfase, waarin benodigde startvaardigheden worden geoefend:	In een tussenfase, waarin deelvaardigheden worden geoefend:	In een gevorderde fase waarin zelfstandig reflecteren een rol speelt in supervisie:
<p>A Ervaart de persoon dat hij of zij zelf een eigen inbreng heeft in gebeurtenissen en de interpretatie ervan?</p> <p>B Kan de persoon een voorval plaatsen in een wat breder perspectief van vergelijkbare voorvallen?</p> <p>C Is de persoon zich ervan bewust dat vakbekwaamheid berust op goed gebruik van eigen interpretatie- en gedragsmogelijkheden?</p>	<p>A Kan de persoon over het eigen handelen en interpreteren systematisch en begrijpelijk rapporteren?</p> <p>B Kan de persoon overeenkomsten en verschillen aangeven met goed gekozen en vergelijkbare voorvallen?</p> <p>C Kan de persoon aanvankelijke interpretatiekaders te discussie stellen en herstructureren?</p>	<p>A Kan de persoon reflecteren over eigen ervaringen in de beroepsuitoefening (of stage) als component van een supervisiegesprek?</p> <p>B Kan de persoon reflecteren over eigen ervaringen in de supervisie, als aanzet tot verbetering van het eigen professionele handelen?</p>

Figuur 5: Schema reflectieniveaus van Elshout-Mohr (Groen, 2006)

kelijk geacht voor probleem oplossen, maar voor de hele (professionele) ontwikkeling en kan ook gereflecteerd worden op situaties die niet tot problemen leidden, maar

juist goed gingen. Van deze situaties kan immers ook worden geleerd; welke handelingen zorgde voor de succesvolle uitkomst?

Meerdere malen is aangegeven dat professionals geacht worden te reflecteren, zodat ze zich zelfstandig kunnen professionaliseren en staande kunnen houden in de beroepspraktijk. Door studenten al tijdens hun opleiding hier op te wijzen en hen te laten oefenen met reflecteren worden ze voorbereid op hun toekomstige taak. Studenten hebben echter nog geen arbeidscontext en praktijkervaringen. Waarop zouden zij moeten reflecteren? Net als Boud et al. (1985) geven sommige auteurs aan dat ook op andere onderwerpen

gereflecteerd kan worden, zoals persoonlijke eigenschappen, studiegedrag, gevoelens, motivaties etc. (Groen, 2006; Tigelaar, Dolmans, De Grave, Wolfhagen & Van der Vleuten, 2006; Batenburg, 2007). In feite focussen studenten zich hierdoor op een onderdeel van het hele professionele reflectieproces. Gedrag bestaat immers uit waarneembare handelingen, maar ook uit denken en voelen. Dit laatste is ook af te lezen uit de vragen bij fase 2 van het model van Korthagen: wat wilde, deed, dacht en voelde ik?

Procee & Visscher-Voerman (2004) proclameren in hun artikel dat moet worden afgestapt van de gebruikelijke neiging om te reflecteren op ervaringen. Volgens hen leidt dit dikwijls tot evaluatieve beschouwingen met beperkte leerervaringen. Het is volgens hen leerzamer om vanuit een punt buiten de ervaring te reflecteren. Tussen dat punt en de ervaring ontstaat reflexieve ruimte, waarin allerlei mogelijkheden tot leren zijn opgenomen. Voor medische studenten kan bijvoorbeeld gereflecteerd worden op beroepsbeeld. Hoe ziet het beroep van een arts eruit? Klopt mijn beeld met de werkelijkheid? In hoeverre ben ik een goede arts? Reflecteren kan dus betrekking hebben op concrete problemen en inhouden, maar ook op dieperliggende zaken zoals het beroepsbeeld.

Het belang van reflecteren op beroepsbeeld worden door Tigelaar et al. (2006) onderkend. Ze geven in hun artikel aan dat het voor de professionele ontwikkeling van leerkrachten belangrijk is dat ze reflecteren op ervaringen en hun verkregen competenties, maar dat het eveneens belangrijk is dat ze zich bewust zijn van andere aspecten die van invloed zijn op hun functioneren. Zo blijkt het zelfbeeld van leerkrachten als ook de beroepsopvattingen die ze hebben en andere percepties over het beroep van invloed te zijn op hun professioneel functioneren en professionele identiteit. Dit zelfde blijkt ook te gelden voor artsen (Batenburg, 1997).



Figuur 6: Het uimodel van Korthagen (2002)

Korthagen (2002) is zich ook bewust van het feit dat op verschillende onderwerpen kan worden gereflecteerd en dat het spiraalmodel daarbij niet altijd even goed aansluit. Hij introduceerde om die reden nog een ander reflectiemodel, welke in figuur 6 staat afgebeeld (Korthagen, 2002; Tigelaar et al., 2006). Het model wordt vaak het uimodel genoemd en is gebaseerd op het model van Bateson (Korthagen 2002).

In de praktijk wordt vaak alleen op de buitenste twee lagen gereflecteerd, oftewel op het gedrag en de bekwaamheden. Functioneer ik goed als professional? Er wordt nauwelijks gereflecteerd op de binnenste drie lagen van het model: overtuigingen, identiteit en betrokkenheid. Overtuigingen hebben betrekking op de opvattingen en ideeën die iemand heeft over de werkelijkheid of over het beroepsveld (beroepsbeeld). Het reflectieniveau identiteit heeft te maken met het zelfbeeld van iemand. Professionele identiteit geeft aan hoe een beroepsbeoefenaar zichzelf ziet in zijn of haar beroep (Tigelaar et al., 2006). Reflecteren op niveau van betrokkenheid betekent dat bewust wordt stilgestaan bij de vraag wat ons bezielt, drijft en zin geeft aan ons werk of leven. Het niveau wordt ook wel innerlijke missie genoemd (Korthagen, 2002).

Hoewel er nauwelijks op de binnenste drie lagen van het model wordt gereflecteerd, is de gedachte achter het model dat de binnenste gelegen niveaus van invloed zijn op de buitenste gelegen niveaus. Andersom kan echter ook. Dit alles betekent dat als een student een bepaalde bekwaamheid wil verwerven, hij of zij niet alleen de ruimte moet krijgen om het gewenste gedrag te kunnen oefenen, maar dat ook de binnenste drie lagen gericht moeten zijn op het verwerven van de bekwaamheid, oftewel een lerende houding.

3 METHODE

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de methode van het onderzoek, dat een inhoudsanalyse betreft. Allereerst zullen de participanten van het onderzoek worden geïntroduceerd. Hierna zullen de onderzoeksvragen nogmaals worden herhaald en zal beschreven worden op welke manier getracht is een antwoord te verkrijgen op deze vragen. Vervolgens zal de procedure van de inhoudsanalyse worden beschreven en tot slot zal worden ingegaan op de betrouwbaarheid van de analysemethode.

3.1 Participanten

Het onderzoek is afgenomen bij derdejaars studenten Geneeskunde aan het UMCG uit het studiejaar 2006-07. Deze studenten zijn in 2003 begonnen met de bacheloropleiding en volgen het curriculum G2010. Studenten hebben allen hetzelfde onderwijs genoten en daardoor nagenoeg evenveel ervaringen opgedaan met en in het werkveld.

Voor het onderzoek is een steekproef getrokken uit de populatie derdejaars geneeskundestudenten. Uit iedere coachgroep, dat onderdeel is van de lijn beroepsvoorbereiding en uit een tiental studenten en een coach bestaat, werden vier studenten, de nummers 1, 5, 6 en 8, geselecteerd voor de steekproef. De steekproef bevatte in totaal 149 personen. De personen zijn via de studentenmail benaderd voor het onderzoek. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig en bestond uit het aanleveren van twee portfolio-opdrachten, welke door de onderzoekers op hun inhoud zijn geanalyseerd. Eén van de opdrachten, 'De goede dokter A', was afkomstig uit het eerste jaar en de andere opdracht, 'De goede dokter E', uit het derde jaar. Op deze manier kon een longitudinaal onderzoek worden gedaan. In totaal stuurden 51 studenten, waarvan 8 mannen en 39 vrouwen, de opdrachten toe. Hiervan bleken 46 compleet en bruikbaar te zijn voor het onderzoek.

3.2 Inhoudsanalyse

De eerste twee onderzoeksvragen luiden:

- *Welke competenties moeten artsen volgens eerstejaars studenten Geneeskunde bezitten en veranderen studenten van mening als ze in hun derde jaar zitten?*
- *In hoeverre komen de in portfolio's genoemde competenties overeen met de voor curriculum G2010 geformuleerde bekwaamheden?*

Om antwoord te kunnen geven op deze vragen zijn de twee portfolio-opdrachten op inhoud geanalyseerd. In beide opdrachten moesten studenten aangeven waaraan, volgens hen, een goede dokter moet voldoen. Welke kenmerken moet een arts hebben en over welke competenties moet hij beschikken?

De eerste opdracht, *De goede dokter A*, werd kort na aanvang van het eerste studiejaar door de studenten gemaakt. De opdracht geeft om die reden goed weer wat voor beeld de eerstejaars studenten hadden van hun toekomstig beroep. Hoe keken ze tegen een arts of dokter aan en wat moest hij of zij allemaal kennen en kunnen? In het derde jaar herhaalden studenten de opdracht. Opnieuw werd aan studenten gevraagd hun mening weer te geven over het beroepsbeeld. In de tussentijd hebben studenten verschillende ervaringen opgedaan in de praktijk. Hierdoor zou hun beroepsbeeld veranderd kunnen zijn. Een deelvraag in de derdejaars opdracht vraagt studenten dan ook aan te geven welke ervaringen hebben geleid tot de (eventuele) nieuwe bevindingen. In de analyse van de opdrachten is gekeken welke competenties/ bekwaamheden studenten noemden, die zij belangrijk achtten voor een arts. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de genoemde competenties in jaar 1 verschilden met die in jaar 3. Noemden derdejaarsstudenten meer competenties, andere of juist meer beroepsgerelateerde competenties? Om antwoord te kunnen geven op de tweede onderzoeksvraag is gekeken in hoeverre de competenties overeen kwamen met de geformuleerde bekwaamheden uit het curriculum.

Gekozen is voor een inhoudsanalyse van een opdracht uit jaar 1 en uit jaar 3. Reden hiervoor is dat de opdrachten au-

thentiek zijn. In een interview zouden de studenten sociaalwenselijk kunnen antwoorden. Tevens is het beroepsbeeld van de derdejaars studenten bij aanvang van hun studie, door de opdrachten beter te traceren. Wanneer hier naar gevraagd zou zijn, zouden de studenten het wellicht niet meer precies weten en een gekleurd beeld kunnen geven. Een longitudinaal onderzoek zou op die manier niet mogelijk zijn.

De lijn beroepsvoorbereiding heeft als doel studenten met behulp van het portfolio te stimuleren tot reflectie (Dekker, 2004). Om die reden zijn de portfolio-opdrachten niet alleen geanalyseerd op competenties en bekwaamheden maar tevens op reflectieniveau. Het portfolio is het middel bij uitstek om reflectie te meten (Driesen et al., 2002; Sluiter, De Vos & Wever-Kroes, 2007). Hierdoor zijn de opdrachten tevens gebruikt om antwoord te krijgen op de derde onderzoeksvraag:

- *Op welk reflectieniveau worden de competenties beschreven in het portfolio en verschilt het niveau van eerstejaars studenten met dat van derdejaars?*

Om deze vraag te beantwoorden zijn tekstfragmenten geanalyseerd op reflectieniveau. Een fragment bestaat uit één of meer zinnen, die allen betrekking hebben op hetzelfde onderwerp/thema. Sommige fragmenten hadden betrekking op een competentie of bekwaamheid. In deze gevallen kon gekeken worden hoe gereflecteerd werd op die competenties en bekwaamheden. Overige fragmenten, waarin geen competenties of bekwaamheden werden genoemd werden echter ook geanalyseerd en gelabeld met een reflectieniveau. Vervolgens is gekeken of er verschillen te constateren waren tussen jaar 1 en jaar 3.

3.3 Onderzoeksprocedure

De teksten van beide opdrachten zijn per zin geanalyseerd op competenties en bekwaamheden en per fragment op reflectieniveau. Zojuist is uitgelegd dat een fragment uit één of meer zinnen kan bestaan, die allen betrekking heb-

ben op hetzelfde onderwerp/thema. Deze manier van analyseren zorgt ervoor dat zo dicht mogelijk bij de inhoud van de tekst wordt gebleven (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Tijdens het analyseren zijn labels toegekend aan de tekst. In dit onderzoek zijn twee labelingsystemen gebruikt: één bestaande uit bekwaamheden en één uit reflectieniveaus.

Het analyseren en vervolgens labelen van de teksten is eerst gedaan bij oude opdrachten die in eerdere jaren waren verzameld. Op deze manier werd een pilot gehouden om te kijken of de labelingsystemen geschikt waren. Het pilotmateriaal bestond uit een gestratificeerde steekproef van 45 eerstejaars portfolio's en 45 derdejaars portfolio's uit de cursusjaren 2003-04 en 2005-06. In totaal zijn voor de pilot 30 onvoldoendes, 30 voldoende en 30 goed beoordeelde portfolio's verzameld. Uit dit verkregen materiaal zijn vervolgens 12 portfolio-opdrachten bekeken uit jaar één, afkomstig uit de cursusjaren 2003-04 en 2005-06, en twaalf portfolio-opdrachten uit jaar drie van het cursusjaar 2005-2006. De helft van de opdrachten was beoordeeld met een voldoende en de andere helft met een goed.

In de teksten zijn de competenties die overeenkwamen met de bekwaamheden uit het curriculum gelabeld met de desbetreffende zeven termen: *communiceren, probleem oplossen, omgaan met wetenschap, onderzoeken en handelen, behandelen, omgaan met maatschappelijke context en reflecteren*. In figuur 7 staat per bekwaamheid de definitie vermeld, zoals die door Projectgroep G2010 (2005) is geformuleerd. Competenties die niet onder één van de zeven onderscheiden bekwaamheden pasten zijn gelabeld met overig. Aansluitende zinnen, die over dezelfde bekwaamheid gingen zijn slechts 1 keer met de desbetreffende bekwaamheid gelabeld. Het ging er namelijk niet om hoeveel woorden de studenten nodig hadden voor de beschrijving van de bekwaamheden; we wilden weten wát ze noemden. Zinnen waarin meerdere bekwaamheden werden genoemd hebben alle bijbehorende bekwaamheidslabels toegekend gekregen.

De reflectiefragmenten werden gelabeld met vier reflectieniveaus die in figuur 8 staan afgebeeld. Voordat dit labelingsysteem tot stand kwam is het pilotmateriaal allereerst gelabeld met de vier reflectieniveaus van Hatton & Smith (1995). Zij deden onderzoek naar reflectieverslagen van studenten in de lerarenopleiding aan de universiteit van Sydney. Hatton & Smith onderscheidde 4 niveaus van verslaglegging in de reflectieverslagen: 1) *descriptive writing* (beschrijven van situaties), 2) *descriptive reflection* (redenen aandragen vanuit persoonlijk perspectief), 3) *dialogical reflection* (analyseren van alternatieven) en 4) *critical reflection* (redenen aandragen, rekeninghoudend met de context) (voor een verdere uitwerking van de 4 typen zie bijlage 1). De vier niveaus zijn ook door Batenburg gebruikt voor het beoordelen van reflectieverslagen van medische studenten in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (Batenburg, 2007). Naast de vier niveaus van Hatton & Smith zijn de fragmenten ook gelabeld met behulp van het schema van Elshout-Mohr (in Groen, 2006) dat in hoofdstuk 3 in figuur 5 staat afgebeeld (voor een verdere uitwerking zie bijlage 2), om te kijken welk labelingsysteem het beste paste. Het schema van Elshout-Mohr vertoont enigszins overlap met het model van Hatton & Smith (zie bijlage 3), waardoor tevens kon worden gekeken of de fragmenten uit *De goede dokter*-opdrachten consistent, op dezelfde manier gelabeld werden. Een tekstfragment dat werd gelabeld met *descriptive writing* moest met behulp van het schema van Elshout-Mohr het label *beginfase* krijgen toegerekend. Het dubbel en consistent labelen komt de betrouwbaarheid van de analyse ten goede.

Uit de pilot bleek echter dat beide modellen niet geheel aansloten bij de opdrachten. Dit kwam vooral doordat de modellen waren ontwikkeld voor reflectie op werkervaring. Eerstjaars studenten hebben echter weinig tot geen (werk)ervaringen. Hun opdracht bestond uit het reflecteren op beroepsbeeld. Hierdoor was het soms moeilijk om aan een fragment een reflectieniveau toe te kennen. Besloten is om de twee labelingsystemen van Hatton & Smith en Elshout-Mohr enigszins aan te passen tot een nieuw labelingsysteem (zie bijlage 4).

Vervolgens werden 15 van de 46 verkregen portfolio-opdrachten uit de cohort met dit labelingsysteem en het systeem van de bekwaamheden geanalyseerd. Hierbij werd gebruik gemaakt van het computerprogramma Atlas.ti. Dit programma is geschikt voor kwalitatief onderzoek. Het houdt het labelen en de aantallen automatisch bij. Na de 15 gelabelde opdrachten, werden de citaten door een tweede onderzoeker beoordeeld. In overleg met de tweede onderzoeker is een strenger labelingsysteem opgesteld voor de bekwaamheden (hierin zijn deelvaardigheden opgenomen; zie bijlage 5), is het labelingsysteem voor reflectieniveau nogmaals aangepast (zie figuur 8) en is gecorrigeerd voor inconsistentie (Baarda, et al., 2005). Vervolgens zijn alle 46 portfolio-opdrachten met deze laatste labelingsystemen gelabeld. Figuur 9 bevat een voorbeeld van de manier waarop de teksten zijn gelabeld. Het voorbeeld toont dat een zin meerdere bekwaamheden kan bevatten en dat een fragment uit meerdere zinnen kan bestaan. Bij het onderstreepte niveau *bewust worden* is te zien dat het reflectiefragment uit twee zinnen bestaat en dat daarin twee competenties worden genoemd, die overeen komen met de bekwaamheden uit het curriculum; *omgaan met wetenschap en behandelen*. In dit voorbeeld is tevens te zien dat het label *overigtweemaal* voorkomt (2 keer genoemd in niet aansluitende zinnen).

