

Hoe verschillen co-schappen in ziekenhuizen die verschillen?

Arne Brockmöller

**Medisch Centrum Leeuwarden, afdeling Kindergeneeskunde
Rijksuniversiteit Groningen, Gedrags- en Maatschappijwetenschappen,
Sociologie**

Groningen, 1 september 2009

Hoe verschillen co-schappen in ziekenhuizen die verschillen?

Groningen, 1 september 2009

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Opdrachtgever

Begeleiders

Begeleider UMCG

Arne Brockmöller

1363514

Sociologie, faculteit Gedrags- en Maatschappij
Wetenschappen, RUG

dr. T.W. de Vries
Kindergeneeskunde, MCL

dr. F.H. Tros
dr. H.C. Mulder
Sociologie, RUG

drs. K. W. Keijer
beleidsmedewerker directiebureau sector F

ISBN 978-90-8827-059-8
NUR 756 sociologie algemeen
Trefw Co-schappen, organisatieverschillen, werkgerelateerd leren

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2010 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

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

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

Voorwoord

Ik heb lang kunnen dromen over het einde van mijn scriptie, maar eindelijk is het zo ver. In het traject met veel heuvels, diepe dalen, lange nachten en mislukte deadlines kan ik een punt zetten achter deze ervaring. De stage –en scriptieperiode is niet alleen een academische worsteling geweest, maar ook een persoonlijke achtbaan. Een voortvarend eerste half jaar werd opgevolgd door een zoekende tweede helft. In het laatste halfjaar was de motivatie soms ver te zoeken, maar moet ik tevreden zijn met de afronding en de goede beoordeling.

Net als bij de Oscars wil ik graag mensen bedanken. De eerlijkheid gebied mij te zeggen dat niet het gevoel overheerst van een winnaar op een prijsuitreiking. Daar is de opluchting te groot voor en de gepaste trots te bescheiden. Dan toch maar de bedankjes. Als eerst wil ik mijn zus Anke bedanken die mij het gehele traject zowel mentaal als inhoudelijk erg goed heeft geholpen. Zelfs met drukke schema's en zwangere buik wist ze tijd en energie vrij te maken. Natuurlijk wil ik ook mijn begeleider Frank Tros bedanken voor zijn inzichten en goede commentaar. Het is moeilijk om midden in een traject, als het scriptievoorstel al is goedgekeurd, een student te begeleiden en richting te geven aan een ingeslagen route. Ook wil ik Henk Mulder bedanken voor zijn begeleiding als referent tijdens de eerste en de laatste periode van mijn scriptie.

Het Studentebureau UMCG/afstuderen ben ik veel dank verschuldigd: Koos Keijer als UMCG-begeleider was tot de interviews onmisbaar, zonder Tjalling de Vries als opdrachtgever was überhaupt geen onderzoek geweest en niet op de laatste plaats Jan Pols voor de ondersteuning en het vele geduld de afgelopen anderhalf jaar.

Tot slot wil ik mijn ouders, Petra, Annemarie, Olivier en Merijn bedanken voor de steun, vertrouwen en afleiding in de afgelopen periode.

Ik wens een ieder succes met het lezen van deze uitgebreide scriptie.

Arne Brockmöller, september 2009

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	1
1 INLEIDING	3
1.1 AANLEIDING ONDERZOEK	4
1.1.1 Wenckebach Instituut.....	4
1.1.2 Co-assistentschappen in 'teaching hospitals'	4
1.2 PROBLEEMSTELLING	5
1.3 MAATSCHAPPELIJKE EN WETENSCHAPPELIJKE RELEVANTIE.....	5
1.4 FOCUS EN OPZET ONDERZOEK	6
1.5 LEESWIJZER	6
2 ACHTERGRONDEN ONDERZOEK	7
2.1 MEDISCH OPLEIDINGSCONTINUÛM.....	7
2.1.1 Masteropleiding Geneeskunde: G2010.....	8
2.1.2 Onderwijsprogramma	9
2.1.3 Positie docent in het co-assistentschap	11
2.2 ZIEKENHUISPROFIELEN.....	11
2.2.1 Kwantitatieve gegevens	11
2.2.2 Achtergronden en doelen	13
3 THEORETISCH KADER	15
3.1 INTEGRAAL SYSTEEM: DE LEIDSE OCTAËDER	15
3.1.1 Toepassing Leidse Octaëder	16
3.1.2 Samenhang organisatieaspecten.....	17
3.2 WERKGERELATEERD LEREN.....	18
3.2.1 Definitie leren op de werkplek.....	18
3.2.2 Factoren die leren op de werkplek beïnvloeden	19
3.3 VERBINDING ORGANISATIEASPECTEN EN FACTOREN WERKGERELATEERD LEREN	23
3.3.1 Onderzoekseenheden in perspectief	23
4. METHODOLOGIE VAN HET ONDERZOEK.....	27
4.1 TYPE ONDERZOEK.....	27
4.2 OPERATIONALISATIE.....	27
4.2.1 Onderzoeksobjecten	27
4.2.2 Onderzoeksmethoden	28
4.2.3 Proces van dataverzameling	29
5 RESULTATEN	31
5.1 HET LEERVERMOGEN	31

5.1.1 Competenties van de co-assistent	31
5.1.2 Basiskennis van de co-assistent	33
5.2 DE LEERBEREIDHEID	35
5.2.1 Motivatie voor co-schappen van co-assistenten	35
5.2.2 Motivatie voor het ziekenhuis van co-assistenten	37
5.2.3 Ruimte om te leren in het ziekenhuis.....	38
5.2.4 Problemen met co-assistenten.....	39
5.3 HET LEERAANBOD.....	40
5.3.1 Kenmerken van de arbeidstaak.....	40
5.3.2 Kenmerken van de werkomgeving.....	45
5.3.3 De sociale werkomgeving.....	47
5.4 HET OPLEIDINGSAANBOD.....	48
5.4.1 Opleiden op de werkplek.....	48
5.4.2 Begeleiding van co-assistenten.....	51
5.4.3 Feedback en beoordeling van co-assistenten	57
5.4.4 Bijscholingcursus: Teach-the-teacher	60
5.4.5 Opleidings –en onderwijsvoorzieningen	62
5.5 WAT ZEGGEN DE RESULTATEN OVER HET CURRICULUM	64
6 CONCLUSIE	67
6.1 DE INVLOED VAN DE ORGANISATIE OP HET LEREN OP DE WERKPLEK VAN CO-ASSISTENTEN	67
6.1.1 Het leervermogen.....	67
6.1.2 De leerbereidheid.....	67
6.1.3 Het leeraanbod.....	68
6.1.4 Het opleidingsaanbod	70
6.2 DE ROL VAN VOORZIENINGEN BIJ HET LEREN OP DE WERKPLEK VAN CO-ASSISTENTEN	71
6.3 GUNSTIGE EN ONGUNSTIGE CONDITIES IN EEN ORGANISATIE VOOR HET LEREN OP DE WERKPLEK.....	72
6.3.1 Doelen en strategie	72
6.3.2 Structuur.....	73
6.3.3 Cultuur	74
6.3.4 Mensen.....	74
6.3.5 Technologie	74
6.4 CURRICULUM	75
7 DISCUSSIE	77
7.1 INFORMATIEWAARDE INTERVIEWS.....	77
7.2 KOPPELING RESULTATEN EN THEORETISCH KADER.....	78
LITERATUURLIJST	81
BIJLAGE1 AANKONDIGINGMAIL	83
BIJLAGE1 AANKONDIGINGMAIL	83
BIJLAGE 2 INTERVIEWSCHEMA	84
BIJLAGE 3 LABELS	86

Samenvatting

Aanleiding

In Nederland is er steeds meer behoefte aan artsen. Door de vergrijzing, de bevolkingsgroei en de relatieve toename van het aantal vrouwelijke huisartsen en specialisten die parttime willen werken, is er behoefte aan een kwart meer artsen in 2025. Als reactie is het aantal toelatingen voor de opleiding tot basisarts verhoogd van 250 naar 410 eerstejaars geneeskundestudenten. Het aantal co-assistenten die co-schappen lopen, is hierdoor ook toegenomen. Om die reden worden ook kleinere ziekenhuizen meer bij de co-schappen betrokken. De vraag is in hoeverre de ziekenhuizen van invloed zijn op de co-schappen.