Definities Bekwaamheden

Communicatie:

De arts is in staat om op effectieve en efficiënte wijze communicatie als hulpmiddel te gebruiken bij het geneeskundig proces, bij het professionele gedrag in de patiëntenzorg, bij de samenwerking met andere zorgverleners en bij het eigen leerproces.

Probleem oplossen:

De arts is in staat een probleem helder te krijgen en adequate stappen te nemen om dit probleem op te lossen. Hij integreert deze bekwaamheid met alle andere bekwaamheden en past deze toe in te verantwoorden besliskundige processen.

Omgaan met wetenschap:

De arts is in staat wetenschappelijke informatie kritisch te benaderen en zich zelfstandig een mening te vormen. Hij is in staat deze informatie op adequate wijze te vertalen in geneeskundig beleid.

Onderzoeken en handelen:

De arts is in staat zelfstandig en probleemgericht de anamnese, het lichamelijk en aanvullend onderzoek uit te voeren, alsook interventies die deel uitmaken van een behandeling.

Behandelen:

De arts is bekwaam in het behandelen van de meest voorkomende gezondheidsproblemen van individuele patiënten, in relatie tot hun leefomgeving en tot de maatschappij. Hij kan het doel van een behandeling benoemen, de mogelijkheden van behandelingen inventariseren, de keuze voor een behandeling beargumenteren, het effect ervan bewaken en de behandeling bijsturen dan wel staken, een en ander zo nodig na consultatie van anderen.

Omgaan met maatschappelijke context:

De arts kent de factoren die een rol spelen bij gezondheid en ziekte alsook de gevolgen daarvan, zowel op individueel als op collectief niveau. Hij is in staat het individuele probleem (de klacht) van de patiënt te plaatsen in diens maatschappelijke context en zijn handelen hierop zodanig af te stemmen, dat dit het welzijn van de patiënt bevordert.

Reflecteren:

De arts is in staat tot reflectie over zichzelf als persoon en als professional; dit betreft zowel de contacten met patiënten en collega's als zijn werk en taken. Voorts is hij in staat tot reflectie over de principes van geneeskunde in een cultuurgebonden context. Op basis van deze reflecties ontwikkelt de arts zich als professional en als persoon gedurende zijn loopbaan.

Figuur 7: De definities van de bekwaamheden (Projectgroep G2010, 2005)

Niveaus van reflectie	
Niveau 1: Beschrijven	<p>Studenten geven enkel opsommingen van of beschrijven kenmerken/aspecten/ bekwaamheden van een goede dokter.</p> <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Het is erg belangrijk dat een dokter veel kennis heeft, maar ook goed moet kunnen communiceren en mensen moet behandelen.</i>
Niveau 2: Bewust worden	<p>Studenten zijn zich bewust van de relevante kenmerken/eigenschappen/ bekwaamheden van een dokter. Dit tonen ze door te argumenteren: er worden redenen/gevolgen gegeven voor de relevantie, maar er worden geen verbindingen gemaakt met theorie/ ervaring/ andere perspectieven: is alleen veronderstellend.</p> <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Ik vind dat je als dokter moet beschikken over X, want/ op deze manier/hierdoor/ etc. kan je achter Y komen (en achter Z).</i>
Niveau 3: Analyseren	<p>- Studenten zijn zich bewust van de relevante eigenschappen van een dokter. Ze geven hiervoor redenen, welke op basis van eigen ervaringen, theorieën, actualiteiten of meerdere perspectieven tot stand zijn gekomen: er wordt een weloverwogen mening gevormd.</p> <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Ik vind dat een dokter aandacht moet geven aan zijn patiënt. Mijn eigen dokter lijkt vaak meer aandacht te hebben voor zijn computer dan voor mij.</i> - Studenten relativeren. <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Een dokter moet beschikken over kennis om mensen te helpen. Je kan nog zoveel kennis hebben, maar als je het niet weet toe te passen heb je er niets aan.</i> - Studenten hebben een beeld van een goede dokter en zetten zichzelf daar tegenover. In hoeverre beschikt de student over die eigenschappen/ kenmerken/bekwaamheden? <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Een goede arts moet werk en privé gescheiden houden. Ik denk dat ik dat straks wel moet leren, ik ben een type dat moeilijke dingen mee naar huis neemt.</i> o <i>Ik vind dat je als arts moet kunnen communiceren. Zelf kan ik dit wel.</i>
Niveau 4: Verantwoordelijkheid tonen	<p>Studenten zijn zich niet alleen bewust van eigen functioneren met betrekking tot relevante kenmerken/ bekwaamheden van een dokter, maar verantwoorden ook hun mening. Studenten tonen eigen verantwoordelijkheid en beschikken over zelfsturend vermogen om het professioneel handelen te veranderen/verbeteren.</p> <p>Voorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> o <i>Qua communicatie moet ik nog veel leren. Door opdrachten als Medgevat leren we dat ook. Ik vind mezelf naar de maatstaven van een derdejaars geneeskundestudent gemiddeld scoren qua communicatievaardigheden.</i> o <i>Het scheiden van werk en privé lijkt mij moeilijk. Om mijn verhalen te kunnen delen zal ik een dagboek bijhouden.</i>

Figuur 8: Labelingkader reflectieniveaus

De goede dokter A		
B1: Communiceren	Ik denk dat je een dokter aan verschillende kenmerken kan herkennen: Een dokter moet goed kunnen <u>communiceren met een patiënt</u> . Hij moet kunnen <u>luisteren</u> , zodat de <u>patiënt zich op zijn gemak voelt</u> . Ook moet hij kunnen <u>communiceren met collega's</u> . Daarnaast moet een arts beschikken over <u>medisch kennis</u> . Zodat hij de patiënt <u>kan helpen</u> .	<ul style="list-style-type: none"> — Bewust worden — Beschrijven — Bewust worden
B5: Behandelen	Een goede dokter kan <u>inschatten wat een patiënt werkelijk nodig heeft en wat de patiënt zelf kan</u> . Ook hoop ik het aantal fouten als dokter tot een minimum te kunnen beperken. Fouten zal elke dokter maken, want een dokter is immers een mens en mensen maken fouten. Toch vind ik dat je als arts te allen tijde <u>eerlijk moet zijn tegen de patiënt en je fouten ook moet kunnen toegeven</u> . Hier kan je vervolgens ook weer van leren.	<ul style="list-style-type: none"> — Beschrijven — Analyseren — Beschrijven — Bewust worden
B2: Probleem oplossen		
B7: Reflecteren		
B8: Overig	Tot slot het aller belangrijkste: een dokter moet <u>plezier hebben in zijn vak</u> , want als je plezier hebt in hetgeen dat je doet, presteer je ook op je best.	<ul style="list-style-type: none"> — Bewust worden

Figuur 9: Voorbeeld opdracht labels

Nadat alle portfolio-opdrachten waren gelabeld, zijn de gelabelde citaten, behorende tot een bepaalde bekwaamheid of reflectieniveau wederom doorgelezen en beoordeeld op consistentie. Per bekwaamheid zijn de bijbehorende citaten daarna nogmaals geanalyseerd om te kijken wat erover werd geschreven en waar studenten het het meest over hadden. Welke deelvaardigheden noemden ze; spraken studenten die communiceren belangrijk vonden voornamelijk over het luisterend oor van de arts of hadden ze het vaker over samenwerking tussen collega's? De reflectieniveaus zijn ook opnieuw doorgelezen en geanalyseerd om te kijken waarop studenten het meest reflecteerden en hoe daarop werd gereflecteerd. Tot slot zijn gepaarde t-tests uitgevoerd om te kijken of er significante verschillen tussen jaar 1 en jaar 3 te constateren zijn. Het relatief grote aantal t-tests dat is uitgevoerd bij $p < 0,05$ leidt tot risico op kanskapitalisatie. Om deze reden worden de resultaten ook na Bonferroni-correctie weergegeven.

3.4 Intersubjectiviteit

Het is relevant om te weten of de analyse van de gegevens, wanneer deze door iemand anders zou worden uitgevoerd tot dezelfde resultaten leidt. Een ander persoon kan de gegevens immers anders interpreteren op basis van eigen ervaringen en perspectieven. Het onderzoek levert daardoor andere conclusies op. Het achterhalen van de betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens is daarom zeer waardevol. In kwalitatief onderzoek wordt echter niet over betrouwbaarheid gesproken, maar over intersubjectiviteit (Baarda et al., 2005).

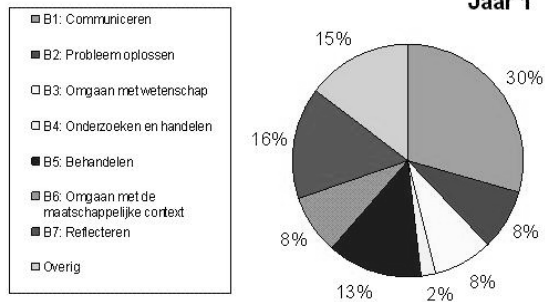
Om de intersubjectiviteit te beoordelen heeft een derde onderzoeker zelfstandig 3 opdrachten (2 uit jaar 1 en 1 uit jaar 3) gelabeld met behulp van een uitgeschreven instructie (zie bijlage 9). Voor de gegevens, die door beide onderzoekers waren gelabeld werd voor de bekwaamheden een coëfficiënt kappa gevonden van .65, dat als goed wordt beschouwd en voor reflectieniveaus werd een coëfficiënt kappa van .53 gevonden. Dit wordt redelijk bevonden (Kennisisbasis statistiek, n.d).

4 RESULTATEN

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de inhoudsanalyse worden weergegeven. Allereerst zullen de uitkomsten van het eerste jaar worden behandeld, gevolgd door het derde jaar en tot slot zullen beide jaren met elkaar worden vergeleken.

4.1 Jaar 1: De goede dokter A

Sommige studenten hebben bij aanvang van de studie twee A4tjes nodig om de beschrijving van hun ideale arts te verwoorden, waar anderen slechts een halve A4 nodig hebben (zie bijlage 6 voor een voorbeeld). Het aantal woorden zegt evenwel niets over de volledigheid.



Figuur 10: Verdeling van de frequentie per bekwaamheid jaar 1

In de eerstejaars opdrachten zijn alle onderscheiden bekwaamheden van curriculum G2010 teruggevonden. Het label *communiceren* werd het vaakst toegekend gevolgd door de labels *reflecteren* en *overig*. Uit het grote aantal labels *overig* blijkt dat studenten ook kenmerken en vaardigheden noemden die niet expliciet in het curriculum staan geformuleerd. Per bekwaamheid zal nu gekeken worden wat eerstejaars studenten erover te zeggen hadden. In bijlage 7 staan per bekwaamheid steekwoorden weergegeven, die aangeven wat studenten noemden. Hieronder zullen de hoofdpunten worden besproken.

Bekwaamheid 1: Communiceren

Het belang van de bekwaamheid *communiceren* werd veelvuldig aangehaald in de portfolio-opdrachten. Slechts twee van de 46 studenten (4%) noemden dit niet (zie bijlage 8). De meeste studenten noemden vooral de communicatie tussen arts en patiënt. Volgens hen zou goede communicatie tussen deze twee partijen moeten zorgen voor een goede relatie, waarin de arts open staat voor hetgeen dat de patiënt te vertellen heeft. Door te luisteren naar de patiënt en met hem of haar te praten kan een arts betrokkenheid tonen en de patiënt op zijn gemak laten voelen. Patiënten voelen zich begrepen en serieus genomen, wanneer een arts sociaal en communicatief vaardig is en een blijk van aandacht geeft. Op deze manier kan een patiënt vertrouwen krijgen in de arts en dit is noodzakelijk wil de arts het probleem van zijn patiënt kunnen achterhalen, zo menen de studenten.

... Om te beginnen moet hij of zij goed kunnen luisteren om de patiënt te kunnen begrijpen en helpen...¹

... Hiermee bereik je ook een ander aspect, wat ik van belang vind bij een goede dokter, namelijk dat zij er voor zorgt dat de patiënt zich op zijn gemak voelt. Dit wil ik nog nader toelichten. Ik ben van mening dat een patiënt meer verteld wanneer hij zich op zijn gemak voelt. Hierdoor krijg je meer informatie en kan het stellen van een diagnose, of de hulpvraagverheldering 'makkelijker' zijn. Ook wanneer het over gevoelige onderwerpen gaat zal de patiënt dit makkelijker vertellen wanneer hij zich op zijn gemak voelt. Ik wil later voorkomen dat ik de hulpvraag van de patiënt 'mis', doordat hij zich niet op zijn gemak voelde en er daarom niet over begonnen is....

... Mijn patiënten mogen geen angst hebben om naar mij toe te gaan, ze moeten zich op hun gemak voelen en mij als dokter vertrouwen...

¹ Voor alle citaten die in deze scriptie zijn opgenomen geldt dat ze letterlijk zijn overgenomen uit de opdrachten en niet gecorrigeerd zijn op spelling en grammatica.

Studenten noemen ook het belang van communicatie bij de rest van het behandelingsproces. Wanneer naar de klacht is geluisterd en de hulpvraag is achterhaald, dient de arts in samenspraak met de patiënt tot een behandelingsvoorstel te komen. Aangezien een patiënt niet over dezelfde medische kennis beschikt als een arts, behoort deze uitleg te geven over het behandelingsproces, de –resultaten en het verloop van de ziekte of aandoening

...Ik vindt het ook belangrijk om de patiënt goed te informeren. Ik zal dus proberen om goed en duidelijk uit leggen, in termen die iemand die niet in de geneeskunde zit ook begrijpt, waar ik mee bezig bent, wat ik hebt geconstateerd en wat ik eraan wil doen. Hierbij moet je duidelijk en eerlijk zijn...

...Ook is het belangrijk dat de patiënt de ruimte heeft zijn mening te geven over het probleem en behandeling...

Naast communicatie met patiënten noemde een aantal eerstejaars studenten ook de communicatie tussen de artsen onderling en met andere collega's. Een arts heeft nooit zelf alle kennis paraat en twee weten altijd meer dan één, dus het is verstandig dat een arts zijn eigen tekortkomingen onderkent en daarvoor collega's om raad en hulp kan vragen.

...Zoals ik hierboven al genoemd heb is communicatie tussen arts en patiënt erg belangrijk. Maar ook de communicatie tussen de arts en zijn collega's is van cruciaal belang. Een arts staat niet op zichzelf en zal continue overleg plegen met collega's. Het uitwisselen van kennis en technieken is belangrijk, het is goed om iets voor elkaar te doen. Door samen te werken kom je verder...

Tot slot gaven studenten aan dat ook non-verbale communicatie belangrijk is.

...Via gezichtsuitdrukkingen en lichaamshouding, de toon en de fluctuatie van je stem moet je als arts laten blijken respect voor de patiënt te hebben...

Bekwaamheid 2: Probleem oplossen

In 26 van 46 eerstejaars opdrachten (57%) werd het label *probleem oplossen* toegekend (zie bijlage 8). In 7 opdrachten werd de bekwaamheid letterlijk genoemd in de tekst zonder verder enige uitleg te geven over wat het inhoud of waarvoor het belangrijk was.

... Verder moet een arts deskundig zijn, goed problemen kunnen oplossen, inzicht hebben in de sociale situatie van de patiënt en goed kunnen onderzoeken, handelen en behandelen...

...Kortom ik wil aan de wensen van mijn patiënten voldoen wat dat ook mag zijn en mijn kennis die ik dan heb zo goed mogelijk gebruiken en zoveel mogelijk problemen van mijn patiënten oplossen...

Slechts één student gaf kort een reden weer.

...Ik vind deze bekwaamheden allemaal even belangrijk, problemen oplossen omdat een patiënt snel geholpen kan worden als een arts bekwaam is in het oplossen van problemen van de patiënt, het onderzoeken van de patiënt en het behandelen van de patiënt...

Naast het letterlijk noemen van de bekwaamheid bleek dat een groter aantal studenten van mening was dat de dokter samen met de patiënt tot een oplossing voor een probleem moest zien te komen.

...Ik wil de patiënt goed inlichten, omdat ik vind dat de patiënt het recht heeft om te weten wat er met hem/haar gebeurt en zodat zij zelf ook als het ware mee kan denken...

...Als arts moet je zowel verbaal als non-verbaal tot uitdrukking brengen dat je de patiënt in staat acht om mee te werken aan de oplossing van het probleem...

... Verder vind ik bijvoorbeeld het respecteren van denkwijzen belangrijk omdat de vrije wil van de patiënt in bepaalde zaken goed naar voren moet komen en moet meewegen in bijvoorbeeld de behandeling...

Een gevolg van het laten meedenken van patiënten, zo vond een student, zou zijn dat een patiënt eerder dingen durft te vragen, die niet begrepen worden. Volgens andere studenten zou hierdoor de kloof in de relatie tussen arts en patiënt kleiner worden, waardoor een patiënt zich meer op zijn of haar gemak zou voelen en dit zou volgens één van de eerstejaars tevens een bevorderlijk effect kunnen hebben op de therapietrouw.

...Naar mensen luisteren als zij dat nodig hebben vind ik dan ook heel belangrijk. Zo streef je mede naar een goede vertrouwensband tussen arts en patiënt, wat een bevorderlijk effect kan hebben op het welbevinden bij de dokter en hun therapietrouw...

Naast het betrekken van de patiënt bij het oplossen van het probleem, bleek een even groot aantal studenten belangrijk te vinden dat de arts in staat was een diagnose te stellen. Deze vaardigheid was door Projectgroep G2010 ondergebracht bij de bekwaamheid *probleem oplossen*.

...Ik ben van mening dat een patiënt meer verteld wanneer hij zich op zijn gemak voelt. Hierdoor krijg je meer informatie en kan het stellen van een diagnose, of de hulpvraagverheldering 'makkelijker' zijn...

...Vanzelfsprekend is dat naast de communicatieve vaardigheden de arts ook kundig moet zijn om een goede diagnose te stellen...

Uit bovenstaande citaten wordt duidelijk dat een arts de hulpvraag van de patiënt moet kunnen achterhalen, wil de arts tot een adequate oplossing komen. Een arts moet vervolgens, hoewel in samenspraak met de patiënt, tot beslissingen komen hoe er gehandeld wordt.

...Een dokter moet in stressvolle situaties rustig kunnen blijven en kunnen beslissen wat op dat moment het beste is voor de patiënt...

Bekwaamheid 3: Omgaan met wetenschap

Een belangrijke eigenschap die onder deze bekwaamheid is onder te brengen is kennis, waarbij het vooral om de medi-

sche kennis gaat. De doorsnee eerstejaars student spreekt echter gewoon over kennis.

...Kennis is de basis. Ik zou ook "houden van mensen" kunnen noemen als basis, maar er zijn veel beroepen, die uitgaan van dit principe. Het onderscheidt de dokter niet van de sociaal werker, dat doet de kennis...

De bekwaamheid *Omgaan met wetenschap* werd in 29 eerstejaars opdrachten gevonden (63%), zoals uit de tabel in bijlage 8 blijkt. Van die 29 opdrachten werd in 26 opdrachten letterlijk gesproken over het hebben van (medische) kennis. Dit houdt in dat er drie opdrachten waren, die een ander aspect van de bekwaamheid eruit lichtte dan alleen het hebben van kennis. In die drie overige eerstejaars opdrachten werd niet gesproken over het hebben van kennis, maar werd het bewustzijn van wetenschappelijke achtergronden genoemd. Ook brachten deze studenten naar voren dat het belangrijk is dat een arts zich blijft verdiepen in nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen.

...Om de patiënt altijd de beste behandeling te geven is het inderdaad belangrijk om goed op de hoogte te blijven van de nieuwste behandelingen en medische ontwikkelingen...

Dat het bijhouden van medische ontwikkelingen een vereiste was, werd door meer studenten beaamt. In totaal werd het in 9 eerstejaars opdrachten genoemd (20%).

...Als laatste zal ik als arts goed op de hoogte willen zijn van de ontwikkelingen in de wereld en vooral van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De wetenschap staat niet stil en vaak worden bijvoorbeeld behandelmethodes verbeterd of worden er nieuwe (verbeterde) geneesmiddelen gevonden. Patiënten kunnen baat hebben bij deze ontwikkelingen en daarom is het belangrijk dat artsen hiervan op de hoogte zijn, omdat zij de contactpersoon van de patiënt met de wereld van de geneeskunde zijn...

Studenten gaven echter niet alleen aan dat artsen moesten blijven leren, omdat de patiënten daar baat bij zouden hebben. Zo gaf een student aan dat artsen zelf ook moesten

bijdragen aan vernieuwingen in de medische zorg en het uitwisselen van kennis tussen artsen onderling. Eén student noemde zelfs de docerende taak van de arts aan de artsen in opleiding.

... Ook vind ik het belangrijk dat als je de kans hebt gekregen zo'n beroep uit te mogen oefenen, je ook anderen de kans moet geven een goede arts te kunnen worden. Ik vind het dus belangrijk dat een goede arts zijn kennis doorgeeft aan artsen in opleiding en aan collega's. Natuurlijk moet een goede arts ook open staan voor informatie van die collega's, zodat de arts breed ontwikkeld is. Ook vind ik het voor een goede dokter belangrijk dat hij bij blijft wat betreft medische ontwikkelingen en zo actueel blijft, en niet stug blijft vast klampen aan het oude vertrouwde...

Een student gaf ook aan dat een arts kritisch moet blijven kijken naar de informatie die hij tot zijn beschikking heeft.

... Als dokter neem ik mij voor om de geneeskunst volgens de westerse traditie niet zalig te verklaren. Wetenschap is slechts een door de mens ontwikkelde beschrijving van hetgeen hij nu weet; een dokter dient dit altijd te beseffen. Een goede gezondheid is tenslotte niet alleen zaak van een gezond lichaam, maar zonnodig nog vaker van een gezonde geest. Deze boodschap wil ik zeker uitdragen als dokter naar patiënten en collega's...

Bekwaamheid 4: Onderzoeken en handelen

Het label *onderzoeken en handelen* is in het eerste jaar slechts 9 keer in een tekst gevonden. Hiermee is het de, door eerstejaars studenten, minst genoemde bekwaamheid en als het werd genoemd, dan stond het vaak letterlijk geformuleerd in de tekst. Het onderzoeken werd vaker genoemd dan het handelen. Van de vijf studenten die het onderzoeken noemden gaf slechts één student een reden:

... Ik ben benieuwd naar de klacht en wil de patiënt graag onderzoeken om hem te helpen...

De term handelen werd slechts twee keer genoemd. Onder de bekwaamheid onderzoeken en handelen valt een groot aantal vaardigheden, waarvan enkel het afnemen van een anamnese werd genoemd door één eerstejaars student.

... Ik zou de symptomen en bevindingen in de anamnese goed willen combineren om tot een goede diagnose te komen en vervolgens hierop een passende behandeling te kunnen uitkiezen...

Bekwaamheid 5: Behandelen

Dat een arts moet kunnen behandelen klinkt niet meer dan logisch en hoewel het label *overigvaker* werd toegekend aan een tekst (68 keer), werd *behandelen* ook herhaaldelijk genoemd. De tekst werd maar liefst 62 (13 %, zoals is af te lezen uit figuur 10) keer met de bekwaamheid gelabeld in 32 van 46 opdrachten. Van die 62 keer werd het 24 keer gekoppeld aan de letterlijk genoemde bekwaamheid, maar even vaak vonden eerstejaars studenten dat een arts iemand was die mensen moest helpen.

... Ik zou als (huis)arts mensen willen helpen, geruuststellen en beter maken waar dat mogelijk is...

Hoewel later bleek dat ook derdejaars studenten een arts nog altijd zagen als een man die mensen moest kunnen helpen, waren het alleen de eerstejaars studenten die vonden dat een arts de bekwaamheid 'mensen beter maken' moest bezitten. Deze, enigszins naïeve woorden, werden in het derde jaar door niemand meer herhaald.

Andersom bleek dat eerstejaars studenten ook deelvaardigheden noemden, die niet in de derdejaars opdrachten naar voren werden gehaald. Zo gaven alleen eerstejaars studenten aan dat artsen moeten kunnen doorverwijzen naar een juiste persoon of instantie. Het hebben van kennis met betrekking tot alternatieve geneeswijzen werd ook enkel in het eerste jaar genoemd.

... Een simpelweg: "het gaat wel weer over", vind ik vaak een beetje te makkelijk gezegd. Als het met reguliere methoden niet mogelijk is een patiënt goed te helpen. Moet je als dokter ook kunnen verwijzen naar alternatieve geneeswijzen....

In totaal waren er zes eerstejaars studenten (13%), die aangaven dat naast de behandeling zelf, de arts ook 'uitleg moest geven over de behandelingsresultaten en het ver-

wachte verloop van de aandoening'. Eén van de studenten noemde dit meerdere keren in de opdracht.

...Ik vind ook dat je als arts betrokken moet blijven bij je patiënt. Naast een diagnose stellen en een behandeling geven, moet je als dokter ook interesse tonen voor de ziekte. Je moet je patiënt informeren over zijn/haar ziekte, welke gevolgen er kunnen zijn en klaarstaan voor de mening van je patiënt...

Bekwaamheid 6: Omgaan met de maatschappelijke context

Eerstejaars studenten gaven meerdere malen aan dat de arts zijn patiënt moet zien als een individu en uniek mens met eigen gevoelens.

...Een arts die zijn patiënten niet ziet als nummer of in geld, maar die de mensen als mensen ziet...

Ieder mens vraagt om een eigen aanpak, omdat mensen van elkaar verschillen. Een arts komt veel verschillende mensen tegen en dient met hen allen op eenzelfde en gelijkwaardige wijze om te gaan.

...Dus als dokter niet alleen gefixeerd te zijn op de klacht van de patiënt, maar de patiënt als geheel persoon behandelen. Een goede arts maakt geen onderscheid tussen patiënten op grond van religie, ras, nationaliteit, partijpolitiek of sociale positie...

...Ten tweede wil ik gelijkwaardig zijn aan de patiënt. Het mag niet zo zijn dat ik mij door mijn kennis superieur voel aan de patiënt. Andersom mag hij mij niet beschouwen als een knecht die zijn probleem wel even op zal lossen...

Studenten in het eerste jaar spraken vol overtuiging over het recht dat ieder mens heeft om behandeld te worden.

...Een dokter betekent voor mij een mens die door studie en ervaring veel medische kennis heeft opgedaan en die die probeert te gebruiken om mensen te helpen die lichamelijke, psychische of geestelijke klachten hebben. Ieder mens heeft daar recht op, jong, oud, blank, donker, intellectueel of minder begaafd...

Daaraan gekoppeld gaven studenten aan dat het voor een arts was aanbevolen om kennis te hebben over verschillende culturen. Hierdoor kon een beter begrip ontstaan tussen de arts en zijn, uit een ander milieu afkomstige, patiënt.

...Ook moet ik als goede dokter kunnen omgaan met cultuurverschillen. Een Surinamer zal anders omgaan met een bepaalde ziekte dan een Marokkaan en die weer anders dan een nuchtere Fries. Maar ook zullen verschillende bevolkingsgroepen er verschillende levensgewoonten op nahouden, een goede dokter moet kennis hebben van deze cultuurverschillen om ervoor te zorgen dat de patiënten (van alle bevolkingsgroepen) zich op hun gemak voelen...

Naast de omgang met verschillende patiënten gaven studenten ook aan dat een arts niet alleen oog moest hebben voor het medisch handelen, maar ook voor de totale situatie waarin een patiënt verkeerd. Een arts behoort de patiënt ook te helpen met de maatschappelijke en sociale gevolgen die een ziekte of aandoening met zich mee kan brengen.

...Als dokter wil ik mijn patiënten niet alleen biomedische hulp geven, maar ook maatschappelijke en sociale hulp. Dus ik wil niet alleen een diagnose stellen en een behandeling geven, maar ook mijn patiënt met de problemen hieromheen helpen (bv. thuiszorg regelen, verzorging thuis)...

Tot slot moet vermeld worden dat studenten aangaven dat lichaam en geest nauw met elkaar verbonden zijn en dat de arts hierdoor de geestelijke gesteldheid van de patiënt niet achterwege mag laten.

...Ik vind niet alleen de medische kant van de patiënt, maar ook de psychologische kant heel belangrijk. Een patiënt kan met allerlei klachten aankomen die niet altijd lichamelijk van aard hoeven te zijn. Een goede dokter kan dus onderscheid maken in de psychische en lichamelijke klachten, en houdt gedurende het hele proces ook rekening met het sociale aspect...

Bekwaamheid 7: Reflecteren

Na *communiceren* werd *reflecteren* het vaakst gelabeld in het eerste jaar. Hoewel het woord reflectie opvallend weinig werd genoemd, slecht door twee studenten (4%), blijken studenten wel op de hoogte te zijn van de kenmerken van reflecteren.

...Het is vind ik belangrijk, dat een arts dingen van een afstandje kan bekijken. Wanneer hij/zij er niet meer uitkomt, een stapje terugdoen en 'van bovenaf', in rust, het gehele probleem overdenken...

Studenten gaven aan dat, hoewel het maken van fouten menselijk is en daardoor kan voorkomen, je kunt leren van je fouten, zolang je deze toegeeft en openstaat voor verbetering.

... Een goede dokter reflecteert en accepteert; durft fouten toe te geven...

... Fouten zijn immers menselijk, wel is van belang dat een dokter leert van zijn fouten en er op een goede manier mee omgaat...

In de opdrachten werd tevens aangegeven dat artsen zich professioneel moeten gedragen. Hoewel niet altijd werd uitgelegd waaruit dit gedrag moest blijken, waren de meeste studenten van mening dat dit inhoudt dat een arts een functionele relatie aangaat met zijn patiënt, waarbij de arts zijn emoties onder controle behoort te houden en werk en privé goed weet te scheiden.

...De dokter moet vanaf het begin (er komt een patiënt met een klacht) tot aan het eind (de reflectie) de patiënt begeleiden in het medisch proces. Hij moet daarbij sceptisch blijven, maar tegelijk hartelijk en professioneel. De relatie met de patiënt is een zuiver zakelijke, en privé-zaken horen daar in principe niet mee vermengd te worden...

...Je moet als arts alleen wel oppassen dat je niet teveel in het verhaal van de patiënt mee gaat. Je verliest daarmee je professionaliteit, deskundigheid, onpartijdigheid en objectiviteit...

Verder moest een arts zelfstandig zijn, om kunnen gaan met stress, flexibel, alert en zelfverzekerd zijn, initiatief tonen en handelen met inachtneming van het beroepsgeheim. Naast al deze kenmerken die genoemd werden in de opdrachten en het zojuist genoemde 'leren van fouten', moet een arts volgens de studenten ook uit zichzelf blijven leren. De ontwikkelingen in de medische wereld volgen elkaar in een hoog tempo op en artsen moeten op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen. Ze moeten openstaan voor feedback en over goede zelfkennis beschikken, zodat ze weten wat ze wel en niet kunnen en waarvoor ze eventueel advies en hulp van collega's kunnen inschakelen.

... Ook al is die dokter al jaren afgestudeerd. Als hij die kennis niet heeft moet hij de patiënt doorsturen naar een dokter die deze kennis wel heeft. Toegeven dat je niet alles kunt weten is positief.

... Tot slot is het voor een goede dokter van belang de kennis op het gebied van de geneeskunde van zichzelf en van anderen te bevorderen en zich dus open op te stellen voor nieuwe kennis en ontwikkelingen...

Overig

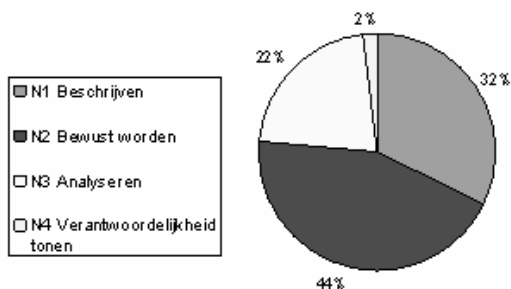
Naast de zeven bekwaamheden is nog een laatste label toegevoegd. Onder *overig*, zijn bekwaamheden en overige kenmerken van een goede dokter gerangschikt, die niet onder te brengen waren in de zeven bekwaamheden van G2010. De drie onderwerpen die in de eerstejaars opdrachten het vaakst naar voren kwamen waren 1) plezier, passie en liefde voor het vak hebben, 2) het te allen tijde voorop stellen van de patiënt en 3) de tijd nemen voor een patiënt.

...Daarnaast denk ik dat het heel belangrijk is dat de arts plezier heeft in het werk. Passie voor het vak is in mijn ogen een garantie voor betere kwaliteit.

...Een goede dokter zorgt dat hij altijd klaar staat voor zijn patiënten, zowel overdag als 's nachts en neemt voldoende tijd voor zijn patiënten...

Reflectieniveaus

Naast het labelen van de bekwaamheden, zijn de teksten ook voorzien van een reflectieniveau. In figuur 11 is te zien hoe in de eerstejaars opdrachten is gereflecteerd. In jaar 1 zijn de reflectieniveaus *beschrijven* en *bewust worden* het vaakst toegekend aan een tekst. Dit houdt in dat studenten vaak alleen maar bekwaamheden noemden en in het geval van *bewust worden* ook een reden aangaven, maar dat ze geen persoonlijke ervaringen meenamen in hun verhaal en de bekwaamheden niet op zichzelf betrokken.



Figuur 11: Verdeling van de frequentie per reflectieniveau jaar 1

In figuur 11 is tevens te zien dat *verantwoordelijkheid tonen* nauwelijks aan de eerstejaars opdrachten werd toegekend. Van alle toegekende reflectielabels, werd in jaar 1 slechts 2 procent beoordeeld met het hoogste reflectieniveau. Hieronder zijn een aantal citaten onder elkaar gezet, die allen betrekking hebben op dezelfde bekwaamheid, namelijk *communiceren*, maar die qua reflectieniveau van elkaar verschillen van *beschrijven* tot *verantwoordelijkheid tonen*.

Het eerste citaat is een pure beschrijving van communiceren.

...Goede communicatie met patiënten, collega's en de buitenwereld vind ik een andere belangrijke eigenschap voor doktoren. De tijd nemen om te communiceren, dingen uit te leggen, te overleggen, te vragen...

In het volgende citaat dat gelabeld is met *bewust worden* is te lezen hoe de student een reden aangeeft, waarom een arts een bepaalde bekwaamheid moet bezitten.

...De communicatieve vaardigheden van een arts moeten goed ontwikkeld zijn. Om te beginnen moet hij of zij goed kunnen luisteren om de patiënt te kunnen begrijpen en helpen. Ten tweede moet de arts ook op het niveau van de patiënt dingen uit kunnen leggen over bijvoorbeeld de ziekte, medicatie of behandelmethodes...

Fragmenten die gelabeld zijn met *analyseren* bevatten vaak een eigen ervaring, een welomschreven reden of tonen een blijk van relativering. In onderstaand citaat betreft een student zijn of haar eigen ervaring erbij.

...Daarbij moet de dokter geen ingewikkelde medische termen tegenover zijn patiënt gebruiken, maar in hendaags begrijpbaar Nederlandse taal de patiënt uitleggen wat hij/zij mankeert. Ik vind dit een zeer belangrijk punt. Ik heb zelf ervaren hoe een dokter mij probeerde uit te leggen, wat ik mankeerde, in niet begrijpbare medische termen voor mij. Hierbij moest ik zelf als patiënt om duidelijkheid vragen om te weten wat de dokter nu bedoelde. Dit was voor mij geen prettige ervaring. Ook voor de dokter kunnen hier negatieve kanten aanzitten. Je kan als dokter een patiënt hebben, die niet om duidelijkheid vraagt, maar die patiënt beschuldigt je later wel dat jij het hem/haar niet goed hebt uitgelegd. Als dokter wil ik mijn patiënten in goed begrijpbare taal voor hen kunnen uitleggen, wat zij mankeren...