Doel

Doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de co-assistentenschappen binnen verschillende soorten ziekenhuizen. De inzichten worden op zowel theoretisch als praktisch niveau verkregen. De condities van een ziekenhuis worden uiteengezet, waarbij wordt gekeken naar het handelen van de co-assistent en de medisch specialist in de rol van opleider.

Methode

Er zijn kwalitatieve interviews gehouden onder negentien medisch specialisten en zes senior co-assistenten. De medisch specialisten bestaan uit chirurgen, gynaecologen en kinderartsen uit het Universitair Medisch Centrum Groningen, Medisch Centrum Leeuwarden, Nij Smellinghe Drachten en De Tjongerschans Heerenveen. De senior co-assistenten lopen hun co-schappen in dezelfde ziekenhuizen behalve het UMCG. Hier ligt een praktische reden aan ten grondslag: de co-assistenten hebben de Junior co-schappen reeds in het UMCG gelopen, waardoor zij een goed beeld van de situatie kunnen geven.

Resultaten en conclusies

Leervermogen: De relatie tussen verschillende ziekenhuizen komt naar voren in het oordeel over het niveau van de co-assistenten. De vaardigheden vallen binnen de eisen en verwachtingen van de medisch specialisten in zowel het UMCG, MCL, Drachten en Heerenveen. Het oordeel over de kennis is in tegenstelling tot de competenties uitgesproken negatief. Voornamelijk de anatomische kennis moet het ontgelden.

Leerbereidheid: De invloed van de organisatie komt naar voren in de opleidingsstructuur van het UMCG en MCL. Door de aanwezigheid van AIOS wordt de interactie van co-assistenten met medisch specialisten verminderd. De motivatie om te kiezen voor een ziekenhuis wordt veroorzaakt door twee factoren: de fysieke ligging en de identiteit van de organisatie. De ruimte om te leren van co-assistenten verschilt sterk per organisatie. In de kleinschalige organisaties in Drachten en Heerenveen heerst een vragenrije cultuur met toegankelijke mensen. Er is ruimte om vragen te stellen en fouten te maken, wat co-assistenten motiveert om te participeren (en dus te leren). In het UMCG is deze ruimte niet aanwezig, waar het MCL tussen beide ziekenhuizen in hangt.

Leeraanbod: De arbeidstaak wordt op verschillende manieren door de organisatie beïnvloed. Een belangrijke rol speelt hier de opleidingsstructuur van de opleidingsziekenhuizen. Door de aanwezigheid van AIOS in het UMCG en MCL wordt de taakinhoud en de moeilijkheid van de taak beperkt, omdat AIOS handelingen verrichten die in streekziekenhuizen door co-assistenten worden uitgevoerd. De arbeidstaak is ook afhankelijk van de ziektebeelden die voorkomen in een ziekenhuis. De doelen en strategie van een organisatie zijn bepalend voor de handelingen die mensen moeten verrichten. Tussen de vier ziekenhuizen is een onderscheid te maken in het

UMCG en MCL die topklinische zorg aanbieden en Drachten en Heerenveen die zich richten op basiszorg. Bij de organisatiecultuur wordt het UMCG gezien als formeel en afstandelijk. Het MCL is weliswaar een grote organisatie waar niet iedereen elkaar kent, toch heerst er een laagdrempelige cultuur. De ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen zijn door de kleine omvang van de organisatie (weinig medisch specialisten) bijzonder toegankelijk.

Opleidingsaanbod: Per organisatie is de houding ten opzichte van de onderwijsstaak verschillend. In het UMCG maakt onderwijs en opleiding een belangrijk deel uit van de doelstelling, hetgeen een duidelijk voordeel geeft voor het opleidingsaanbod. In het MCL lijkt de houding ten opzichte van lesgeven aan co-assistenten vergeleken met het UMCG evenwel enthousiaster en ambitieuzer te zijn. De attitude lijkt in het UMCG minder aanwezig. De streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben van oorsprong minder affiniteit en staan in de huidige setting (alleen de begeleiding van co-assistenten) positief tegenover het opleiden. De tijd die medisch specialisten aan de beoordeling en feedback kunnen besteden, is een belangrijk aspect voor het leren op de werkplek. In Drachten en Heerenveen is de beoordeling een bezigheid die alleen tussen de normale bedrijven door kan worden uitgevoerd. De begeleiding van co-assistenten wordt sterk bepaald door de aanwezigheid van AIOS. Ondanks de opleidingsdoelen van het UMCG en MCL hebben de medisch specialisten weinig tijd beschikbaar voor de beoordeling van co-assistenten. Daarnaast kan de begeleiding van co-assistenten verschillende vormen aannemen. Het curriculum streeft naar een actieve leerhouding van de co-assistent, niettemin komt de meester-gezel relatie nog veelvuldig voor. Zo zijn junior co-assistenten in het UMCG voornamelijk aan het observeren in plaats van participeren. In het MCL zijn de medisch specialisten zich bewust van hun rol als opleider en laten ze co-assistenten graag participeren tijdens het co-schap. Als medisch specialisten terugvallen op de meester-gezel relatie is dit niet altijd ongunstig voor het leerproces. Co-assistenten kunnen naast het participeren ook veel leren door mee te kijken met de specialist.

De medisch specialisten is gevraagd naar het belang van opleiden van co-assistenten. Ongeacht de cultuur of doelstelling van de organisatie vinden medisch specialisten begeleiden belangrijk. Men vertrouwt bij de begeleiding en beoordeling echter vooral op de eigen ervaring en de gedachte dat men zelf co-assistent is geweest. De organisator van de *teach-the-teacher* cursus noemt dit onbewust incompetent: "ik ben me niet bewust, dat ik het niet weet".

Voorzieningen: Ondanks de grote diversiteit in ziekenhuizen zijn er voldoende voorzieningen voor de co-schappen beschikbaar. Uit het onderzoek komen nauwelijks geluiden naar voren over grote tekortkomingen. In Drachten en Heerenveen vindt door de kleinschaligheid een 1-op-1 benadering met de co-assistent plaats, waarbij de co-assistent kan meedraaien met de reeds aanwezige voorzieningen. Een medisch specialist is dan meer een *bedsideteacher*: hij/ zij geeft onderwijs aan de hand van de patiënten.

1 Inleiding

In Nederland is er steeds meer behoefte aan artsen. Door de vergrijzing, de bevolkingsgroei en de relatieve toename van het aantal vrouwelijke huisartsen en specialisten die parttime willen werken, is er behoefte aan een kwart meer artsen in 2025 (Nivel, 2008). Als reactie is het aantal toelatingen voor de opleiding tot basisarts verhoogd van 250 naar 410 eerstejaars geneeskundestudenten. Een toename van het aantal studenten betekent ook een toename van het aantal co-assistentenschappen. Dit zijn de stages die de studenten in de laatste drie jaar van hun opleiding in verscheidene ziekenhuizen lopen. Deze co-assistentenschappen zullen in dit onderzoek nader worden belicht.