Studenten die schrijven op niveau van *verantwoordelijkheid tonen*, beschrijven handelingsalternatieven en geven aan hoe ze zelf willen functioneren.

... Wanneer de arts met de patiënt praat moet zij zich goed beseffen, dat deze doorgaans niet op de hoogte is van het medisch vakjargon. Zij moet er goed op letten dat zij de patiënt begrijpelijk informeert. Hierbij moet ze proberen zoveel mogelijk aan te sluiten op het referentiekader van de patiënt. Zelf vind ik het prettig om aan het einde van een gesprek een samenvatting te geven.

Dit kan zowel door de patiënt (zo weet je direct of de patiënt alles meegekregen heeft!), als door de arts die hierbij om aanvullingen van de patiënt kan vragen. Een samenvatting leidt er vaak toe dat er geen miscommunicatie is tussen arts en patiënt, wanneer deze er wel is, kan deze dan nog opgelost worden....

Uit bovenstaande citaten is op te maken, dat naar mate een student op een hoger reflectieniveau schrijft hij of zij bewuster is van de bekwaamheid en de situaties, waarin deze zich voordoen. De student betreft het ook meer op zichzelf. Zo wordt in het derde citaat een ervaring besproken, waarin de bekwaamheid *communiceren* een rol speelde en in het vierde citaat geeft de student hoe hij of zij zelf op een goede manier denkt te handelen met betrekking tot communiceren.

In figuur 12 is weergegeven hoe er op de bekwaamheden is gereflecteerd. De tabel uit de figuur komt niet overeen met de percentages van de cirkeldiagrammen uit figuren 10 en 11. Dit komt doordat fragmenten behorende bij bepaalde

reflectieniveaus soms meerdere bekwaamheden bevatten, waardoor meerdere bekwaamheidslabels zijn toegekend (zoals blijkt uit het voorbeeld van figuur 9). Bovendien zijn er ook fragmenten gelabeld met een reflectieniveau, die geen betrekking hadden op een bekwaamheid en die daardoor niet zijn meegenomen in deze tabel, maar wel in het cirkeldiagram met de verdeling van de frequentie per reflectieniveau (figuur 11). Ter verduidelijking is, in onderstaand tabel, te zien dat in het eerste jaar 34 fragmenten (het getal is dikgedrukt) werden gelabeld met het niveau *beschrijven* en waarin gesproken werd over de bekwaamheid *communiceren*. *Communiceren* werd echter ook twee keer genoemd (tevens dik gedrukt) op het niveau van *verantwoordelijkheid tonen*.

In het eerste jaar kwam het niveau van *verantwoordelijkheid tonen* slechts 5 maal voor in een opdracht en daarvan werd tweemaal op *communiceren*, evenveel op *reflecteren* en eenmaal op *overig* gereflecteerd. Voor alle overige reflectieniveaus geldt ook dat vooral op *communiceren* en *reflecteren* werd gereflecteerd.

Bekwaamheden	Reflectieniveaus			
	Beschrijven	Bewust worden	Analyseren	Verantwoordelijkheid tonen
Communiceren	34	41	11	2
Probleem oplossen	10	11	2	0
Omgaan met wetenschap	10	10	8	0
Onderzoeken en handelen	3	4	2	0
Behandelen	20	20	8	0
Omgaan met de maatschappelijke context	6	12	4	0
Reflecteren	15	29	15	2
Overig	26	16	7	1

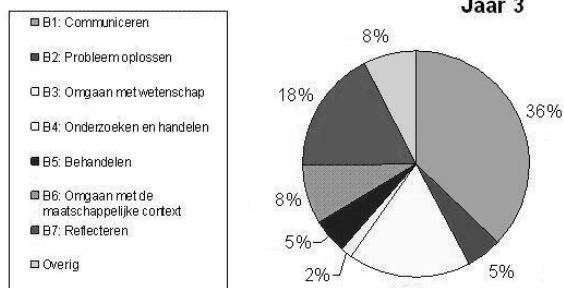
Figuur 12: De genoemde bekwaamheden per reflectieniveau (= een label van een fragment) in jaar 1

In onderstaand citaat beschrijft een student hoe ze haar praktisch later wil inrichten en wil handelen. Dit citaat geeft blijk van *verantwoordelijkheid tonen*, maar heeft geen betrekking op een bekwaamheid.

... In de eerste instantie is het belangrijk dat de wachtkamer er sfeervol uit ziet. Zodat de patiënt zich comfortabel voelt en niet opgelaten. Ik denk ook dat het erg belangrijk is dat de patiënt als hij in de wachtkamer zit niet de hele tijd aan zijn probleem denkt, een muziekje en een kopje koffie en een huiselijke sfeer zijn dus erg belangrijk denk ik. Ook is het belangrijk dat er ramen zijn in de wachtkamer zodat de patiënt zich niet opgesloten voelt. Dan als de patiënt binnen komt groet ik hem netjes en probeer ik de sfeer die in de wachtkamer heerst (die aan mijn verwachtingen voldoet) voortzet. Ik denk dat het belangrijk is dat de patiënt niet recht voor me zit maar schuin zodat de patiënt zich niet verplicht voelt om me aan te kijken...

4.2 Jaar 3: De goede dokter E

In jaar 3 herhaalden studenten de opdracht en konden ze aangeven of ze hun beeld van de ideale arts na drie jaar onderwijs hadden bijgesteld. Uit de gegevens van figuur 12 blijkt dat alle bekwaamheden ook in het derde jaar zijn teruggevonden in de opdrachten. Studenten waren ook langer van stof, waardoor er meer tekst was om te labelen.



Figuur 13: Verdeling van de frequentie per bekwaamheid jaar 3

In het derde jaar bleken opnieuw *communiceren* en *reflecteren* het vaakst gelabeld te zijn aan een stuk tekst. Opvallend is dat de bekwaamheden *probleem oplossen*, *behandelen* en *overig* minder zijn gescoord. Net als bij de vorige opdracht zullen ook voor *De Goede dokter E* de belangrijkste punten worden besproken, die studenten aanhaalden in hun opdrachten.

Bekwaamheid 1: Communiseren

Communiseren werd in het derde jaar net als in het eerste jaar het vaakst genoemd en is ook de enige bekwaamheid die in alle opdrachten van de derdejaars studenten werd teruggevonden en door alle studenten werd genoemd (zie bijlage 8).

... Ik denk dat de opleiding geneeskunde mij punten heeft laten zien waar een goede dokter aan moet voldoen waar ik zelf niet aan had gedacht. Bijvoorbeeld in het eerste jaar dat we geleerd hebben om goed te communiceren. Ik had zelf niet gedacht dat communicatie zo'n grote rol speelt in het goede dokterschap...

In de derdejaars opdrachten werd ten opzichte van de eerstejaars minder gesproken over de rol van communicatie in de relatie tussen arts en patiënt. Studenten hadden het minder vaak over het sociale aspect van communiceren, maar meer over de praktische zaken van communicatie binnen het behandelingsproces en dan met name tussen de arts en zijn collega's.

... Ook heb ik geleerd tijdens de opleiding hoe belangrijk een goede communicatie tussen artsen is. Het schrijven van een goede verwijsbrief door de huisarts bijvoorbeeld kan de specialist een hoop tijd en energie schelen...

Uit bovenstaande citaat blijkt ook dat studenten aangeven dat een arts niet alleen mondeling communicatief vaardig moet zijn, maar ook schriftelijk. Er moeten immers verwijsbrieven worden geschreven en dossiers worden bijgehouden.

Bekwaamheid 2: Probleem oplossen

Het aantal studenten dat in het derde jaar de bekwaamheid *probleem oplossen* noemt is gedaald ten opzichte van het eerste jaar (van 57% naar 39%). De dingen die ze noemen verschillen nauwelijks met het eerste jaar. Opvallend is wel dat studenten vaker noemden dat een arts moet kunnen beslissen.

... Veel van deze vaardigheden moet ik nog gaan leren, wel heb ik in de afgelopen drie jaar veel kennis opgedaan die later onmisbaar is. Zonder parate kennis word je volgens mij geen goede arts, je kunt dan bijvoorbeeld niet snel beslissingen maken...

Bekwaamheid 3: Omgaan met wetenschap

In het derde jaar stijgt het aantal studenten dat in hun opdrachten spreekt over *omgaan met wetenschap* (van 63% naar 89%). Net als in het eerste jaar wordt in de teksten vooral het hebben van (medische) kennis genoemd.

...Ik merk dat ik in mijn eerste schets van de goede dokter nauwelijks heb gesproken over de kennis die een arts moet hebben. Heel belangrijk vind ik het dat een arts zich goed verdiept in zijn specialisatie en goed kennis van zaken heeft. Het is dan ook een feit dat hij/zij zich hierin moet blijven verdiepen en bijscholen...

Daarnaast spreekt een groot deel van de studenten ook over wetenschapsbeoefening. In het eerste jaar werd het in 4% van de opdrachten genoemd en in het derde jaar steeg dit naar 35% (16 van 46). Zo stelt een student:

... Zonder de wetenschap zijn wij niet in staat om een goede dokter te zijn...

Naast het beoefenen van wetenschap gaven ook meer studenten aan dat het belangrijk is om kennis met elkaar te delen, om als arts up-to-date te blijven en de kwaliteit van de medische zorg te bewaken en te verbeteren.

... Verder zou ik zelf willen bijdragen aan de ontwikkelingen binnen de geneeskunde door me actief bezig te houden met wetenschappelijk onderzoek. Alleen op de hoogte zijn van de ontwikkelingen die door anderen zijn

ontdekt, is voor mij niet voldoende. Zelf onderzoek doen is wat mij betreft geen algemene voorwaarde voor het goede dokterschap. Voor veel artsen is het voldoende om op de hoogte te zijn via wetenschappelijke literatuur, congresbezoek en voorlichtingen. Persoonlijk wil ik meer diepgang brengen in mijn werk als arts door ook een bijdrage te leveren aan de wetenschap...

Bekwaamheid 4: Onderzoeken en handelen

De bekwaamheid *onderzoeken en handelen* werd in jaar drie slechts één keer minder gelabeld dan in jaar 1 en ook door maar 1 student minder genoemd (zie bijlage 8). Een deel van de derdejaars studenten die over onderzoeken en handelen rapporteerden, deed dit niet in jaar 1, zoals uit bijlage 8 blijkt. Hun inbreng verschilde echter niet met dat van hun eerstejaars voorgangers. De enige aanvulling in jaar 3 kwam van een student die aangaf dat een arts het functioneren van de patiënt op waarde moest beoordelen:

... Ten tweede vind ik het belangrijk dat de arts kijkt naar wat mensen nog wél kunnen, in plaats van wat ze allemaal niet meer kunnen. Zowel op de colleges als in de patiëntgesprekken als met het meeloopmoment heb ik gemerkt dat deze positieve insteek vaak beter werkt dan focussen op wat er niet meer mogelijk is...

Bekwaamheid 5: Behandelen

Behandelen werd in het derde jaar veel minder genoemd dan in het eerste jaar (van 13% naar 5%, zie figuur 16). Ook het aantal studenten dat het in de opdrachten verwoordde daalde (van 70% naar 46%). Wat echter nieuw was in het derde jaar was dat studenten aangaven dat naast het medisch handelen ook een administratie moet worden bijgehouden tijdens het behandelingsproces.

...Iets waar ik tegenaan liep bij mijn bezoek aan de tuchtzaak dit jaar was de onzorgvuldigheid van een huisarts betreffende het bijhouden van een patiëntdossier. Het is belangrijk als arts je dossiers zo volledig mogelijk te houden. Je moet je handelen kunnen verantwoorden. Dit is niet alleen belangrijk voor de patiënt, maar ook voor jezelf als arts. Bij eventuele tuchtzaken dien je immers uiteen te zetten hoe en waarom je op een bepaalde manier gehandeld hebt...

Bekwaamheid 6: Omgaan met de maatschappelijke context

Wat betreft de bekwaamheid *omgaan met de maatschappelijke context* blijken derdejaars studenten nog steeds hetzelfde te denken als in het eerste jaar. In jaar 3 werden geen opvallende onderwerpen aangekaart, die in jaar 1 niet voorkwamen. Er was nauwelijks verschil te constateren tussen het aantal studenten dat over de bekwaamheid sprak en het aantal gelabelde citaten in de opdrachten van jaar 1 en jaar 3. In het derde jaar gaven wel meer studenten aan dat goed dokterschap niet alleen via het onderwijs te leren was, maar ook vanuit de samenleving.

...Deze "bronnen" buiten de opleiding om, zijn niet alleen belangrijk om je sociale kant te ontwikkelen door ervaring op te doen. Ik denk dat het voor een arts goed is om te weten hoe de samenleving eruit ziet. Welke mensen erin rond lopen en welke plaats mensen met een ziekte/handicap hebben in dit land. Dat krijg je niet mee tijdens de opleiding, maar als je je daar niet bewust van bent, kan je voor grote verrassingen komen te staan als arts. Ik weet niet of iedereen gebruik maakt van die "bron", onbewust altijd wel een beetje. Maar om je plaats te weten als arts, en om te weten met wat voor een patiënten je te maken krijgt, is het denk ik belangrijk om veel van deze "bron" gebruik te maken en dus goed naar de mensen om je heen te kijken, altijd en overal...

Bekwaamheid 7: Reflecteren

Daar waar in het eerste jaar slechts twee studenten (4%) de term letterlijk noemden, werd het in derde jaar door 10 studenten (22%) genoemd. Opvallend is dat 2 studenten in beide opdrachten op geen enkele wijze over reflectie spraken (zie bijlage 8). Vaardigheden, zoals professioneel gedrag, leren van fouten, omgaan met feedback en kritiek en blijven leren, werden ook in het derde jaar genoemd.

Studenten in het derde jaar gaven aan dat artsen moesten blijven leren, maar niet alleen om up-to-date te blijven van de laatste medische ontwikkelingen. Een deel van de studenten was van mening dat ook aan persoonlijke ontwikkeling gedacht moest worden. Deze persoonlijke ontwikkeling buiten de opleiding en de medische sector

zou volgens hen, net zoals bij omgaan met de maatschappelijke context was aangegeven, ook bijdragen aan goed dokterschap.

...De opleiding draagt natuurlijk voor het grootste deel bij aan de wording van een goede dokter. De hoofdmoot van de benodigde medische kennis wordt daar vergaard, er wordt aandacht besteed aan medische communicatie en sociale aspecten en vooral tijdens de co-schappen ook aan het vergaren van praktijkervaring. Ik denk echter wel dat je als student moet proberen om niet binnen de strikte grenzen van de opleiding te blijven, maar ook moet zorgen voor een persoonlijke twist aan je "opleiding", door bijvoorbeeld activiteiten buiten de studie zoals een werkstage in het buitenland, vrijwillig meelopen en het bezoeken van congressen, maar dat je ook moet zorgen voor persoonlijke ontwikkeling buiten de studie door bijvoorbeeld een sport te bedrijven, actief te zijn binnen een vereniging, bestuurservaring op te doen, of cultureel bezig te zijn. Dit ontwikkelt je als mens, en dokters blijven bij uitstek mensen...

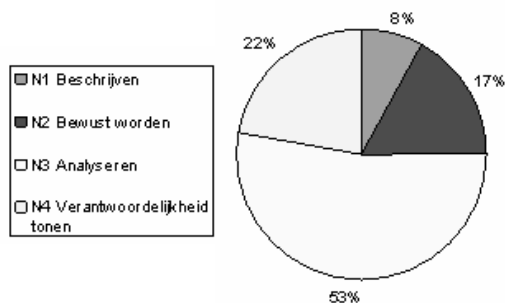
Overig

In het derde jaar houdt de topdrie, van hetgeen dat met *overig* is gelabeld, nog steeds stand. Het label is echter wel minder toegekend aan de opdrachten (van 15% naar 8%, zoals uit figuur 16 blijkt). Plezier in het vak hebben staat volgens menig student hoog in het vaandel en hoewel het voorop stellen en tijd nemen voor de patiënten nog steeds wordt genoemd door de studenten, wordt het ook vaker gerelativeerd.

van de grote waarde van een goed luisterende arts voor de patiënt en hoop dat ik ...Ik denk dat het best lastig is om bij elke patiënt betrokken te blijven, veel artsen hebben een groot patiëntenbestand en een drukke dagbesteding waar vele patiënten in korte tijd gezien worden. Daarmee wordt het steeds moeilijker om de tijd te nemen voor elke patiënt en serieus naar kleine klachten te luisteren. Ik ben me bewust hier later toe in staat zal zijn...

Reflectieniveaus

In figuur 14 is te zien dat in jaar 3 de hogere reflectieniveaus vaker zijn toegekend aan een tekst. Studenten schrijven in het derde jaar persoonlijker en betrokken de bekwaamheden meer op zichzelf. Nog steeds wordt op de hogere reflectieniveaus het meest gereflecteerd op *communiceren* en *reflecteren*, maar ook *omgaan met wetenschap* wordt vaak genoemd (zie figuur 15).



Figuur 14: Verdeling van de frequentie per reflectieniveau jaar 3

... Ook wat betreft de kennis, zou ik wat toe willen voegen. De arts moet inderdaad voldoende weten om haar patiënten adequaat te kunnen behandelen. Daarbij zou ik willen zeggen dat de arts er zelf verantwoordelijk voor is om deze kennis ook bij te houden. Dit kan aan de hand van congressen en artikelen die zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Dit noemde ik in mijn eerste jaar nog niet, omdat ik toen nog niet echt begreep hoe artsen hun kennis bijhouden. De wetenschappelijke literatuur als enorme actuele informatiebron heb ik pas tijdens mijn studie ontdekt...

... Als ik mezelf moet vergelijken met mijn beeld van de goede dokter weet ik dat ik nog heel veel moet leren. Ik moet veel meer kennis bij de hand hebben, maar dat komt waarschijnlijk ook tijdens je co-schappen. Want dan zullen dingen als hoeveel procent van de buikpijn bij kinderen nu fysiologisch of pathologisch is, wel op hun plek vallen omdat je dat dan meemaakt. Nu denk je bij dit soort leervragen al snel dat je al die procenten voor niets leert en toch weer door elkaar haalt...

Bekwaamheden	Reflectieniveaus			
	Beschrijven	Bewust worden	Analyseren	Verantwoordelijkheid tonen
Communiceren	10	22	94	19
Probleem oplossen	1	4	9	1
Omgaan met wetenschap	7	6	40	12
Onderzoeken en handelen	1	1	3	0
Behandelen	4	4	13	2
Omgaan met de maatschappelijke context	0	5	11	6
Reflecteren	6	6	48	13
Overig	4	6	12	1

Figuur 15: De genoemde bekwaamheden per reflectieniveau (= een label van een fragment) in jaar 3

Tot slot moet vermeld worden dat een groot deel van de reflectielabels niet altijd gekoppeld was aan een bekwaamheid. In de opdrachten beschreven de studenten ook andere onderwerpen die te maken hadden met hun toekomstig dokterschap. Zo reflecteerden ze bijvoorbeeld op hun toekomstplannen of lieten ze blijken dat ze zich bewust waren de ontwikkelingen rondom de medische zorg.

...Ik zou me willen inzetten in gebieden waar de medische zorg niet of onderontwikkeld is. In de westerse landen, kunnen mensen met hun klachten en problemen naar een medicus. Ze krijgen de hulp die ze nodig hebben, ook als ze het zelf niet kunnen betalen. Zwervers die hun been breken krijgen gids. In ontwikkelingslanden is dat wel anders. Alleen de allerrijksten kunnen die zorg betalen. Maar de armeren hebben geen toegang tot zorg, terwijl ze het zo hard nodig hebben. Daar wil ik zijn om te helpen....

...Het is bijna het gesprek van de dag, maar de zorg is in Nederland aan het veranderen. Niet alleen het zorgstelsel, maar ook de arts-patiënt relatie. Ik hoop alleen dat de medische wereld niet te commercieel gaat worden, ik hoop dat het gemoedelijke er een beetje in blijft. Anders weet ik niet, of ik dit vak nog wel zo leuk vind!...

Studenten reflecteerden in hun opdrachten ook over het onderwijs. Ze gaven aan hoe volgens hen de opleiding bijdraagt aan goed dokterschap en hier en daar werd ook een kritische noot neergezet.

...Ik denk dat de praktijk onderdelen van het onderwijs erg belangrijk zijn voor het vormen van een goede dokter. De normen en waarden van een dokter zijn verandert, men wil andere kwaliteiten in een dokter. Kennis domineert niet meer, communicatie is belangrijk! En ik denk dat onze studie zich daar goed aan heeft aangepast. Door middel van MEDGEVAT wordt al vroeg geoefend om te communiceren. De patiëntcolleges en gesprekken laten je ook een kijkje nemen in de wereld van arts-patiënt communicatie...

...Na drie jaar in het curriculum G2010 te hebben gestudeerd is mijn conclusie dat het een gevarieerd én intensief is. Een studie geneeskunde kenmerkt zich naast academische leervormen door veel praktijkleren. Met

name de leervormen waar wordt gewerkt in kleine studiegroepen dragen veel bij aan de ontwikkeling tot het dokterschap. Helaas wordt de in mijn ogen allerbelangrijkste academische leervorm, het klinisch redeneren, in de verkeerde setting onderwezen, namelijk voor een enorme collegezaal (met een groot publiek valt geen dialoog te voeren)...

In het derde jaar gaven studenten ook aan wat ze allemaal nog verwachtten van de studie.

...Het gevoel dat ik een goede dokter in wording ben is geleidelijk ontstaan, tegelijk met de toename van bovenstaand besef. De basis voor het dokterschap is inmiddels gelegd. Dan heb ik het niet alleen over basiskennis, maar ook over vaardigheden als communiceren en wetenschappelijke vorming. Met deze vaardigheden en kennis op zak kan ik beginnen aan mijn ontwikkeling als 'probleemoplosser' en behandelaar, want dat is iets wat ik zeker nog niet onder de knie heb. Tijdens mijn co-schappen zal er vaak geoefend worden met consultvoering en lichamelijk onderzoek. Ik verwacht dan ook dat ik in de loop van mijn co-schappen het diagnosticeren en behandelen onder de knie zal krijgen. Belangrijk hierbij is het veranderen van je denkproces. Je krijgt geen ziektebeeld meer voorgeschoteld met de belangrijkste symptomen, maar je krijgt al dan niet specifieke symptomen en moet daar een ziekte-beeld uit destilleren. Een actieve houding en een goede zelfreflectie is een vereiste bij deze ontwikkelingen...

Daarnaast gaven veel studenten aan dat ook activiteiten en situaties buiten de opleiding noodzakelijk waren om een goede dokter te worden.

...Het goede dokterschap komt niet alleen uit de opleiding. Alles wat in je leven speelt heeft een invloed. Je ervaringen buiten het dokterschap hebben een zeer waardevolle invloed, welke waarschijnlijk groter is dan de invloed van de opleiding. Je bent communicatief met je vrienden, waarvan je de vaardigheden onbewust meeneemt in patiëntgesprekken. Je reist en ontdekt nieuwe culturen, waarbij de kennis van pas kan komen bij allochtone patiënten. Je ervaringen met rouw en verlies helpen je patiënten in dezelfde situatie beter te begrijpen. En natuurlijk heb je je vrienden (waarvan een deel mede-

studenten) om over je ervaringen en problemen die je tegenkomt te praten. Je bespreekt deze items dan op een vriendschappelijke manier. Dit is vaak buiten de opleiding om. Of te wel, ik denk dat al je ervaringen in je leven een rol spelen in het worden van een goede dokter. Je hoeft ze alleen maar op een positieve manier mee te nemen...

Verder beschreef een aantal studenten hun gedrag en gevoelens met betrekking tot hun eigen ontwikkeling.

...Met de ontwikkeling die ik heb doorgemaakt denk ik dat ik een goede dokter kan worden, maar nog niet ben. In het begin van de studie was ik misschien wel meer bezig met het studentenleven buiten de faculteit dan erin. Nu is dat veranderd en ben ik veel serieuzer bezig met de dingen die ik voor geneeskunde doe. Dit komt natuurlijk omdat ook ik een dagje ouder en wellicht wat volwassener word. Of het ontwikkelen van het besef dat wat je nu leert belangrijk is voor goed dokterschap en daarmee voor de patiënt nu een gevolg is van de toenemende volwassenheid weet ik niet. Het zal ongetwijfeld een rol in de ontwikkeling van het besef gespeeld hebben...

...Ik heb het in het stuk uit mijn eerste jaar over 'aanstellers', inmiddels weet ik ook dat er psychosomatiek en moeilijk objectiveerbare klachten bestaan. Dus dat is te kort door de bocht en zo zie ik het nu ook niet meer, dat zijn patiënten die een langdurige, functiegerichte (en niet symptomatische) behandeling behoeven

4.3 Vergelijking

Zojuist werd getoond dat zowel eerstejaars als derdejaars studenten voornamelijk over *communiceren* en *reflecteren* schrijven. Opvallend is dat in het derde jaar *omgaan met wetenschap* vaker wordt genoemd en de bekwaamheden *probleem oplossen*, *onderzoeken* en *handelen*, *behandelen* en *overig* minder worden genoemd. Deze verschillen zijn terug te vinden in de cirkeldiagrammen die in figuur 16 nogmaals zijn weergegeven. In deze diagrammen is het aantal keer dat elk van de bekwaamheden genoemd is uitgedrukt in percentages.

Het is ook mogelijk om te achterhalen of bepaalde bekwaamheden significant vaker in het ene jaar werden genoemd dan in het andere jaar. Daartoe is een gepaarde t-test uitgevoerd op het gemiddeld aantal keer dat een bekwaamheid genoemd werd in jaar 1 en jaar 3. De resultaten meteen $p < 0,05$ zijn als significant beschouwd.

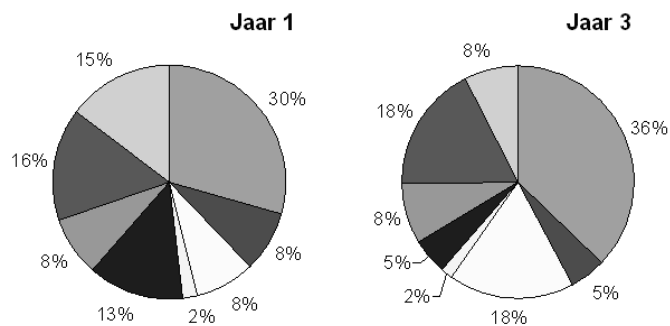
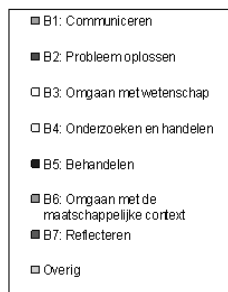
Het bleek dat *communiceren* en *omgaan met wetenschap* significant vaker werden genoemd in de derdejaars opdrachten (respectievelijk $t = -2,26$; $df = 45$; $p < 0,05$ en $t = -5,60$; $df = 45$; $p < 0,001$). *Behandelen* en *overig* werden juist significant minder genoemd (respectievelijk $t = 4,29$; $df = 45$; $p < 0,001$ en $t = -2,50$; $df = 45$; $p < 0,05$).

Na de Bonferroni-correctie bleken alleen de verschillen in *omgaan met wetenschap* en *behandelen* significant te zijn

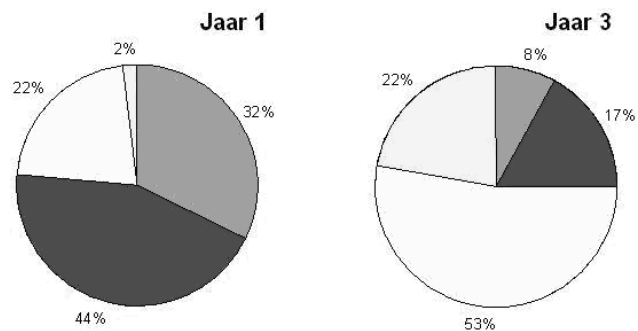
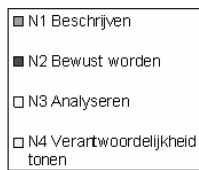
In figuur 17 wordt de verdeling van de frequentie per reflectieniveau in jaar 1 en jaar 3 vergeleken.

Daarnaast zijn opnieuw gepaarde t-tests uitgevoerd op het gemiddelde aantal keer dat een reflectieniveau werd gevonden in de data. Alle niveaus bleken significant te verschillen. *Beschrijven* ($t = 4,62$; $df = 45$; $p < 0,001$) en *bewust worden* ($t = 3,51$; $df = 45$; $p = 0,01$) werden significant minder toegekend in het derde jaar en *analyseren* ($t = -7,24$; $df = 45$; $p < 0,001$) en *verantwoordelijkheid tonen* ($t = -7,59$; $df = 45$; $p < 0,001$) significant vaker.

Voor deze significante verschillen geldt dat na de Bonferroni-correctie de bevindingen nog steeds correct te zijn.



Figuur 16: Verdeling van de frequentie per bekwaamheid in jaar 1 en jaar 3



Figuur 17: Verdeling van de frequentie per reflectieniveau in jaar 1 en jaar 3

5 CONCLUSIE & DISCUSSIE

Dit hoofdstuk is het sluitstuk van deze masterthesis. Het deel vat samen hoe het beroepsbeeld van eerstejaars en derdejaars studenten Geneeskunde eruit ziet of het bekwaamheidsgestuurde curriculum van invloed is geweest op de beeldvorming en of het portfoliogebruik het reflecteren heeft gestimuleerd. Daarvoor zullen de onderzoeksvragen worden beantwoord, gepaard gaande met verklaringen. De bevindingen in jaar 1 zullen eerst worden besproken, gevolgd door jaar 3. Daarna zal de uitvoering van het onderzoek onder de loep worden genomen en zullen aan de hand van bestaande literatuur en onderzoeken aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek. Het hoofdstuk eindigt met een slotconclusie.

5.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Eerstejaars studenten blijken al een redelijk volledig beeld te hebben van hun toekomstig beroep. Volgens eerstejaars studenten Geneeskunde moet een arts alle bekwaamheden bezitten, zoals die in het curriculum zijn geformuleerd. Te weten *communiceren*, *probleem oplossen*, *omgaan met wetenschap*, *onderzoeken en handelen*, *behandelen*, *omgaan met de maatschappelijke context* en *reflecteren*. Vooral *communiceren* en *reflecteren* werden veel genoemd. Daarnaast gaven studenten ook andere bekwaamheden en competenties aan. Het label *overig* werd in het eerste jaar herhaaldelijk toegekend aan de tekst. Studenten gaven in deze categorie, als aanvulling op de bekwaamheden, aan dat een arts vooral de tijd moet nemen voor zijn patiënten en hen te allen tijde voorop moet stellen. Verder is liefde voor het vak en plezier hebben uiterst belangrijk wil een arts goed kunnen functioneren.

Dat *communiceren* vaak werd gevonden in de teksten kan liggen aan het feit dat Projectgroep G2010 (2005) veel deelvaardigheden van deze bekwaamheid heeft geformuleerd, zoals is op te maken uit bijlage 5. Hierdoor is de kans dat studenten, zowel in jaar 1 als jaar 3, de bekwaamheid noemen groter. Daarnaast vallen onder *communiceren* ook

vaardigheden, die algemeen van aard zijn zoals luisteren en samenwerken. Deze vaardigheden worden niet alleen voor het artsberoep noodzakelijk geacht en wellicht dat dit de reden is waarom studenten juist deze vaardigheden benoemden in hun opdracht; de waarde van de competenties is algemeen bekend.

Het is ietwat opmerkelijk te noemen dat eerstejaars studenten vaak over *reflecteren* spraken. Reflectie is immers een bekwaamheid, waar vooral (medische) professionals zich bewust van moeten zijn, maar kennelijk beseffen studenten dit bij aanvang van hun studie al. Echter, de term reflectie wordt in het eerste jaar nauwelijks genoemd. Het zijn vooral de kenmerken van reflectie en de deelvaardigheden waarover gesproken wordt. Net als bij *communiceren* geldt ook voor reflecteren dat vooral de algemene vaardigheden worden genoemd, zoals het zelfstandig kunnen werken, om kunnen gaan met feedback en werk en privé gescheiden houden. Nu studenten vooral de algemene bekwaamheden blijken te noemen is het niet opmerkelijk dat bekwaamheden als *onderzoeken en handelen* en *probleem oplossen* minder vaak voorkwamen in de teksten. De vaardigheden die bij deze bekwaamheden horen zijn meer beroepsspecifiek. Als de bekwaamheden werden genoemd dan werd vaak alleen de letterlijke term gebruikt, maar deelvaardigheden kwamen nauwelijks tot niet aan bod. Desalniettemin blijken eerstejaars studenten, enigszins tegen de verwachting in, al een aardig volledig beroepsbeeld te hebben, waarin de zeven bekwaamheden wel degelijk naar voren komen.

Op de vraag of studenten in hun derde jaar van mening veranderen kan gesteld worden dat er enigszins een verschil valt te constateren. Opnieuw werden alle bekwaamheden teruggevonden in de derdejaars opdrachten, maar de bekwaamheden *communiceren*, *reflecteren* en *omgaan met wetenschap* werden ditmaal vaker beschreven in de teksten. *Omgaan met wetenschap* bleek zelfs na de Bonferroni-correctie significant te verschillen. Opvallend is dat *behandelen* daarentegen juist significant minder vaak werd

gelabeld. Het label *overig* werd ook minder toegekend en voor de Bonferroni-correctie zelfs als significant beschouwd.

Binnen *communiceren* is te zien dat waar eerstejaars studenten vooral de nadruk legden op communicatie tussen arts en patiënt, derdejaars studenten meer de communicatie tussen artsen onderling noemden en het belang van samenwerken aankaartten. Studenten kregen vakinhoudelijk een beter beeld; niet alleen de omgang met patiënten is belangrijk voor een goede taakuitvoering, ook het contact met collega's. Daarnaast is te zien dat meer over de eigen communicatievaardigheden en –trainingen tijdens de opleiding werd gerapporteerd. Voor *omgaan met wetenschap* geldt eveneens dat studenten meer spraken over hun eigen kennisverwerving, maar ook over het belang van wetenschapsbeoefening door een arts. Studenten ontwikkelden een beter vakinhoudelijk beroepsbeeld.

44 | Waar studenten in het eerste jaar vaker algemene bekwaamheden noemden, spraken derdejaars studenten meer over de specifieke beroepsgerelateerde vaardigheden. Dit is niet vreemd. Studenten hadden bij het maken van de eerste opdracht nog nauwelijks onderwijs genoten en hadden daarvoor vaak weinig tot geen ervaring opgedaan in het werkveld. Studenten in het derde jaar noemen meer beroepsspecifieke deelvaardigheden, zoals de communicatie tussen artsen onderling en de wetenschapsbeoefening. Het onderwijs lijkt hier duidelijk haar sporen achter te hebben gelaten, zoals verwacht werd

Wat betreft het reflectieniveau blijkt dat in jaar 1 vooral op het niveau van *beschrijven* en *bewust worden* werd gereflecteerd en in jaar 3 steeg dit naar het niveau van *analyseren* en *verantwoordelijkheid tonen*. Vooral op de bekwaamheden *communiceren*, *reflecteren* en *omgaan met wetenschap* werd veel en op de hoogste niveaus gereflecteerd. Het verschil tussen beide jaren bleek significant. Het gebrek aan ervaringen van eerstejaars studenten, dat als verklaring diende voor de minder genoemde vakinhoudelijke bekwaamheden, kan ook voor de reflectieniveaus worden aangehaald. Studenten in het derde jaar betrokken

veel vaker hun ervaringen erbij dan in het eerste jaar. Hoewel soms gestuurd door de deelvraag. Derdejaarsstudenten rapporteerden veelvuldig over de opgedane ervaringen in de medische setting. Ervaringen zijn dus nodig om te reflecteren.