Niet alleen de behoefte aan artsen is toegenomen, ook de vaardigheden die van een arts worden verwacht, zijn veranderd. De veranderingen op wetenschappelijk gebied en in de gezondheidszorg hebben hun weerslag op het artsenberoep. Door de toename van wetenschappelijke kennis en de diagnostische en therapeutische mogelijkheden als gevolg van de ontwikkelingen in de technologie en ICT, is het vak inhoudelijk sterk aan veranderingen onderhevig (Meyboom- de Jong et al., 2002). Andere factoren die van invloed zijn op de veranderende gezondheidszorg hebben te maken met de samenstelling van de bevolking, de toenemende aandacht voor het perspectief van de patiënt en de brede toegankelijkheid van medische informatie. De dominante positie die de zorgbehoefte van de patiënt heeft ingenomen, wordt ook wel *de kanteling van zorg* genoemd: het zorgaanbod van artsen staat niet centraal, maar de zorgvraag van de patiënt (Pols, 2002). Door het verschuiven van de zorgvraag worden nieuwe eisen gesteld aan de deskundigheid van artsen, aan hun technische en sociale vaardigheden en aan samenwerkingskwaliteiten en flexibiliteit (Le Grand- van den Bogaard, 2003).

De veranderingen in de gezondheidszorg geven de noodzaak aan van het vernieuwde curriculum voor de initiële opleiding geneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen in 2003. Het nieuwe curriculum genaamd G2010 legt in vergelijking met het oude curriculum C2000 meer nadruk op de praktijk (de klinische vaardigheden van de student). Binnen het nieuwe curriculum wordt gestreefd naar een wetenschappelijk opgeleide, bekwame medicus, die communicatief en sociaal vaardig is, goed in het team functioneert, zijn werk adequaat kan organiseren en gemotiveerd is een leven lang te leren en te reflecteren (Meyboom-de Jong et al., 2002). Naast het grote onderhoud aan C2000 zijn een aantal elementen voor de ontwikkeling van G2010 te benoemen. Zoals eerder vermeld is het aantal op te leiden artsen toegenomen. Daarnaast zijn nog drie factoren van invloed: de invoering van het bachelor-masterstelsel, meer differentiatiemogelijkheden en een betere aansluiting op andere WO- en Hbo-opleidingen. Studenten met een andere studieachtergrond kunnen zo door de *zij-instroom* alsnog geneeskunde volgen.

Op de invloed van dit vernieuwde curriculum op de co-schappen wordt in dit onderzoek ingegaan. De toename van het aantal studenten leidt ertoe dat meer studenten deze stages moeten voltooien in niet opleidingsziekenhuizen. Er worden in dit onderzoek drie soorten ziekenhuizen onderscheiden: het universitair ziekenhuis (groot opleidingsziekenhuis) en de perifere ziekenhuizen die worden onderscheiden in het 'teaching hospital' (klein opleidingsziekenhuis) en de streekziekenhuizen (niet opleidingsziekenhuis). Dit onderzoek richt zich op de verschillen en overeenkomsten van de co-assistentenschappen in deze ziekenhuizen met verschillende achtergronden en eigenschappen. Co-assistentenschappen zijn praktijkstages waarin studenten voor

het eerst in aanraking komen met echte patiënten en vragen een ander soort leren, dan klassikaal onderwijs: het werkgerelateerde leren. Doel van het onderzoek is te zien in hoeverre organisatieverschillen van invloed zijn op het werkgerelateerd leren.

1.1 Aanleiding onderzoek

Doordat in 2003 de landelijk verplicht zijnde jaarlijkse instroom is toegenomen tot 410 geneeskundestudenten, is ook het aantal co-assistentschappen de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen. Vanaf 2008 (het 5^e jaar na invoering) is de nieuwe lichter co-assistenten na hun eerste jaar van de Masterfase, dat voornamelijk in het UMCG plaatsvindt, begonnen aan de co-schappen binnen andere ziekenhuizen. Omdat de aanzet van het vraagstuk afkomstig is van een medisch specialist van het Medisch Centrum in Leeuwarden (MCL), wordt specifiek naar de situatie in de regio Friesland gekeken.¹ Voor de co-assistentschappen heeft het UMCG een overeenkomst met het centrale opleidingsziekenhuis Medisch Centrum Leeuwarden. Het MCL heeft vervolgens weer afspraken met de kleinere ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen. De vraag is in hoeverre deze ziekenhuizen de co-assistentschappen beïnvloeden die daar worden georganiseerd, waarbij in het bijzonder naar de rol van de medisch specialist als opleider van de co-assistent wordt gekeken. Er is momenteel weinig inzicht in de huidige situatie, waardoor niet aan de mindere aspecten kan worden gewerkt. Daarnaast blijft goede aanpak onopgemerkt, waardoor andere ziekenhuizen er geen gebruik van kunnen maken. Dit onderzoek heeft dan ook een verkennend karakter om bij te dragen aan het begin van dit proces.

¹ De vraag is vervolgens doorgespeeld aan het Wenckebach Ontwikkelplatform en wordt in 'Wenckebach Instituut' toegelicht.

1.1.1 Wenckebach Instituut

Het onderzoek vindt plaats vanuit het Wenckebach Instituut dat onderdeel uitmaakt van het UMCG. Het Wenckebach Instituut is onderdeel van het UMCG en richt zich op opleiding en ontwikkeling van professionals in de zorg. Het Wenckebach Ontwikkelplatform levert een bijdrage aan het ontwikkelen en evalueren van onderwijs van de medische vervolopleidingen in de Onderwijs- en Opleidingsregio Noord- en Oost Nederland. Het onderzoek wordt via het Wenckebach Ontwikkelplatform uitgevoerd naar aanleiding van een vraag ingegeven door een medisch specialist van het Medisch Centrum Leeuwarden (de zogenoemde 'opdrachtgever'). Via het ontwikkelplatform is al gerelateerd onderzoek op het onderzoeksgebied uitgevoerd:

- Het ervaren curriculum van de medische vervolopleidingen (Yedema, 2004)
- Hoe huisartsen in opleiding het consultvoeren leren (Meijerink, 2005)
- Werkgerelateerd leren (Greven, 2008)

Dit onderzoek ligt in het verlengde van het laatste onderzoek. Zo is er een sterke theoretische overlapping aanwezig. Wordt in dat onderzoek echter ingegaan op het werkgerelateerd leren van medisch specialisten in het UMCG, deze scriptie bekijkt de co-assistenten in verschillende ziekenhuizen.

1.1.2 Co-assistentschappen in 'teaching hospitals'

Voor de noordelijke regio worden vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) de co-schappen voor de opleiding Geneeskunde gestuurd. Om studenten op te leiden tot basisarts en medisch specialist werkt het UMCG samen met zeven 'teaching hospitals'.² Binnen deze ziekenhuizen moet de medisch specialist goed op de opleidingstaak zijn ingesteld. De 'teaching hospitals' zijn in alle lagen van de organisatie op het opleiden voorbereid,

² Naast het Medisch Centrum Leeuwarden zijn dit: Deventer Ziekenhuizen, Isala Klinieken, Martini Ziekenhuizen, Medisch Centrum Twente, Scheper Ziekenhuis en de Ziekenhuisgroep Twente (Almelo en Hengelo).

zowel wat betreft infrastructuur, kennis en ervaring als faciliteiten (Wenckebach Instituut, 2008). Voor de provincie Friesland heeft het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) sinds maart 2007 de taak van 'teaching hospital'. Zo heeft het UMCG samenwerkingsverbanden met het MCL en zijn er voor artsen cursussen over hun rol als opleider binnen het ziekenhuis (*teach the teacherkursus*). Zoals vermeld, worden de co-assistenten niet alleen in het MCL gelopen. Om alle co-assistenten te kunnen bergen, wordt samengewerkt met de kleinere ziekenhuizen in Drachten (Nij Smellinghe), Heerenveen (De Tjongerschans) en Sneek (Antonius Ziekenhuis). In een universitair ziekenhuis komt de begeleiding van artsen in opleiding door medisch specialisten veelvuldig voor. Binnen streekziekenhuizen is deze begeleiding veel minder vanzelfsprekend. Hoewel beide organisaties als ziekenhuis worden aangeduid, is er een groot verschil in eigenschappen, zoals het aantal bedden en de gestelde doelen. Er is weinig zicht op de invulling van de opleidingstaak binnen de verschillende ziekenhuizen, waardoor de opleidingstaak niet kan worden geoptimaliseerd. Zo kan een verbetering van de randvoorwaarden als PC's en vergader ruimtes nodig zijn. Ook kunnen de opleidingsvaardigheden van de medisch specialisten verschillen.

1.2 Probleemstelling

Een kenmerkende eigenschap van medische opleidingen is dat 95% van het programma leren op de werkplek omvat en slechts 5% plaatsvindt door cursorisch onderwijs. De masterfase van de opleiding tot basisarts bestaat voor het grootste deel uit het verrichten van werkzaamheden in de patiëntenzorg (de co-assistenten). Over de aard van deze werkzaamheden van co-assistenten binnen verschillende ziekenhuizen, de wijze waarop zij al werkende leren in combinatie met de rol van medisch specialist als opleider gaat dit onderzoek. Het doel van dit onderzoek is daarom om inzicht te krijgen in de co-assistenten binnen verschillende soorten

ziekenhuizen. De inzichten worden op zowel theoretisch als praktisch niveau verkregen. De condities van een ziekenhuis worden uiteengezet, waarbij wordt gekeken naar het handelen van de co-assistent en de medisch specialist in de rol van opleider. Met als uiteindelijk hoger doel de opleiding van co-assistenten te verbeteren.³ Bij deze doelstelling hoort de volgende onderzoeksvraag:

Wat is de positieve en negatieve invloed van de organisatie van een ziekenhuis op het werkgerelateerd leren binnen co-assistenten?

Om de vraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende vier deelvragen opgesteld:

1. Hoe kan het onderwerp vanuit de beschikbare theorieën worden onderzocht?
2. Welke invloed heeft de organisatie op het leren op de werkplek van co-assistenten?
3. Welke rol spelen de voorzieningen bij het leren op de werkplek van co-assistenten?
4. Wat zijn de gunstige en ongunstige condities in een organisatie voor het leren op de werkplek van co-assistenten?

1.3 Maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie is te betrekken op de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Dit begint bij het opleidingscontinuüm tot medisch specialist. Daarbij zijn de co-assistenten van groot belang, omdat studenten voor het eerst zelf handelingen verrichten bij patiënten. De ziekenhuizen krijgen door het onderzoek meer kennis over de voorwaarden van de opleiding en in het bijzonder co-assistenten. Het beter kunnen

³ Door de opdrachtgever treffend verwoordt met: "...de resultaten kan ik mijn directie, en mijn collegae hun directies, laten zien welke ondersteuning er nodig is en hoe voortzetting van energie steken in opleiding gemotiveerd kan worden".

inspelen op de opleidingsvoorwaarden komt het niveau van de opleiding en daarmee het niveau van de gezondheidszorg ten goede. Door het onderzoek kan tevens worden gekeken of het huidige opleidingsprogramma tot het gewenste resultaat leidt.

De wetenschappelijke relevantie blijkt uit het meer inzicht krijgen in de invloed van verschillen tussen en binnen ziekenhuizen op de opleiding van co-assistenten. Er is weinig onderzoek verricht naar het leren van co-assistenten en het 'doceren' van medisch specialisten binnen ziekenhuizen met variërende achtergronden, waarbij de nadruk op de invloed van de organisaties ligt. Bovendien kijkt het onderzoek naar de nieuwe lichte co-assistenten (van het curriculum G2010). Aan de hand van de Leidse Octaëder, een organisatie-model waarin ook voorzieningen centraal staan, gaat het onderzoek in op het leeraspect van co-assistenten. In het onderzoek worden exploratief (en creatief) verbanden gelegd tussen de organisatieaspecten en leerprocessen van co-assistenten.

6

1.4 Focus en opzet onderzoek

Het onderzoek kijkt naar co-assistenten die leren op werkplek (oftewel co-assistenten). Het onderzoek heeft een verkennend karakter. Dit houdt ook een theoretische verkenning in, waarbij uit de beschikbare theorieën een passend kader wordt geconstrueerd. Voor het 'praktische' deel van het onderzoek worden medisch specialisten en co-assistenten geïnterviewd. Bij de medisch specialisten richt het onderzoek zich op kinderartsen als beschouwend specialisme en op chirurgen en gynaecologen als snijdend specialisme. De andere vakgroepen worden zodoende buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek wil inzicht geven in werkgerelateerd leren van co-assistenten in vier verschillende ziekenhuizen: UMCG, MCL, Nij Smellinghe Drachten en De Tjongerschans Heerenveen. Hiervoor wordt de Leidse Octaëder als organisatie-model gebruikt.

Dit zal inzicht geven in de factoren die van invloed zijn op werkgerelateerd leren in combinatie met de organisatieaspecten van de ziekenhuizen.

Dit onderzoek wordt uitgevoerd middels kwalitatieve diepte interviews. Van elk betrokken ziekenhuis worden een opleidingscoördinator, twee chirurgen (en eventueel een gynaecoloog) en twee kinderartsen geïnterviewd. Daarnaast worden voor de 'vraagkant' ook co-assistenten van de ziekenhuizen geïnterviewd. Deze informatie wordt opgenomen, uitgeschreven en uitgewerkt met Atlas-ti. Dit is een computerprogramma waarmee kwalitatieve data kunnen worden geordend en geanalyseerd. Aan de hand van informatie van de specifieke ziekenhuizen wordt een analyse gemaakt van de factoren die invloed hebben op de co-assistenten (en zodoende op werkgerelateerd leren). Het verkennende karakter van het onderzoek houdt in dat er geen intentie is alle factoren te benoemen.

1.5 Leeswijzer

De co-assistenten zijn de focus van dit onderzoek. Daarom wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op de achtergronden van de opleiding geneeskunde en dan specifiek de co-assistenten die in de masterfase plaatsvinden. In hoofdstuk 3 wordt het theoretische kader behandeld. Daarvoor wordt de Leidse Octaëder als organisatie-model beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op werkgerelateerd leren en dan in het bijzonder de factoren die het werkgerelateerd leren beïnvloeden. In hoofdstuk 4 wordt de methodologie verantwoord door een beschrijving van de typering, de operationalisatie en de betrouwbaarheid van het onderzoek. In hoofdstuk 5 worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Dit zal onder meer gebeuren aan de hand van interviewcitaten. In het laatste hoofdstuk komen de conclusie en discussie aan de orde. Het doel is hier om antwoord te geven op de onderzoeksvraag. In de discussie volgt tot slot een kritische nabespreking van het onderzoek.