Tot slot reflecteerden studenten niet alleen op de bekwaamheden. Studenten gaven bijvoorbeeld ook aan in wat voor discipline ze wilden werken en waarom. Dit duidt op de binnenste reflectielagen (identiteit en betrokkenheid) van het uimodel van Korthagen (2002). Tevens reflecteerden studenten op de huidige ontwikkelingen in de medisch zorg en sommige studenten beoordeelden ook de inhoud van de opleiding. De opdracht lijkt hiermee niet alleen reflectie op bekwaamheden te stimuleren, maar ook op diepere reflectielagen. Het significante verschil tussen de reflectieniveaus lijkt te duiden op een effect van het portfolio gebruik op de ontwikkeling van reflectie.

Naast het gebruik van de portfolio hebben studenten echter ook met hulp en begeleiding van de coach in groepen geoefend met reflecteren. Het is de vraag in hoeverre de coachgroepen hun vruchten hebben afgeworpen bij het stimuleren van reflectie. Op basis van dit onderzoek kan daarom niet stellig worden bewezen dat het portfolio studenten stimuleert tot reflecteren.

5.2 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Allereerst moet opgemerkt worden dat de opdrachten van *De goede dokter* gehoor lijken te geven aan het verzoek van Procee en Visscher-Voerman (2004) om af te stappen van de gebruikelijke neiging te reflecteren op ervaringen. Aangezien eerstejaars studenten nog nauwelijks tot geen ervaringen hebben werd hier ook niet expliciet naar gevraagd. Studenten werden geacht te reflecteren op beroepsbeeld. Het onderzoek richtte zich daardoor niet op reflectie van ervaringen, maar op beroepsbeeld. Dit is het vernieuwend; eerdere onderzoeken naar reflectie op beroepsbeeld zijn niet gevonden.

Het onderzoek reageert tevens op de aanbevelingen om het beroepsbeeld van eerstejaars studenten te onderzoeken (Batenburg, 1997), de ontwikkeling hiervan bij te houden (Lunsen, 1994) en onderzoek te doen naar reflectie en de ontwikkeling daarvan (Tichelaar et al., 2006; Schaub-de Jong, 2006). Daarnaast is onderzocht of het portfolio-gebruik inderdaad tot stimulering van reflectie leidt, zoals de literatuur suggereert (Boud, Keogh & Walker, 1985; Paulson, Paulson & Meyer, 1991; Dent & Harden, 2005). Door van de huidige derdejaars studenten zowel de eerstejaars als de derdejaars opdracht van De goede dokter te analyseren kon een longitudinaal onderzoek worden uitgevoerd bij het cohort 2004-05. Op deze manier kunnen betere uitspraken worden gedaan over de ontwikkeling van het beroepsbeeld en van reflectie binnen het onderwijs. Echter, het significante verschil in reflectieniveaus tussen jaar 1 en jaar 3 kan een vertekend beeld zijn, doordat de deelvraag in de derdejaars opdracht enigszins sturend was voor het reflectieniveau. Als studenten niet uit zichzelf tot een hoger reflectieniveau kwamen dan zorgde de deelvraag hiervoor: studenten moesten immers aangeven welke ervaringen geleid hadden tot hun bevindingen. Door over ervaringen te rapporteren reflecteerden studenten automatisch op het niveau van analyseren. Voor studenten, die aan de hand van de deelvragen de opdracht hadden gemaakt, gold dat in sommige gevallen te achterhalen was of ze uit zichzelf op een hoger niveau reflecteerden. Bij de desbetreffende deelvraag vielen deze studenten in herhaling. Helaas was dit niet bij alle opdrachten te achterhalen, waardoor hier verder geen uitspraken over gedaan kunnen worden.

Het enigszins vertekende beeld van reflectieniveaus is echter geen grote zorg. Onderzoeken uit het verleden tonen immers aan dat structuur en richtlijnen bij het reflecteren noodzakelijk zijn om tot reflectie te komen (Friedman Ben David et al., 2001; Driessen et al., 2003; Driessen et al., 2005). De deelvragen hebben studenten geholpen leren te reflecteren. Zonder deze handvaten zou het onderwijs er wellicht niet in zijn geslaagd studenten naar een hoger reflectieniveau te tillen. Naast ervaringen zijn dus structuur en richtlijnen belangrijk om tot reflectie te komen. Feit blijft echter dat in de onderzochte opdrachten aan eerstejaars

studenten geen deelvragen zijn gesteld zoals in jaar 3. Wanneer dit wel was gedaan zouden deze studenten wellicht ook gestimuleerd zijn te reflecteren op een hoger niveau en waren de significante verschillen in reflectieniveaus niet gevonden.

5.3 Koppeling met literatuur en overig onderzoek

Studenten kregen de opdracht te reflecteren op beroepsbeeld en zojuist werd al vermeld dat dit goed aansloot bij de meningen van Procee en Visscher-Voerman (2004). Opmerkelijk is echter dat sommige studenten wel degelijk vanuit hun eigen ervaringen met een arts schreven of vooral de competenties noemden die algemeen van aard zijn en waarmee ze wellicht eerder in contact waren gekomen, zoals het communiceren. Ervaringen blijken dus een essentiële functie te hebben bij het vormen van een beeld van relevante (beroeps)situaties.

Dit laatste is ook af te lezen uit het uimodel van Korthagen (2002). Samen met Tigelaar et al. (2006) gaf hij aan dat vaak alleen op het handelen van iemand gereflecteerd wordt, oftewel op de buitenste twee lagen van het uimodel en nauwelijks op de binnenste drie lagen van het model: overtuigingen, identiteit en betrokkenheid. Echter, de binnenste en buitenste lagen beïnvloeden elkaar. Met behulp van reflectie op de omgeving, het gedrag en de bekwaamheden, welke gezamenlijk een ervaring vormen, wordt gereflecteerd op de binnenste lagen en kan een professionele identiteit worden gevormd. Ervaringen zijn dus nodig om attitudes en een beroepsbeeld te ontwikkelen; derdejaars studenten hebben met behulp van ervaringen met het onderwijs en de medische setting hun beroepsbeeld scherper kunnen stellen.

Onderzoeken in het verleden naar attitudeontwikkeling en beroepsbeeld van medische studenten in Nederland vonden voornamelijk plaats in de jaren negentig van de vorige eeuw en werden gedaan in het kader van het promotieonderzoek van Batenburg. (Batenburg, 1990, 1995, 1997). Zij onderzocht onder andere de verschillen in attitude en be-

roepsbeeld tussen sekse en jaargangen. Uit eerder onderzoek bleken mannelijke studenten meer *cure*-gerichte opvattingen te hebben ten opzichte van de beroepsuitoeroepsuitoefening en vrouwelijke studenten meer *care*-gerichte opvattingen. Het onderscheid tussen *cure* en *care* is het verschil tussen technologische en humane geneeskunde. Het eerste is natuurwetenschappelijk en de tweede sociaal georiënteerd (Batenburg, 1995). Ook bleek er een attitudeverschil te zijn tussen verschillende jaargangen. Ouderejaarsstudenten zouden een afname tonen in de *care*-gerichte opvattingen en meer *cure*-georiënteerd te zijn. Dit laatste is in bovenstaand onderzoek enigszins terug te vinden. Studenten in jaar 1 spraken vooral over de sociale rol van communicatie tussen arts en patiënt, waar studenten in jaar 3 meer over communicatie spraken tussen artsen onderling en communicatie zagen als een praktisch middel in het behandelingsproces. Batenburg (1995) vond in haar onderzoek echter geen significante afname van *care*-gerichte opvattingen bij ouderejaarsstudenten. Ze toonde wel aan dat vrouwelijke studenten uit de hogere onderwijsjaren *care*-gericht waren dan de mannelijke collega's.

5.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Nu de opleiding Geneeskunde aan het UMCG zowel van structuur als van curriculum is veranderd en er meer nadruk is komen te liggen op zowel *cure*-gerichte als *care*-gerichte competenties is het interessant om te kijken of het verschil in beroepsbeeld tussen de seksen, zoals Batenburg (1995, 1997) onderzocht, nog steeds te onderscheiden is. Het aantal mannelijke participanten was echter te klein om als gegeven mee te nemen in dit onderzoek. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek zou zijn om nogmaals te kijken of er verschillen in beroepsbeeld bestaan tussen de sekse.

Niet alleen op het gebied van de bekwaamheden zouden mannen van vrouwen kunnen verschillen, ook qua reflectieniveau zou onderzocht kunnen worden of er sekseverschillen zijn te constateren. Bekend is dat mannen introverter zijn dan vrouwen en dat vrouwen zich ook taalkundig beter uiten. Hierdoor kan het bijhouden van een

portfolio en het leveren van reflecties vrouwen makkelijker afgaan (Csank & Conway, 2004).

5.5 Praktische implicatie

In paragraaf 5.2 werd al vermeld dat structuur, richtlijnen en handvaten belangrijk zijn om studenten te stimuleren tot reflecteren. Er zou daarom geen enkel bezwaar zijn om al in de eerste opdracht van De goede dokter gerichtere deelvragen te stellen en studenten daardoor aan te zetten tot reflectie. Doel van reflectieonderwijs is immers het reflectievermogen van studenten te bevorderen en dit zou vanaf de eerste onderwijsminuut moeten worden ingezet.

5.6 Slotconclusie

Eerstejaars studenten hebben een aardig reëel beeld hebben van het artsberoep. Het curriculum G2010 voorziet in kennis en ervaringen, die ervoor zorgen dat het beroepsbeeld vakinhoudelijk veel scherper wordt. Tot slot zijn ervaringen en begeleiding nodig om tot hogere reflectieniveau te komen.

...Tegenwoordig heb ik ook indrukken over hoe een goede dokter moet zijn. Bijna drie jaar ervaring op medisch gebied, vooral theoretisch, maar soms ook in de praktijk, hebben mij wel anders doen kijken. Toch kan ik niet zeggen dat mijn omschrijving van een goede dokter nu volledig anders is dan een paar jaar geleden, en dat is maar goed ook, want anders zou ik destijds onder verkeerde veronderstellingen aan deze studie begonnen zijn...

LITERATUUR

- APS (n.d.). *Competentiegericht leren*. Opgevraagd op 26 april, 2007, van [http://www.aps.nl/APSite/Marktvensters/krachtig+leren/leertheorie%C3%ABn/Competentiegericht+Leren+\(vervolg\).htm](http://www.aps.nl/APSite/Marktvensters/krachtig+leren/leertheorie%C3%ABn/Competentiegericht+Leren+(vervolg).htm)
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Batenburg, V. (1995). De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 139, p. 1177-1181.
- Batenburg, V. (1997). *Medical Students' Attitudes. Attitude Development in a Medical School*. Utrecht: Drukkerij Elinkwijk BV.
- Batenburg, V. & Gerritsma, J.G.M. (1990). Attitude, is dat aan te leren? Attitude en erpsonlijikhedsvorming in de medische opleiding. *Medisch Contact*, 45, p. 1016-1020.
- Beek, C.C. van (2005). *Opleiden van medisch specialisten. Achtergronden en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Benammar, K., Schaik, M. van, Sparreboom, I., Vrolijk, S. & Wortman, O. (2006). *Reflectietools*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA BV.
- Bleker, O.P., Cate, Th.J. ten & Holdrinet, R.S.G. (2004). De algemene competenties van de medische specialist in de toekomst. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 23, p. 4-14.
- Boekaerts, M. & Simons, P.R.J. (1995). *Leren en instructie. Psychologie van de leerling en het leerproces*. Assen: Dekker & Van der Vegt.
- Boud, D., Keogh, R. & Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. Londen: Kogan Page [etc.].
- Brookfield, S.D. (1987). *Developing Critical Thinkers. Challenging Adults to Explore Alternative Ways of Thinking and Acting*. Milton Keynes: Open University Press.
- Byrnes, J.P. (2001). *Cognitive Development and Learning in Instructional Contexts*. Boston [etc.]: Allyn and Bacon.
- Carr, S. & Carmody, D. (2006). Experiential learning in women's health: medical student reflections. *Medical Education*, 40, p. 768-744.
- Csank, P.A.R. & Conway, M. (2004). Engaging in Self-Reflection Changes Self-Concept Clarity : On Differences Between Women and Men, and Low- and High-Clarity Individuals. *Sex roles*, 50, p. 469-480.
- Dekker, H. (2004). *Beroepsvoorbereiding Bacheloropleiding G2010*. [interne notitie]. Groningen: Onderwijsinstituut Faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Dent, J.A. & Harden, R.M. (2005). *A practical guide for medical teachers*. Edinburgh etc.]: Elsevier Churchill Livingstone.
- Driessen, E., Beijaard, D., Tartwijk, J. van & Vleuten, C. van der (2002). *Portfolio's*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Driessen, E., Tartwijk, J. van, Vermunt, J. & Vleuten, C. van der (2003). Use of portfolio's in early undergraduate medical training. *Medical Teacher*, 25, p.18-23.
- Friedman Ben David, M., Davis, M.H., Harden, R.M., Howie, P.W., Ker, J. & Pippard, M.J. (2001). AMEE Medical Education Guide No. 24: Portfolios as a method of student assessment. *Medical Teacher*, 23, p. 535-551.
- Gordon, J. (2003). Assessing students' personal and professional development using portfolios and interviews. *Medical education*, 37, p. 335-340.
- Groen, M. (2006). *Reflecteren: de basis. Op weg naar bewust en bekwaam handelen*. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
- Grotendorst, A., Aken, I. van, Heida, A. & Sino, C. (2006). *Bekwaamheid op de proef gesteld: perspectieven op competentiegericht beoordelen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Hatton, N. & Smith, D. (1995). Reflection in teacher education. Towards definition and implementation. *Teaching & Teacher Education*, 11, p. 33-49.
- Hilhorst, P. (2007). *Wie niet vraagt, wie niet wint*. Opgevraagd op 16 juli, 2007, van <http://www.volkskrantblog.nl/bericht/112741>
- Heide, W. van der & Koetsenruijter, R. (2004). *Portfolio in de verpleegkunde*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
- ITBT (Dienst Informatietechnologie Bibliotheek & Educatie) Universiteit Twente (n.d.). *Invoering van de Bachelor-Master*. Opgevraagd op 10 september 2007, van <http://vop.itbe.utwente.nl/pages/info/bama/nl.html>.
- Kennisbasis Statistiek (n.d.). *Cohens Kappa*. Opgevraagd op 22 september 2007, van <http://www.wynneconsult.com/root/HomePageKB012.htm#C>
- Koetsenruijter, R., Heide, W. van der & Wit, K. (2001). *Reflectie in de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.
- Korthagen, F. (2004). Zin en onzin van competentiegericht opleiden. *VELON Tijdschrift Voor Lerarenopleiders*, 25, p. 13-23.
- Kouwenhoven, W. (2003). *Designing for Competence in Mozambique. Towards a Competence-based Curriculum for the Faculty of Education of the Eduardo Mondlane University*. Enschede: PrintPartners Ipskamp.
- Laan, R.F.J.M., Bulte, J.A., Daelmans, H.E.M., Snellen-Balendong, H.A.M. & Borleffs, J.C.C. (2007). Eindtermen voor de bacheloropleiding Geneeskunde. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 26, p. 19-29.
- Lunsen, H.W. van, Hoos, A.M., Büller, H.A., Schreuder, M.C.J. & Kupka, R. (1994). Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 138, p. 1333-1337.
- Mårtenson, D. (2001). Learning: current knowledge and the future. *Medical Teacher*, 23, p. 192-197.
- Maeseneer, J. de (2003). Artsen opleiden in een veranderend maatschappelijk veld. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 22, p. 161-168.
- Merriënboer, J.J.G. van, Klink, M.R. van der & Hendriks, M. (2002). *Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers*. Den Haag: Onderwijsraad
- Metz, J.C.M., Scherpbier, A.J.J.A. & Vleuten, C.P.M. van der (1995). *Medisch onderwijs in de praktijk*. Assen: Van Corcum.
- Metz, J.C.M., Verbeek-Weel, A.M.M. & Huisjes, H.J. (2001). *Raamplan 2001 artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Mediagroep.
- Monchy, C. de (1992). Professional attitudes of doctors and medical teaching. *Medical Teacher*, 14, p. 327-331.
- Moon, J.A. (1999). *Reflection in learning & professional development. Theory & practice*. London: Kogan Page Limited.
- Niemi, P.M. (1997). Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. *Medical Education*, 31, p. 408-415,
- Norman, G.R., Vleuten, C.P.M. van der & Newble, D.I. (2002). *International Handbook of Research in Medical Education*. Dordrecht/Borston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Overeem, K., Driessen, E.W., Tartwijk, J. van & Vleuten, C.P.M. van der (2003). Portfolio om de basisarts-in-opleiding te begeleiden. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 22, p. 268-276.
- Paulson, F.L., Paulson, P.R. & Meyer, C.A. (1991). What Makes a Portfolio a Portfolio? *Educational Leadership*, 48, p. 60-64.
- Procee, H. & Visscher-Voerman, I. (2004). Reflecteren in het onderwijs: een kleine systematiek. *VELON Tijdschrift voor Lerarenopleiders*, 25, p. 37-44.
- Roggen, T. (2005). *Omgangskwaliteit voor orthopedagogen. Pleidooi voor een normatieve professionaliteit*. Utrecht: Uitgeverij Agiel.
- Schaub-de Jong, M.A. (2006). Effecten van reflectieonderwijs in een competentiegericht curriculum. *Tijdschrift voor hoger onderwijs*, 24, p. 229-238.
- Schlussmans, K., Slotman, R., Nagtegaal, C. & Kinkhorst, G. (1999). *Competentiegerichte leeromgevingen*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA BV.

- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Simons, P.R.J. (2003) *Competenties verwerven met en zonder instructie*. Opgevraagd op 26 april, 2007, van <http://home.tiscali.nl/robertjansimons/publicaties/vorconferentieboek.doc>
- Simons, P.R.J. (n.d.). *Zes misverstanden over het nieuwe leren*. Opgevraagd op 16 juli, 2007, van <http://www.scienceguide.nl/article.asp?articleid=102908>
- Sluiter, H.E., Vos, F.Y.L. de & Wever-Kroes, E.M. (2007). Het portfolio zal de kwaliteit van de specialisatopleiding vergroten. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 26, p. 30-31.
- Teurlings, C., Wolput, B. van & Vermeulen, M. (2006). *Nieuwe leren waarderen. Een literatuuronderzoek naar effecten van nieuwe vormen van leren in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Schoolmanagers_VO.
- Tigelaar, D.E.H., Dolmans, D.H.J.M., Grave, W.S. de, Wolfhagen, I.H.A.P. & Vleuten, C.P.M. van der (2006). Portfolio as a tool to stimulate teachers' reflections. *Medical Teacher*, 28, p. 277-282.
- Wong, F.K.Y., Kember, D., Chung, L.Y.F. & Yan, L. (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*, 22, p. 48-57.

BIJLAGE 1: TYPES OF REFLECTIVE WRITING

Descriptive Writing	<ul style="list-style-type: none"> - Not reflective - Description of events that occurred/report of literature. - No attempt to provide reasons/ justification for events.
Descriptive Reflection	<ul style="list-style-type: none"> - Reflective, not only a description of events but some attempt to provide reason justification for events or actions but in a reportive or descriptive way. For example, "I chose this problem-solving activity because I believe that students should be active rather than passive learners." - Recognition of alternate viewpoints in the research and literature which are reported. For example, Tyler (1949), because of the assumptions on which his approach rests suggests that the curriculum process should begin with objectives. Yinger (1979), on the other hand argues that the 'task' is the starting point. - Two forms: <ul style="list-style-type: none"> A) Reflection based generally on one perspective/factor as rationale. B) Reflection is based on the recognition of multiple factors and perspectives.
Dialogic Reflection	<p>Demonstrates a 'stepping back' from the events/ actions leading to a different level of mulling about, discourse with self and exploring the experience, events, and actions using qualities of judgements and possible alternatives for explaining and hypothesising. Such reflection is analytical or/ and integrative of factors and perspectives and may recognise inconsistencies in attempting to provide rationales and critique, for example, "While I had planned to use mainly written text materials I became aware very quickly that a number of students did not respond to these. Thinking about this now there may have been several reasons for this. A number of students, while reasonably proficient in English, even though they had been NESB learners, may still have lacked some confidence in handling the level of language in the text. Alternatively, a number of students may have been visual and tactile learners. In any case I found that I had to employ more concrete activities in my teaching."</p> <ul style="list-style-type: none"> - Two forms, as in (a) en (b) above.
Critical Reflection	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrates an awareness that actions and events are not only located in, and explicable by, reference to multiple perspectives but are located in, and influenced by multiple historical and socio-political contexts. For example, "What must be recognised, however, is that the issue of student management experienced with this structural locations of power relationships establish between teachers and students in schools as social institution based upon the principle of control" (Smith in Hatton & Smith, 1995)

BIJLAGE 2: VERSCHILLENDE NIVEAUS VAN REFLECTIEVAARDIGHEID

1 Beginfase	2 Tussenfase	3 Gevorderde fase
<ul style="list-style-type: none"> - gaat uit van de persoon in zijn prive-situatie - richt zich op bewustwording van een betekenisvolle situatie - richt zich op bewust worden van eigen aandeel in een betekenisvolle situatie - laat een vergelijking zien met eigen handelen in andere dagelijkse situaties - is ontdekkend ten aanzien van eigen gedrag - is zoekend naar beweegredenen voor eigen gedrag - is veronderstellend ten aanzien van handelingsalternatieven - is veronderstellend ten aanzien van toekomstig beroep - richt zich op het formuleren (verwoorden) van bovengenoemde aspecten 	<ul style="list-style-type: none"> - gaat uit van de persoon in (semi-) professionele context of situatie - gaat uit van bewustzijn tijdens en bewustworden na de betekenisvolle situatie - richt zich op het kunnen verwoorden/overbrengen van de essentiële aspecten van de betekenisvolle situaties binnen de professionele context - gaat uit van bewustzijn van eigen gedrag - is zoekend en verklarend naar beweegredenen voor eigen gedrag - is analyserend ten aanzien van de prive-persoon binnen de professionele context - is generaliserend ten aanzien van prive- en beroepshandelen - richt zich op het ontdekken van (implicieten) werkmodellen - richt zich op het ontdekken van subjectieve theorieën/persoonlijke werkconcepten - maakt verbinding met de theorie - is beslist (op grond van theorie en ervaring) ten aanzien van handelingsalternatieven - is beslist (op grond van theorie en ervaring) ten aanzien van handelen in toekomstig beroep - gaat uit van het kunnen formuleren (verwoorden) van bovengenoemde aspecten 	<ul style="list-style-type: none"> - gaat uit van persoon in professionele context - gaat uit van bewust zijn van of bewust worden tijdens of na of voorafgaand aan de betekenisvolle situatie - richt zich op het kunnen verwoorden /overbrengen van de essentiële aspecten van de betekenisvolle situaties binnen de professionele context - gaat uit van bewust zijn van eigen gedrag - is zoekend en verklarend naar beweegredenen voor en interpretaties van eigen gedrag - is analyserend ten aanzien van de prive-persoon en beroepspersoon binnen de professionele context - is generaliserend ten aanzien van prive- en beroepshandelen - richt zich op het ontdekken van (impliciete) werkmodellen - richt zich op het ontdekken van subjectieve theorieën/persoonlijke werkconcepten - maakt verbinding met de theorie is ontdekkend en onderkendend ten aanzien van beroepsethische kwesties en dilemma's - is beslist (op grond van theorie en ervaring) ten aanzien van handelingsalternatieven - is beslist (op grond van theorie en ervaring) ten aanzien van handelen in toekomstig beroep - gaat uit van het kunnen formuleren (verwoorden) van bovengenoemde aspecten - gaat uit van het zelfsturend vermogen van de beroepsbeoefenaar om het professioneel handelen te verbeteren - gaat uit van de professionaliteit van de beroepsbeoefenaar om het eigen professioneel handelen in betekenisvolle situaties aan de orde te stellen in collegiaal overleg met supervisie of intervisie

Model van Elshout- Mohr (in Groen, 2006)

Vetgedrukte punten tonen overlap met Hatton en Smith.

BIJLAGE 3: HATTON & SMITH EN ELSHOUT-MOHR

Niveau	Hatton & Smith	Elshout-Mohr
0	Descriptive Writing: rapportage van feiten, zonder enige reflectie. Er worden geen redenen aangedragen.	
1	Descriptive reflection: op dit niveau worden redenen gegeven op basis van eigen perspectieven.	Beginfase: - bewustwording van betekenisvolle situatie - gericht op eigen gedrag - is veronderstellend ten aanzien van toekomstig beroep
2	Dialogic reflection: op dit niveau worden alternatieve redenen tegen elkaar afgezet.	Tussenfase: - maakt verbinding met theorie - is beslist ten aanzien van handelingsalternatieven en het handelen in toekomstig beroep
3	Critical reflection: redenen worden aangekaart waarbij ook de context wordt meegenomen in de afweging. Hierin wordt gereedeneerd op basis van meerdere perspectieven.	Gevorderde fase: - bewust van professionele context - zelfsturend vermogen om professioneel handelen te verbeteren

De vertaling van Hatton & Smith is afkomstig uit (Batenburg, 2007).

BIJLAGE 4: LABELINGSSYSTEEM REFLECTIE (VERSIE 1)

Niveau 1: Geen reflectie

Studenten geven opsommingen van of beschrijven kenmerken/aspecten/ bekwaamheden van een goede dokter.

Voorbeeld:

Het is erg belangrijk dat een dokter veel kennis heeft, maar ook goed moet kunnen communiceren en mensen moet behandelen.

Niveau 2: Beginnende reflectie

Studenten zijn zich bewust van de relevante kenmerken/ eigenschappen/ bekwaamheden van een dokter. Er worden redenen/gevolgen gegeven voor die relevantie, maar er worden geen verbindingen gemaakt met theorie/ ervaring/ andere perspectieven: is alleen veronderstellend.

Voorbeeld:

Ik vind dat je als dokter moet beschikken over X, want/ op deze manier/ hierdoor/ etc. kan je achter Y komen (en achter Z).

Niveau 3: Gevorderde reflectie

- Studenten zijn zich bewust van de relevante eigenschappen van een dokter. Ze geven hiervoor redenen, welke op basis van eigen ervaringen, theorieën en meerdere perspectieven tot stand zijn gekomen: er wordt een weloverwogen mening gevormd.

Voorbeeld:

Een dokter moet beschikken over kennis om mensen te helpen. Je kan nog zoveel kennis hebben, maar als je het niet weet toe te passen heb je er niets aan.

- Student heeft een beeld van een goede dokter en zet zichzelf daar tegenover. In hoeverre beschikt de student over die eigenschappen/ kenmerken/ bekwaamheden?

Voorbeeld:

Een goede arts moet werk en privé gescheiden houden. Ik denk dat ik dat straks wel moet leren, ik ben een type dat moeilijke dingen mee naar huis neemt.

Ik vind dat je als arts moet kunnen communiceren. Zelf kan ik dit wel.

Niveau 4: Vergevorderde reflectie

- Studenten zijn zich niet alleen bewust van eigen kenmerken/ bekwaamheden, maar geven ook bewijs waaruit dit blijkt. Student beschikt over zelfsturend vermogen om het professioneel handelen te veranderen/ verbeteren.

Voorbeeld:

Qua communicatie moet ik nog veel leren. Door opdrachten als Medgevat leren we dat ook. Ik vind mezelf naar de maatstaven van een derdejaars geneeskunde student gemiddeld scoren qua communicatievaardigheden.

- Student is bewust van de professionele context en kan (daarbinnen) relativeren, zonder een standpunt in te nemen.

Hoewel ik als dokter graag alle tijd voor de patiënt wil nemen, is dit niet altijd mogelijk. Tijdens mijn stage bij kindergeneeskunde... Voor de ouders is het noodzakelijk dat dit wel gebeurt.

BIJLAGE 5: LABELINGSSYSTEEM BEKWAAMHEDEN

B1: Communiseren	B2: Probleem oplossen	B3: Omgaan met wetenschap	B4: Onderzoeken en handelen	B5: Behandelen	B6: Omgaan met de maatschappelijke context	B7: Reflecteren	Overig
Opbouwen van collegiale relatie	Systematisch benaderen van gezondheidsproblemen	(Medische) kennis	Anamnese	Bepalen therapeutisch doel	Bewust zijn van menselijk gedrag in verschillende omstandigheden met name in probleemsituaties en bij verschillende culturele achtergronden.	Bewust zijn van (eigen) grenzen en mogelijkheden	Patiënt tevreden stellen
Functioneren in groepsverband	Diagnostiek/ diagnose stellen/ diagnostiseren	Weten	Uitvoeren lichamelijk onderzoek	Uitvoeren gekozen behandeling	Uitleg geven over de consequenties van de ziekte voor de patiënt voor alle levens Domeinen	Kunnen omgaan met fouten van zichzelf/ ander	Geduldig zijn
Openstaan voor samenwerking	Behandelingsvoorstel doen	Bijhouden van vakliteratuur	Bewust zijn van mogelijkheden van aanvullend onderzoek	Helpen	Bewust zijn van de invloed van de gezondheid op de (volks)gezondheid en zorgvraag.	Besef hebben van de afhankelijke positie van de patiënt	Tijd nemen.
Kijken en luisteren naar patiënt	In overleg met patiënt kiezen uit verschillende Behandel-mogelijkheden	Kennis over medisch wetenschap-pelijk onderzoek	Verlenen basale eerste hulp	Bewust zijn van alternatieve geneeswijzen	Bewust zijn van de invloed van de gezondheid op de (volks)gezondheid en zorgvraag.	Eerlijk zijn	Plezier hebben in het vak/ enthousiast zijn.
Inventariseren probleem en hulpvraag van de patiënt	Hulpvraag naar urgentie interpreteren	Kritische houding t.o.v. onderzoek en literatuur	Beoordelen van het functioneren van een patiënt	Beslissingen nemen omtrent de behandeling	Bereid zijn medisch werk door anderen te beoordelen	Bescheidenheid tonen	
Zorgen voor open en respectvolle communicatie	Toepassen nieuw verworven inzichten	Theorie	Een patiënt “binnenste buiten keren”	Naar de juiste persoon of instantie doorverwijzen	Op tijd mening van anderen vragen	Vaardigheden (algemeen)	
Uitleggen	Conclusies trekken	Openstaan voor medische ontwikkelingen	Inschatten	Evalueren van behandeling met patiënt	Deskundigheid van anderen accepteren	Aardig zijn (overkomen)	...
Voeren van een “slecht nieuws” gesprek	Afwegen van de betekenis van een behandeling in relatie tot de levenskwaliteit en levensduur van patiënt	“Informed consent”	...	Therapietrouw	Om kunnen gaan met positieve en negatieve feedback		
Begeleiden van een patiënt en diens betrokkenen	Beslissen (algemeen)	...		Uitleggen van behandelingsresultaten en verwacht verloop van ziekte/aandoening	Beroepsgeheim en privacybescherming (cf B7)		
Overbrengen van informatie met tact en empathie				Verlichten van lijden/ zo goed mogelijk genezen			
Aandacht hebben voor de							

B1: Communiceren	B2: Probleem oplossen	B3: Omgaan met wetenschap	B4: Onderzoeken en handelen	B5: Behandelen	B6: Omgaan met de maatschappelijke context	B7: Reflecteren	Overig
<p>patiënt en zijn klacht</p> <p>Nagaan of probleemanalyse aansluit bij hulpvraag</p> <p>Onnodige angst en ongerustheid wegnemen/geruststellen/op gemak stellen</p> <p>Alles bespreekbaar maken/vertrouwen</p> <p>Advies en voorlichting geven</p> <p>Bijhouden medisch dossier</p> <p>Relevante informatie schriftelijk en mondeling kunnen overbrengen</p> <p>Verwijsbrief schrijven</p> <p>Serius nemen van patiënt</p> <p>Tonen van betrokkenheid</p> <p>Overleggen</p>	<p>Inzicht hebben</p> <p>...</p>			<p>Verslag leggen in dossiers (cf B1)</p> <p>Behandelen</p> <p>...</p>	<p>Uitleg geven over invloed van leefwijze en sociale situatie.</p> <p>Rekening houden met patiëntgebonden factoren, zoals geslacht, leeftijd, persoonlijke gezinsomstandigheden, wensen etc.</p> <p>Begrip hebben voor de situatie van de patiënt.</p> <p>Met iedereen omgaan zoals hij/zij is/ gelijkwaardige relatie</p> <p>Rekening houden met maatschappelijke gevolgen.</p> <p>Kennis van straf-, tucht- en civielrechtelijke aansprakelijkheid</p> <p>...</p>	<p>Eigen inbreng en die van anderen kunnen combineren bij handelen</p> <p>Zich verantwoordelijk voelen voor bevorderen van de (eigen) deskundigheid</p> <p>Besef hebben van verdere na- en bijscholing.</p> <p>Om kunnen gaan met onzekerheid</p> <p>Eigen lacunes in de beroepsuitoefening opsporen en verhelpen</p> <p>Om kunnen gaan met acute situaties</p> <p>Om kunnen gaan met stress</p> <p>Verantwoordelijkheid dragen</p> <p>Eigen beperkingen kunnen onderkennen</p> <p>Flexibel kunnen omgaan met snel veranderende situaties</p>	

B1: Communiceren	B2: Probleem oplossen	B3: Omgaan met wetenschap	B4: Onderzoeken en handelen	B5: Behandelen	B6: Omgaan met de maatschappelijke context	B7: Reflecteren	Overig
<p>Omgaan met patiënt</p> <p>...</p>						<p>Financiële onafhankelijkheid kunnen bewaren ten opzichte van derden</p> <p>Handelen met in achtneming van het medisch beroepsgeheim.</p> <p>Eigen taken afbakenen t.o.v. andere medische disciplines</p> <p>Bewust zijn van voorbeeldfunctie</p> <p>Werk en privé gescheiden houden.</p> <p>(Gezonde) zelfkritiek hebben</p> <p>...</p>	

BIJLAGE 6: VOORBEELD OPDRACHT DE GOEDE DOKTER A

Voorbeeld 1:

Opdracht 1.1 De goede dokter A

Beschrijving van wat voor dokter ik wil zijn en waarom

Ik heb nog geen idee wat voor een dokter ik zelf wil zijn. Een paar interessegebieden heb ik wel, namelijk huisartsgeneeskunde en de pathologie.

Huisartsgeneeskunde interesseert me omdat de 1 op 1 relatie van arts en patiënt mij aanspreekt. Je kunt op dat moment namelijk je volledige aandacht richten op de patiënt en je hebt ook een zekere mate van zelfstandigheid. Patholoog omdat ik erg geïnteresseerd ben in moleculaire biologie en celbiologie. Ik denk dat dit mede komt door mijn biologie studie. De bestudering van weefsels vind ik dus erg interessant.

Als je een “soort dokter” van de andere kant bekijkt hoop ik natuurlijk dat ik een goede dokter wordt, in de zin van dat ik mijn patiënten kan geven wat ze op dat moment nodig hebben. Dit kan natuurlijk van alles zijn. Hierbij is het dus van belang om goed te leren inschatten wat een patiënt werkelijk nodig heeft en wat de patiënt zelf kan. Ook hoop ik het aantal fouten als dokter tot een minimum te kunnen beperken. Fouten zal elke dokter maken en dat maakt een dokter natuurlijk menselijk. Immers fouten maken is menselijk. En menselijkheid is één van de belangrijkste dingen die een dokter moet bezitten.

Kortom, ik weet nog niet wat voor soort specialisatie ik wil gaan doen, maar ik hoop wel dat wat ik ook kies ik een goede dokter hoop te zijn die in staat is op het juiste moment de juiste keuzes te maken.