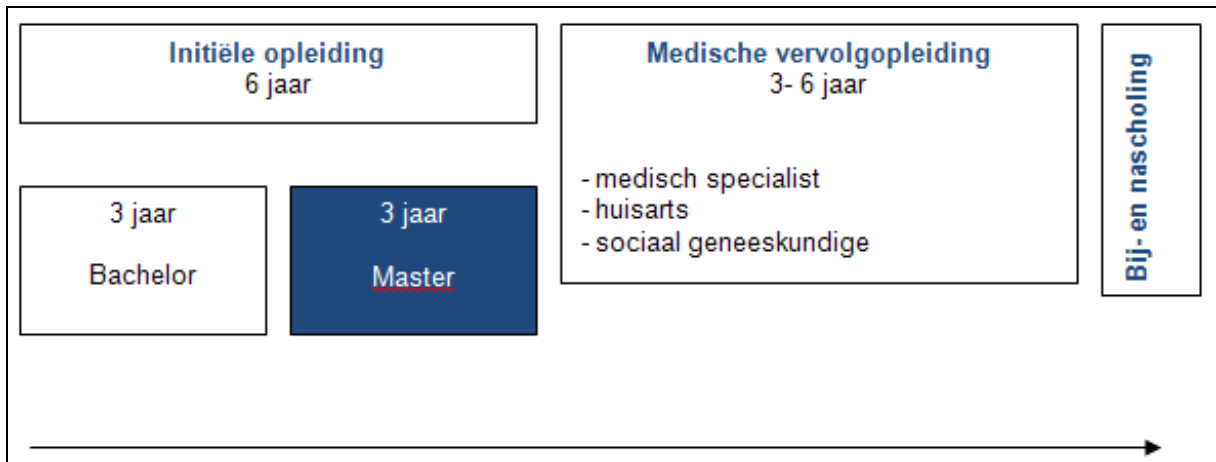
2 Achtergronden onderzoek

In dit hoofdstuk wordt informatie gegeven die nodig is als achtergrond van het onderzoek. Dit zijn het opleidingscontinuüm en de participerende ziekenhuizen uit het onderzoek. Eerst wordt het opleidingstraject van artsen in Nederland behandeld. Deze is opgedeeld in een initiële opleiding en een medische vervolgopleiding. De nadruk ligt hierbij op de co-assistentenschappen die plaatsvinden in de masterfase in de laatste drie jaar van de initiële opleiding. Daarna worden de achtergronden van de vier ziekenhuizen (UMCG, MCL, Nij Smellinghe en De Tjongerschans) behandeld.

2.1 Medisch opleidingscontinuüm

Het totale medische opleidingscontinuüm van artsen heeft een duur van minimaal negen jaar en bestaat uit de initiële opleiding en een medische vervolgopleiding. De initiële

opleiding houdt de studie geneeskunde in en duurt 6 jaar: een bachelor- en een masteropleiding van beide 3 jaar. Na het afronden van deze initiële opleiding is men bevoegd basisarts, wat in de regel wordt vervolgd door een medische vervolgopleiding tot medisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige. De opleiding vindt voor de toekomstige huisartsen in de huisartsenopleiding plaats en voor de sociaal geneeskundige in de bedrijfs- en de verzekeringsartsopleiding. Naast de medische specialisaties zoals chirurgie, cardiologie en gynaecologie zijn er in totaal 28 medische vervolgopleidingen. De duur varieert van 3 tot 6 jaar, waarbij uiteindelijk van de arts wordt verwacht zelfstandig te kunnen werken. Na deze periode is een arts echter niet uitgeleerd. Door bij- en nascholing onderhoudt een arts zijn kennis en vaardigheden gedurende de rest van zijn loopbaan. De co-assistentenschappen, die in dit onderzoek centraal staan, worden gelopen in de masteropleiding binnen het medisch opleidingscontinuüm (zie figuur 2.1).



Figuur 2.1: Het medische artsen opleidingscontinuüm

2.1.1 Masteropleiding Geneeskunde: G2010

Het zesjarige curriculum voor de opleiding tot basisarts heeft in 2003 een grote verandering ondergaan. Het oude curriculum (C2000) is vervangen door een nieuw curriculum: G2010. De aanleiding hiervoor is onder andere het groter aantal op te leiden artsen, de invoering van het bachelor-masterstelsel en een betere aansluiting op andere WO- en Hbo-opleidingen. Studenten met een andere studieachtergrond kunnen door de zij-instroom zodoende alsnog de studie gaan volgen. De basis van het curriculum zijn de doelen van de opleiding tot basisarts zoals deze beschreven staan in het Raamplan 2001 (Metz, 2001). De doelen of eindtermen zijn opgesteld door acht faculteiten medische wetenschappen in Nederland.

Als een student de bacheloropleiding heeft afgerond, gaat hij of zij verder met de 3 jarige masteropleiding. Deze fase staat vooral in het teken van co-assistentenschappen. In het nieuwe curriculum is de bedoeling dat de co-assistent meer participeert (actieve leerhouding) en minder toekijkt (“ga daar maar op het krukje zitten”) (Dassen, 2006). In het ‘Onderwijsconcept Masteropleiding’ wordt helder geïllustreerd welke problemen het oude curriculum met zich meebrengt (Heineman, 2005):

“De co-assistentenschappen behoren tot de duurste delen van de opleiding. Er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar de kwaliteit van het co-assistentenschap als leeromgeving van studenten. Daaruit blijkt dat bij de klassieke co-assistentenschappen weinig structuur wordt gegeven aan de leeromgeving. Het gevolg is dat minder dan de helft van de leerdoelen wordt bereikt en dat studenten vrijwel nooit worden geobserveerd met als gevolg een gebrek aan constructieve (onmiddellijke) feedback. De sterkste stimulus voor effectief leergedrag is actieve participatie in klinische activiteiten, gevolgd door constructieve feedback. Co-assistenten besteden momenteel veel tijd aan het observeren van anderen die klinische activiteiten uitvoeren en dat levert te weinig op”

Ook op de eigen verantwoordelijkheid van de student en kwaliteit van docenten wordt ingegaan. Dit speelt in dit onderzoek een belangrijke rol:

“Studenten moeten meer bewust gemaakt worden van het feit dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het leerproces bij henzelf ligt. Ze moeten ook zelf om feedback durven vragen. Co-assistenten worden meestal begeleid door junior dokters en assistenten in opleiding. Docentbegeleiders (stafleden) dienen zelf ook goed getraind te zijn in het begeleiden van co-assistenten en er zorg voor te dragen dat de assistenten in opleiding afdoende voor de taak van het begeleiden van de co-assistenten worden getraind”

Uit de voorgaande citaten komen drie factoren naar voren die een belangrijke rol spelen om de kwaliteit van de leeromgeving van het co-assistentenschap te verhogen:

- De onderwijskundige structuur en het management van het co-assistentenschap
- De eigen bijdrage van de student aan het leerproces
- De kwaliteit van de begeleidende docenten

Binnen het curriculum neemt de ‘competence’ van studenten een cruciale positie in. Doordat de Nederlandse vertaling ‘competentie’ een semantische verwarring in de hand werkt, wordt hiervoor de term ‘bekwaamheid’ gebruikt.⁴ Vakbekwaam handelen is volgens Heineman (2005): “vereist dat de beroepsbeoefenaar op adequate wijze kan omgaan met de opgaven, eisen en verwachtingen die zich kunnen voordoen binnen de verschillende aspecten van de werksituatie”.

Er zijn zeven bekwaamheden waarop het curriculum is gebaseerd:

⁴ “De Nederlandse term ‘competentie’ wordt echter nu eens gebruikt als bevoegdheid, dan weer als een vermogen of de beheersing van een vaardigheid” (Onderwijsconcept en masteropleiding G2010, 10).

1. Communiceren
2. Probleem oplossen
3. Omgaan met wetenschap
4. Onderzoeken en handelen
5. Behandelen
6. Omgaan met de maatschappelijke context
7. Reflecteren

Binnen de bekwaamheden is een onderscheid in drie domeinen en drie niveaus van beheersing. Na het behalen van de bacheloropleiding beheerst de student elke bekwaamheid op niveau 1. Vervolgens zit de student in de masteropleiding aan het einde van het eerste jaar op niveau 2 en aan het einde van het derde jaar op niveau 3.