Voorbeeld 2:

De goede dokter A

Inleiding

Dit is de allereerste opdracht die we voor de portfolio moeten maken. Deze opdracht is de eerste in een serie van drie. Het is de bedoeling dat in deze opdracht mijn eigen vooronderstellingen over artsen duidelijk worden. Ik zal beschrijven hoe ik, als beginnende student geneeskunde, aankijk tegen artsen. In deze opdracht ligt de nadruk op ‘de goede dokter’. Wat maakt een dokter tot een goede dokter? En wat voor soort dokter zou ik later willen zijn? Deze vragen heb ik geprobeerd te beantwoorden. In de opdrachten die hierop volgen en die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp, zal dan duidelijk worden hoe mijn vooronderstellingen zich ontwikkelen in de loop van dit studiejaar.

Uitwerking

Ik denk dat een goede dokter allereerst goed moet kunnen luisteren. Als ik arts ben moet een patiënt altijd zijn verhaal bij mij kwijt kunnen. Ik zal alle klachten serieus nemen. De patiënt moet het gevoel hebben dat hij wordt begrepen. Ik zou graag willen dat patiënten zich bij mij op hun gemak voelen.

Een arts mag in zijn werk geen onderscheid maken tussen mensen op basis van geloofsovertuiging, huidskleur etc. Een goede arts zal nooit een patiënt weigeren om persoonlijke redenen, dus ook niet als hij ruzie heeft met de patiënt. Als arts zou ik voor iedereen toegankelijk willen zijn.

Daarnaast zou ik betrouwbaar willen overkomen op patiënten en dat ook daadwerkelijk willen zijn. Het is niet de bedoeling dat allerlei persoonlijke gegevens van de patiënt bij derden terechtkomen. Dat zou het vertrouwen van de patiënt in de arts ernstig kunnen schaden. Bovendien moet een arts het vertrouwen uitstralen dat hij de problemen van de patiënt kan oplossen. Als arts zou ik daarom zelfverzekerd op mijn patiënten willen overkomen. Dat betekent niet dat een arts nooit zijn onzekerheden mag uiten tegenover een patiënt. Vaak is het zelfs belangrijk om gemaakte fouten toe te geven om het vertrouwen van de patiënt te behouden of te herstellen.

Zelfverzekerdheid mag nooit overgaan in enige vorm van hooghartigheid. Als arts zal ik mijn patiënten als gelijken beschouwen. Patiënten mogen zich niet minderwaardig voelen aan de arts. Echter ook hier gelden enkele nuances. Zo is het wel belangrijk dat een arts soms een bepaald overwicht heeft om de patiënt iets duidelijk te kunnen maken. Vooral in de psychiatrie kan dit van belang zijn.

Een goede arts moet goed kunnen samenwerken met andere mensen. Bijna nooit kan een arts de problemen van een patiënt in zijn eentje oplossen, daar heeft hij de hulp van andere artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen en andere mensen bij nodig. Voor een efficiënte zorg is het belangrijk dat de samenwerking vlot en in goed overleg verloopt. Het is belangrijk dat de verschillende artsen hun behandelmethoden met elkaar bespreken, zodat deze op elkaar aansluiten. Bovendien weten twee mensen meer dan één. Daarom is het belangrijk dat je als arts anderen om raad vraagt als er twijfel bestaat bij het oplossen van een probleem. Ik zou daarom graag een goede zakelijke band willen hebben met mijn collegae, zodat ik hen altijd om advies kan vragen.

Als arts zal ik proberen positief om te gaan met kritiek. Ik zal nadenken over kritische kanttekeningen die anderen plaatsen bij mijn gedrag en als ik vind dat er inderdaad iets kan worden verbeterd, zal ik proberen die punten te veranderen. Ik denk dat je veel kan leren als je naar andere mensen luistert. Anderen ontdekken soms dingen die je zelf niet hebt gezien, maar waar je zelf ook van vindt dat het anders kan. Daarom denk ik dat het ook belangrijk is om collegae feedback te geven.

Als laatste zal ik als arts goed op de hoogte willen zijn van de ontwikkelingen in de wereld en vooral van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De wetenschap staat niet stil en vaak worden bijvoorbeeld behandelmethodes verbeterd of worden er nieuwe (verbeterde) geneesmiddelen gevonden. Patiënten kunnen baat hebben bij deze ontwikkelingen en daarom is het belangrijk dat artsen hiervan op de hoogte zijn, omdat zij de contactpersoon van de patiënt met de wereld van de geneeskunde zijn.

BIJLAGE 7: INHOUD BEKWAAMHEDEN

Hieronder staan per bekwaamheid enkele steekwoorden vermeld die herhaaldelijk in de teksten werden gevonden of die enkel in een bepaald jaar werden genoemd.

Communiceren

Jaar 1: aandacht schenken (1), begeleiden (4), begrepen voelen (2), betrokkenheid tonen (3), communicatie (20), communiceren met collega's (20), communiceren met patiënt (18), empathie (2), informatieoverdracht (7), luisteren (21), omgang met patiënten (2) patiënt op gemak stellen (15), patiënt serieus nemen (4), respect tonen (4), vertrouwen opwekken (18)

Jaar 3: patiënt serieus nemen (10), aandacht schenken (1), begrepen voelen (2), begeleiden (3), betrokkenheid tonen (4), communicatie (54), communicatietraining (14), communiceren met collega's (27), communiceren met patiënt (20), empathie (11), informatieoverdracht (7), luisteren (20), omgang met patiënten (10), patiënt op gemak stellen (8), respect tonen (4), vertrouwen opwekken (2),

Probleem oplossen

Jaar 1: beslissen (3), diagnose stellen (13), hulpvraag achterhalen (2), inschatten (3), inzicht (1), patiënt laten meedenken en mee beslissen (13), probleem oplossen (9)

Jaar 3: beslissen (6), diagnose stellen (6), hulpvraag achterhalen (2), inschatten (1), inzicht (2), klinisch redeneren (2), patiënt laten meedenken en mee beslissen (5), probleem oplossen (6)

Omgaan met wetenschap

Jaar 1: kennis uitwisselen (3), kritisch zijn (1), (medische) kennis (33), up-to-date en life long learning (9), wetenschap (2)

Jaar 3: brede kennis (2), kennis uitwisselen (1), kritisch zijn (1), (medische) kennis (63), up-to-date en life long learning (21), vakbekwaam (2), wetenschap (16)

Onderzoeken en handelen

Jaar 1: anamnese (1), handelen (2), inschatten (1), onderzoeken (5),

Jaar 3: anamnese (1), beoordelen functioneren patiënt (1), eerste hulp bieden (1), handelen (1), onderzoeken (5),

Behandelen

Jaar 1: alternatieve geneeswijze (2), behandelen (24), beter maken (8), doorverwijzen (5), helpen (24), therapietrouw (1), uitleg over ziekte (8)

Jaar 3: behandelen (8), dossiers bijhouden (2), helpen (8), therapietrouw (4), uitleg over ziekte (4)

Omgaan met de maatschappelijke context

Jaar 1: begrip tonen voor de situatie (7), gelijkwaardige relatie (6), kennis van psyche (2), maatschappelijke context (6), maatschappelijke en sociale gevolgen (6), mensenkennis (1), omgaan met culturen (6), wet- en regelgeving m.b.t. de gezondheidszorg (5)

Jaar 3: begrip tonen voor de situatie (5), gelijkwaardige relatie (3), kennis van psyche (3),

maatschappelijke context (8), maatschappelijke en sociale gevolgen (7), mensenkennis (3), omgaan met culturen (8), wet- en regelgeving m.b.t. de gezondheidszorg (1)

Reflecteren

Jaar 1: advies vragen (3), beroepsgeheim (8), blijven leren (7), functionele relatie met patiënt (6), leren van fouten (7), omgaan met kritiek en feedback (5), omgaan met stress (5), professioneel gedrag (9), reflectie (2), zelfkennis (9), zelfstandigheid (5), zelfverzekerdheid (5), scheiden van werk en privé (13)

Jaar 3: advies vragen (4), beroepsgeheim (2), blijven leren (10), functionele relatie met patiënt (5), leren van fouten (4), omgaan met kritiek en feedback (12), omgaan met stress (3), persoonlijke ontwikkeling (5), professioneel gedrag (8), reflectie (12), zelfkennis (9), zelfstandigheid (4), zelfverzekerdheid (6), scheiden van werk en privé (15)

Overig:

Jaar 1: eerlijk zijn (4), doorzettingsvermogen tonen (1), geduldig zijn (5), geordend zijn (1), mensenlijkheid tonen (3), patiënt tevreden stellen (4), patiënt voorop stellen (8), plannen (2), plezier en liefde voor het vak (20), tijd nemen voor de patiënt (8), vriendelijk zijn (3)

Jaar 3: assertiviteit tonen (1), bescheiden zijn (1), geduldig zijn (1), geordend zijn (3), mensenlijkheid tonen (3), patiënt tevreden stellen (1), patiënt voorop stellen (3), plannen (2), plezier en liefde voor het vak (5), tijd nemen voor de patiënt (4), vriendelijk zijn (1)

BIJLAGE 8: OVERZICHT AANTAL STUDENTEN PER BEKWAAMHEID

Overzicht van de door studenten genoemde bekwaamheden			
	Jaar 1	Jaar3	Niet genoemd
B1: Communiceren	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46	1, <u>2</u> 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, <u>26</u> , 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46	
B2: Probleem oplossen	1, 3, 4, 6 , 7, 13 , 15 , 18 , 19 , 20 , 22 , 23 , 24 , 27, 28, 30, 31 , 33, 34 , 35 , 36, 37, 40 , 41 , 45, 46	1, 3, 4, <u>5</u> , 7, <u>9</u> , <u>17</u> , 22, <u>25</u> , 27, 28, 30, 34, 36, 37, <u>42</u> , <u>43</u> , 45	2, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 21, 26, 29, 32, 38, 39, 44, 46
B3: Omgaan met wetenschap	1, 3, 5 , 6, 7, 10, 11, 17, 18, 19 , 20, 23, 24 , 26, 27, 28, 29 , 30, 32, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45	1, <u>2</u> 3, <u>4</u> 6, 7, <u>9</u> 10, 11, <u>12</u> , <u>13</u> , <u>14</u> , <u>15</u> , <u>16</u> , 17, 18, 20, <u>22</u> , 23, <u>25</u> , 26, 27, 28, 30, <u>31</u> , 32, <u>33</u> , 34, 35, <u>36</u> , <u>37</u> , 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, <u>46</u>	8, 21
B4: Onderzoek en handelen	2 , 13, 18 , 19 , 31, 34 , 35 ,	<u>9</u> 13, <u>28</u> 31, <u>36</u> , <u>43</u>	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46
B5: Behandelen	1, 3, 4, 5, 9, 10 , 13, 15, 16 , 17, 18, 19 , 20, 22, 23 , 24 , 25, 26, 27 , 28, 29, 30 , 31, 32 , 34 , 35, 36, 39, 40 , 41 , 44, 45	1, 3, 4, 5, <u>8</u> 9, 13, 18, 20, 22, 26, 28, 29, 31, <u>33</u> , 35, 36, <u>37</u> , 39, <u>43</u> , 44,	2, 6, 7, 11, 12, 14, 21, 38, 42, 46
B6: Omgaan met maatschappelijke context	1, 3, 5, 7, 8, 11, 13 , 14 , 18 , 19, 20, 22, 23 , 24, 26, 29 , 30, 34, 35, 36, 38, 39 , 41 , 42 , 43, 46	1, <u>2</u> 3, <u>4</u> 5, <u>6</u> 8, <u>9</u> , <u>10</u> , 11, <u>12</u> , <u>16</u> , 19, 20, <u>21</u> , 22, 24, <u>25</u> , 26, <u>28</u> , 30, <u>32</u> , <u>33</u> , 34, 35, 36, 38, <u>40</u> , 43, <u>44</u>	15, 17, 27, 31, 37, 45
B7: Reflecteren	1, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17 , 18, 19 , 20, 23, 24, 25, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37 , 38, 39, 40 , 41, 42, 43, 46	1, 3, 4, 5, 6, 7, <u>8</u> <u>9</u> 10, 11, 12, 13, <u>14</u> , 16, 18, 20, <u>21</u> , <u>22</u> , 24, 25, <u>26</u> , 27, <u>28</u> , 29, <u>30</u> , 31, 32, <u>33</u> , 34, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, <u>45</u>	2, 15
B8: Overig	2 , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14 , 15 , 16, 18 , 19, 20 , 21, 22, 23 , 25 , 26, 27, 28 , 29, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 42, 43 , 44, 46	3, 8, 10, 11, 12, <u>13</u> , 16, 21, 22, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, <u>36</u> , <u>39</u> , 40, 42, 44	1, 9, 17, 24, 30, 37, 38, 41, 45

X = Wel in het eerste jaar genoemd en niet in het derde jaar

X̄ = Wel in het derde jaar genoemd en niet in het eerste jaar.

BIJLAGE 9: INSTRUCTIE LABELEN VAN OPDRACHTEN

- U kunt de codes uit de coderingsschema's in de bladzijdenmarges noteren. Het is aanbevolen om de bekwaamheden en de reflectieniveau ieder apart aan een zijde te coderen. U kunt er echter ook voor kiezen om met verschillende kleuren schrijfgerei te werken (zie de bijlage 3).
- Iedere zin wordt geanalyseerd op bekwaamheden. Voor aansluitende zinnen, die over dezelfde bekwaamheid gaan geldt, dat het totaal aan zinnen (fragment) maar 1 keer met de desbetreffende bekwaamheid wordt gecodeerd. Voorbeeld: *Een dokter moet goed kunnen communiceren met een patiënt. Hij moet kunnen luisteren, zodat de patiënt zich op zijn gemak voelt. Ook moet hij kunnen communiceren met collega's.*(B1: Communiceren) *Daarnaast moet een arts beschikken over medisch kennis.* (B3: Omgaan met wetenschap) *Zodat hij de patiënt kan helpen.* (B5: Behandelen).
- Mochten studenten een bekwaamheid noemen, die niet onder één van de zeven onderscheiden bekwaamheden past, dan krijgt de genoemde bekwaamheid de codering: Overig.
- Voor het coderen van reflectieniveau geldt dat ieder fragment wordt gecodeerd. Een fragment bestaat uit één of meer zinnen, die allen betrekking hebben op hetzelfde onderwerp/thema. Dit kan een bekwaamheid zijn, maar kan bijvoorbeeld ook gaan over de discipline waarin ze later willen werken. Let op: een fragment valt niet altijd samen met een alinea. Alinea's kunnen meerdere fragmenten bevatten. Ook kan het voorkomen dat een fragment in alinea 1 begint en doorloopt in alinea 2. In onderstaand voorbeeld wordt tevens duidelijk dat een fragment meerdere reflectieniveaus kan bevatten. Voorbeeld: *Een dokter moet goed kunnen communiceren met een patiënt. Hij moet kunnen luisteren, zodat de patiënt zich op zijn gemak voelt.***(Bewustworden)** *Ook moet hij kunnen communiceren met collega's.*(B1: Communiceren)**(Beschrijven)** *Daarnaast moet een arts beschikken over medisch kennis.* (B3: Omgaan met wetenschap) *Zodat hij de patiënt kan helpen.* (B5: Behandelen)**(Bewustworden)**
- Een kenmerk van bekwaamheden is dat ze in een bepaalde relatie staan tot elkaar. De verwerving van een bekwaamheid vereist daarom vaak de aanwezigheid van andere bekwaamheden. Per zin kunnen daardoor meerdere bekwaamheden genoemd worden. Laat u niet misleiden door de zinsconstructie (zie onderstaand voorbeeld) Voorbeeld: *Een dokter moet kunnen luisteren* (B1 Communiceren), *want alleen dan kan hij het probleem van de patiënt achterhalen* (B2 Probleem oplossen)**(Bewustworden)**.
- In *De goede dokter E* wordt om een samenvatting van *De goede dokter A* gevraagd. Deze samenvatting hoeft niet te worden gecodeerd.
- Zinnen die een samenvattende afsluiting vormen (en waarin dus herhaald wordt) hoeven niet gecodeerd te worden).
- In *De goede dokter E* wordt aan het eind van de opdracht gevraagd naar het profiel dat de student gaat kiezen. De tekst moeten worden doorgelezen, maar hoeft alleen gecodeerd te worden indien er opvallende (reflectieve) antwoorden zijn gegeven. De citaten worden gecodeerd met 'Overig'. Er zijn geen criteria voor de bepaling van een opvallend antwoord. U bent hier als onderzoeker vrij in. Echter, studenten die aangeven dat ze nog niet weten wat ze willen kiezen en die aangeven dat de geschieden hierin verandering moeten brengen, zijn niet opvallend en hoeven niet te worden gecodeerd. Mocht u opvallende citaten opmerken, die niet duidelijk te coderen zijn, dan kunt u die coderen met 'Overig'.

BIJLAGE 10: BESCHRIJVENDE STATISTIEK BEKWAAMHEDEN EN REFLECTIENIVEAUS

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
B1jaar1	46	,00	7,00	2,9565	1,69910
B2jaar1	46	,00	3,00	,8261	,90196
B3jaar1	46	,00	3,00	,8478	,81561
B4jaar1	46	,00	2,00	,1957	,45312
B5jaar1	46	,00	4,00	1,3696	1,25359
B6jaar1	46	,00	4,00	,8478	,94204
B7jaar1	46	,00	7,00	1,6087	1,55604
B8jaar1	46	,00	5,00	1,4783	1,36201
B1jaar3	46	,00	17,00	4,0652	2,65332
B2jaar3	46	,00	3,00	,5435	,80847
B3jaar3	46	,00	5,00	1,9130	1,24412
B4jaar3	46	,00	2,00	,1739	,43738
B5jaar3	46	,00	2,00	,5435	,65681
B6jaar3	46	,00	4,00	,9130	,91472
B7jaar3	46	,00	7,00	1,9348	1,59725
B8jaar3	46	,00	7,00	,8261	1,30477
beschr1	46	,00	7,00	1,9348	1,58328
bewust1	46	,00	8,00	2,6522	1,72842
ajaar1	46	,00	5,00	1,3043	1,34775
verant1	46	,00	1,00	,1087	,31470
berschr3	46	,00	3,00	,7174	,77926
bewust3	46	,00	8,00	1,5217	1,62944
ajaar3	46	1,00	13,00	4,7609	2,93019
verant3	46	,00	8,00	2,0000	1,72562
Valid N (listwise)	46				