2.1.2 Onderwijsprogramma

Is de bacheloropleiding vooral gericht op het 'leren door te studeren', in de masteropleiding verschuift dit naar 'werken onder supervisie' (leren door te doen). Voor de invulling van de onderwijsactiviteiten zijn de zeven bekwaamheden bepalend. Hierin is een onderscheid door de eerder aangehaalde niveaus van beheersing. De klinische leeractiviteiten spelen in de masterfase een belangrijke rol (Heineman, 2005). Ieder jaar in de masteropleiding komen de activiteiten op een hoger niveau naar voren:

- In het eerste jaar training van klinische vaardigheden en een beperkt takenpakket tijdens de stages.
- In het tweede jaar uitbreiding van dit takenpakket in de stages
- In het derde jaar werken onder supervisie ter voorbereiding op een vervolopleiding.

De co-assistenten zijn een belangrijk onderdeel binnen de opleiding tot arts. Hier ontwikkelen en integreren studenten hun kennis, klinische vaardigheden en professioneel gedrag door actief te participeren in de gezondheidszorg (Heineman, 2005).

Jaar M1: Junior co-assistenten

In het eerste jaar van de masterfase (M1) heeft ieder blok een duur van 5 weken. Hierbij wisselen onderwijs en

klinische stages elkaar af. De klinische stages zijn inhoudelijk gekoppeld aan het onderwijs in het klinisch trainingscentrum. De student brengt het aangeleerde in de praktijk. Hierbij kan men denken aan: training van klinische vaardigheden, patiëntgebonden onderwijs, reflectie op de stage-ervaringen en oefeningen met en observatie van professioneel gedrag. Ook wordt van de studenten verwacht op disciplineoverstijgende gebieden hun bekwaamheden te tonen. Ondanks dat het takenpakket beperkt is, moeten ze anamnese afnemen, lichamelijk onderzoek verrichten en plannen maken voor aanvullend onderzoek bij nieuwe patiënten. De onderwijseenheden bestaan uit:

- Junior co-assistenten beweging: Revalidatie, orthopedie, neurologie, interne geneeskunde, psychiatrie en oogheelkunde
- Junior co-assistenten geneeskunde:
- Algemene interne, longziekten, endocrinologie, cardiologie en dermatologie
- Junior co-assistenten heelkunde:
- Chirurgie en Keel-, Neus- en Oorheelkunde
- Junior co-assistenten levenscyclus:
- Obstetrie/gynaecologie, seksuologie, voortplantingsgeneeskunde, kindergeneeskunde en urologie
- Consultvoering
- Professionele ontwikkeling I
- Kennisprogressie IV

Jaar M2: Senior co-assistenten

Het tweede jaar (M2) bestaat uit tien stages van elk vier weken. De geleerde bekwaamheden worden in M2 verder uitgebreid en ontwikkeld tot de bekwaamheden van een basisarts. Ten opzichte van eerste jaar zijn de stages meer disciplinegericht. Hierbij wordt ook het takenpakket uitgebreid: de student moet meer zelfstandig werken, echter wel onder supervisie van een arts. Het onderwijs neemt net als in M1 een plaats in, waarin reflectie, onderwijs en toetsing een plaats hebben, echter is de inhoud ook hier meer disciplinegericht. De duur van de stages kan afhankelijk van de leerdoelen verschillen van 4

weken tot incidenteel 8 weken. De onderwijsheden bestaan uit:

- Senior co-assistentenschap huisartsgeneeskunde (verplicht: duur van 4 weken)
- Senior co-assistentenschap sociale geneeskunde (verplicht: duur van 4 weken)
- Senior co-assistentenschap 1t/m8 (keuze: duur van 4 weken op dezelfde afdeling)
- Professionele ontwikkeling II
- Kennisprogressie V

De senior co-assistentenschappen voor huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde zijn in het tweede jaar verplicht. Daarnaast heeft de student door senior co-assistentenschap 1t/m 8 de mogelijkheid stage te lopen binnen dezelfde discipline. De ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de stagepakketten, die worden samengesteld binnen de mogelijkheden van een ziekenhuis. De professionele ontwikkeling bestaat uit disciplinegebonden en disciplineoverstijgend onderwijs. Eén vast dagdeel in de week wordt in het onderwijscentrum van de affiliatie het disciplineoverstijgend onderwijs gegeven (het zogenoemde onderwijsvenster), waardoor de co-assistenten dus niet aanwezig zijn op de stageplaats.

Jaar M3: Differentiatie co-assistentenschap/stage wetenschap

In het derde en laatste jaar van de masterfase (M3) staan de zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de student voorop. Het is een differentiatiejaar wat is opgedeeld in een semi-arts stage en een stage wetenschap. Het programma speelt in op de toekomstige beroepsuitoefening van de student. Er zijn vier uitstroomprofielen:

- Arbeid maatschappij & gezondheid
- Huisarts- en verpleeghuisartsgeneeskunde
- Intramuraal werkend arts met beschouwend profiel
- Intramuraal werkend arts met snijndend profiel

De semi-arts stage heeft een duur van in totaal 20 weken en bereidt de student voor op de toekomstige beroepsuitoefening als basisarts. Er zijn een drietal voorwaarden om een semi-arts te mogen begeleiden als stagebegeleider: Dagelijkse besprekingen, observaties en

gestructureerde feedback. De semi-arts wordt tweewekelijks beoordeeld door een klinische beoordeling (KB). Het slot van de stage bestaat uit het voltooien van het portfolio van de masteropleiding, waarin de student laat zien over de bekwaamheden van een basisarts te beschikken.⁵ In het eindgesprek wordt de portfolio vervolgens met de facultair begeleider besproken. De stage wetenschap heeft, net als de semi-arts stage, een duur van een half studiejaar en bestaat uit een zelf gekozen aspect binnen de geneeskundige wetenschap. De student verricht hierover wetenschappelijk onderzoek en brengt hierover schriftelijk verslag uit. De semi-arts stage en de stage wetenschap kunnen inhoudelijk aan elkaar gekoppeld worden, waardoor de student een heel jaar in dezelfde omgeving kan werken. Hierdoor is ook de afwisseling van beide stages mogelijk. De onderwijseenheden bestaan uit de semi-arts stage, stage wetenschap en de kennisprogressie VI.

Toetsing

De toetsing van studenten vindt op verschillende manieren plaats. Dit komt doordat de leerdoelen niet op eenzelfde manier kunnen worden geëxamineerd. De leerdoelen maken een onderscheid in kennis, vaardigheden en professioneel gedrag. De kennis wordt schriftelijk getoetst. Om de kwaliteit te bewaken zijn procedures opgezet voor een geprotocolleerde procedure voor het tijdschema, samenstelling en vaststelling van de toets. De vaardigheden worden op de volgende manieren worden getoetst: mondeling, schriftelijk verslag, mondelinge presentatie, observatie of videotoets. Voor de toetsing van professioneel gedrag worden beoordelingsformulieren gebruikt. De beoordelingen komen van verschillende personen, zoals de stagebegeleider en medestudenten.

⁵ Het portfolio is “een map waarin studenten verslagen, rapportages en uitwerkingen verzamelen naar aanleiding van opdrachten en activiteiten binnen de onderwijseenheid professionele ontwikkeling en de onderwijseenheid semi-arts stage. Door het samenstellen van deze map geeft de student zichzelf en anderen inzicht in zijn ontwikkeling met betrekking tot de beheersing van de bekwaamheden. De student is zelf verantwoordelijk voor de inhoud van de map” (Onderwijsconcept Masteropleiding, 2005).

Daarnaast vindt er een integratie plaats in de portfolie van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag.

2.1.3 Positie docent in het co-assistentschap

De medisch specialisten nemen binnen de co-assistentschappen een belangrijke positie in. In de rol van 'docent' hebben zij veel invloed op de leerervaring van de co-assistenten. De co-assistentschappen worden voornamelijk door de co-assistenten zelf gemaakt. Zij moeten door actieve zelfstudie de kennis zelf verwerven. De docent begeleidt het leerproces van de co-assistent, zoals in het onderwijsconcept wordt gesteld (Heineman, 2005).

“De docenten zijn niet meer zoals vroeger alleen leveranciers van de kennis, die de studenten op een passieve wijze tot zich nemen. De docenten in G2010 functioneren als coach en zorgen voor de stimulans tot en het geven van sturing aan het actieve leerproces van de studenten. Ze geven tevens feedback wanneer de studenten rapporteren over hun vorderingen en ze controleren ook het uiteindelijk bereikte niveau”

2.2 Ziekenhuisprofielen

In deze paragraaf komen de ziekenhuizen afzonderlijk aan bod. Eerst worden de cijfermatige kenmerken van de ziekenhuizen aan de hand van drie tabellen behandeld (NVZ, 2009). Van het UMCG zijn helaas niet alle cijfers voor handen.

2.2.1 Kwantitatieve gegevens

In tabel 2.1 is het aantal incidenten per ziekenhuis te zien. De absolute cijfers zijn sterk afhankelijk van het registratiesysteem en de omvang van het ziekenhuis, toch

vallen een aantal zaken op.⁶ Nij Smellinghe (NSD) heeft een bijzonder laag aantal incidenten, welke allemaal hebben geleid tot maatregelen. Het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) heeft daarentegen veel incidenten, zelfs meer dan het UMCG, die grotendeels tot maatregelen leiden. De patiënten zijn over het algemeen erg opgetogen over de ziekenhuizen. De rapportcijfers zijn grotendeels gelijk, al springt de Tjongerschans er hier in positieve zin uit met een score van een 8,8(!).

	UMCG	MCL	NSD	TSH
Totaal aantal incidenten centraal gemeld	874	1.068	159	577
Percentage hiervan dat heeft geleid tot maatregelen		70	100	50
Gemiddelde rapportcijfer van de patiëntentevredenheid bij de instelling		7,9	7,9	8,8

Tabel 2.1: Overzicht incidenten

In de tweede tabel (2.2) wordt een overzicht gegeven van het personeel. De cijfers laten goed het verschil tussen het UMCG en de streekziekenhuizen zien. Het UMCG heeft liefst 9 keer zoveel fte aan personeelsleden als de streekziekenhuizen. De totale personeelskosten zijn daar ook naar met 478.073.000 euro. Opvallend is het aantal deeltijders binnen de ziekenhuizen. Dit is bij het MCL met 1.552 drie keer zo hoog als Nij Smellinghe en de Tjongerschans. Het deeltijdpercentage van het MCL is erg hoog: 74,9 procent.

⁶ Een hoge prioriteit voor het melden van incidenten kan ertoe leiden dat meer incidenten aan het licht komen.

	UMCG	MCL	NSD	TSH
Totaal aantal fte personeelsleden inclusief personeel niet in loondienst en oproep/invalkrachten	6.325	2.452	725	781,9
Aantal werknemers	7.971	3.233	1.264	1.156
Deeltijdpercentage voor het totale personeel		74,9	57,4	54,4*
Aantal fte medisch specialisten werken in het ziekenhuis		162,1	65,7	59,6
Verzuimpercentage, excl. zwangerschapsverzuim in het verslagjaar	4,0	4,9	3,2	4,4

Tabel 2.2: Overzicht personeel (* afkomstig uit 2005)

Niet alleen het overzicht van het personeel laat duidelijk de onderlinge verschillen zien, evenzeer geldt dit voor het vermogen van de ziekenhuizen (tabel 2.3).

	UMCG	MCL	NSD	TSH
Eigen vermogen in verslagjaar	91.928	21.790	22.773	3.701
Som der bedrijfsopbrengsten in verslagjaar	746.251	226.385	75.192	70.805
Solvabiliteit = (weerstandvermogen/risicobudget*100%) in verslagjaar	9,8	9,6	32,5	5,47

Tabel 2.3: Overzicht vermogen

De Tjongerschans heeft verreweg het laagste eigen vermogen met 781.900 Euro. Opvallend is het verschil met

het andere perifere streekziekenhuis Nij Smellinghe: 3.701.000 om 22.773.000 Euro. Nij Smellinghe verkeert in een goede financiële situatie en heeft zelfs een hoger eigen vermogen dan het MCL. De solvabiliteit (de verhouding tussen het eigen vermogen en het vreemd vermogen) is bij Nij Smellinghe dan ook bijzonder hoog met 32,5 procent en bij de Tjongerschans laag (5,47%).

De functionaliteit van een ziekenhuis wordt mede bepaald door het bedieningsgebied. In tabel 2.4 is te zien dat de Tjongerschans een kleiner gebied bestrijkt, dan het andere perifere streekziekenhuis Nij Smellinghe. Dit sluit aan bij de voorgaande uitkomsten, waarin bij de Tjongerschans een lagere capaciteit naar voren komt. De capaciteitsomvang in bedden is in de Tjongerschans met 221 veel kleiner dan Nij Smellinghe (339) en het MCL (581), daarentegen is de bedbezetting ongeveer gelijk.

	UMCG	MCL	NSD	TSH
De lokale bevolkingsomvang (absoluut aantal) in het bedieningsgebied van het ziekenhuis in het verslagjaar		244.536	120.000	108.000
Capaciteitsomvang in bedden in het verslagjaar	1.339	581	339	221
Totaal aantal opnamen over het verslagjaar	32.831	27.972	12.702	11.747
Percentage bedbezetting in het verslagjaar	74,0	84,3	80,4	82,1

Tabel 2.4: Overzicht bevolkingsomvang

De laatste tabel (2.5) gaat in op de opleidingscapaciteit van de ziekenhuizen. Hier zijn vooral verschillen te zien in het aantal HBO-V studenten. Het MCL heeft meer co-assistenten, dan de streekziekenhuizen, maar ook beduidend meer AGIO's. De gegevens zijn niet opzienbarend als wordt meegenomen dat het MCL, in

tegenstelling tot de streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen, een opleidingsziekenhuis (of 'teaching hospital') is. Het ziekenhuis is zodoende bevoegd AIOS op te leiden.

	UMCG	MCL	NSD	TSH
Aantal co-assistenten, gemiddeld over 52 weken/jaar	406	60	12	12
Aantal plaatsen voor assistenten geneeskunde in opleiding (AGIO's)		65	3	2
Aantal HBO-V studenten, gemiddeld over 52 weken/jaar		145	26	6

Tabel 2.5: Overzicht opleidingscapaciteit

2.2.2 Achtergronden en doelen

De gegevens zijn afkomstig uit de jaardocumenten van de ziekenhuizen die zij openbaar moeten maken, zodat de transparantie van de gezondheidszorg wordt bevorderd. Per ziekenhuis wordt een korte beschrijving gegeven met als doel inzicht te verkrijgen in de achtergronden en doelen van het ziekenhuis.

Universitair Medisch Centrum Groningen

Het UMCG kenmerkt zich door een focus op onderwijs, opleiding en onderzoek (UMCG, 2007). Zo is het UMCG in 2006 uitgeroepen tot beste leerbedrijf van Nederland. De reden was de duidelijke visie die het UMCG heeft op opleiden en begeleiden. De missie van het ziekenhuis luidt dan ook: 'bouwen aan de toekomst van gezondheid'. Zoals uit de cijfers blijkt, is het zonder twijfel de grootste organisatie van de vier onderzochte ziekenhuizen. Als organisatie is het zelfs de grootste werkgever van Noord-Nederland. Met 1.300 bedden, 326.000 verpleegdagen en 126.000 eerste polikliniekbezoeken per jaar is het UMCG één van de grootste ziekenhuizen in Nederland. Jaarlijks gaat er ruim 700 miljoen euro om en er werken meer dan

7.000 medewerkers uit vele verschillende vakgebieden. De kernactiviteiten van het UMCG bestaan uit: patiëntenzorg, onderwijs en opleiding, en onderzoek. Het UMCG streeft er naar om tot de top behoren. Dat kan alleen met voldoende patiënten die naar het ziekenhuis komen, zowel met veel voorkomende medische klachten als met aandoeningen die topklinische en *topreferente* deskundigheid nodig hebben (UMCG, 2007).

Medisch Centrum Leeuwarden

Als enige topklinische opleidingsziekenhuis van Friesland is het Medisch Centrum Leeuwarden het belangrijkste ziekenhuis van de provincie. Dit houdt in dat het ziekenhuis sterk gericht is op opleiden en zich ook in die mate wil profileren. Het MCL is een centrum voor medisch specialistische zorg waar alle kwalitatief hoogwaardige vormen van diagnostiek, behandeling en verpleging beschikbaar zijn op basis van de meest moderne inzichten. Veelal in multidisciplinaire teams wordt de hoogwaardige zorg mogelijk gemaakt. Het MCL is innovatief en investeert in de nieuwe medische ontwikkelingen. Daarbij ligt naast professioneel handelen het accent op zorglogistiek. Het MCL verleent basiszorg voor de patiënten in het verzorgingsgebied en neemt daarnaast voor de gehele provincie Friesland een plaats in tussen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de andere Friese ziekenhuizen. Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in een aantal regionale (top) functies, subspecialisaties, multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en in aandacht voor onderwijs en onderzoek. Het MCL is lid van de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (MCL, 2007).

Nij Smellinghe Drachten

Ziekenhuis Nij Smellinghe is een 'medisch specialistisch geïntegreerd bedrijf' dat beschikt over een geheel functiepakket van medische functies, verpleegkundige en paramedische functies om de kwaliteit en de continuïteit van de patiëntenzorg te garanderen. Het verzorgingsgebied van het ziekenhuis telt ruim 110.000 inwoners en omvat Zuidoost Friesland en een deel van Groningen. De missie

van Ziekenhuis Nij Smellinghe (2007) luidt: 'de patiënt is bepalend voor ons handelen'. Op basis van deze missie wordt het ziekenhuis Nij Smellinghe getypeerd als een dynamisch algemeen ziekenhuis voor de Zuidoostkant van Friesland en de daar aan grenzende gebieden, dat een breed pakket van kwalitatief hoogwaardige medisch specialistische zorg aanbiedt, waarvoor de wensen en behoeften van de inwoners van het verzorgingsgebied richtinggevend zijn. Het ziekenhuis beschikt over alle basisspecialismen en een aantal speerfuncties. Het aantal medisch specialisten is uitgebreid om de stijgende vraag naar zorg in het verzorgingsgebied te kunnen blijven leveren.

De Tjongerschans Heerenveen

De Tjongerschans heeft enkele bewogen jaren achter de rug: twee keer een wisseling van de Raad van Bestuur, een ombuigingsoperatie, een totale reorganisatie en de ontwikkeling van een nieuw medisch en strategisch beleidsplan in 2006. De Tjongerschans is een algemeen ziekenhuis en verleent ziekenhuiszorg in de regio Heerenveen. De Tjongerschans levert een breed palet aan tweedelijns basiszorg en gespecialiseerde vakkennis aan iedereen in het verzorgingsgebied. De Tjongerschans (2007) is volgens het jaarverslag: "een efficiënt georganiseerd, vernieuwend en ondernemend ziekenhuis met een vlotte service voor patiënten en verwijzers". De Tjongerschans is beperkt in de mogelijkheden: hoogcomplexere zorg verwijzen ze door naar centra en laagcomplexere zorg blijft (waar mogelijk) bij de eerste lijn (zoals een huisarts). Bij deze keuzes is kwaliteit de stelregel: is er voldoende aanwezig om de zorg zelf te kunnen leveren. De richtpunten in het zorgaanbod zijn beweging, circulatie en vitaal oud worden (De Tjongerschans, 2007).

3 Theoretisch kader

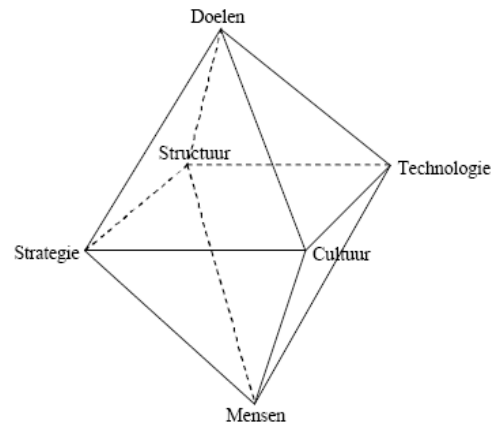
In dit hoofdstuk worden twee theoretische invalshoeken behandeld: de Leidse Octaëder en werkgerelateerd leren. Door de organisatieaspecten van de ziekenhuizen te beschrijven, wordt een beeld gevormd van de verschillende instellingen. De Leidse Octaëder hanteert een zestal voor dit onderzoek goed toepasbare aspecten en wordt als uitgangspunt gebruikt bij de beschrijving van de onderlinge organisatieverschillen (Van Ruyseveldt, De Witte & Von Grumbkown, 2004). Het tweede belangrijke aspect binnen het onderzoek heeft betrekking op het leren op de werkplek van co-assistenten (werkgerelateerd leren). De achterliggende theorie wordt behandeld, waarna de twee theorieën met elkaar worden verbonden. Het theoretisch kader is voor een deel gebaseerd op het onderzoek van Greven: 'Werkgerelateerd Leren' uit 2008. De factoren die zij heeft opgesteld met betrekking tot werkgerelateerd leren, worden ook in dit onderzoek gebruikt (zie figuur 3.2). Na deze theoretische uiteenzetting, worden de invalshoeken met elkaar verbonden. Hierdoor ontstaat een Leidse Octaëder met een specifieke toepassing op werkgerelateerd leren.

3.1 Integraal systeem: de Leidse Octaëder

Uit de vele variaties aan organisatie modellen is voor de Leidse Octaëder gekozen. De belangrijkste reden is de aanwezigheid van voorzieningen (technologie) als afzonderlijk kenmerk in het model. Instrumenten als het 7-S model van McKinsey en de Balanced Scorecard zijn derhalve ongeschikt voor het onderzoek (Kaplan, 2005). Ook is de Leidse Octaëder in vergelijking met deze en de meeste andere modellen niet expliciet gericht op profit organisaties, waardoor het goed aansluit bij het type organisaties dat onderzocht wordt, te weten ziekenhuizen. Een belangrijk punt van de Leidse Octaëder is de beïnvloeding van de aspecten op elkaar, waardoor zij niet

los van elkaar kunnen worden gezien. De aspecten van de organisatie staan in een uitwisselingsrelatie met de omgeving en vormen samen een *dynamisch evenwicht* (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). De zes aspecten die met elkaar worden verbonden zijn: structuur, cultuur, strategie, doelen, mensen en technologie (zie figuur 1).

Aan de *organisatiedoelen* ontleent een organisatie zijn gezicht. Een organisatie heeft altijd meerdere doelen. Deze kunnen liggen op bijvoorbeeld economisch, technisch of sociaal-maatschappelijk gebied. De doelen zijn ook van belang voor de uitstraling naar buiten (het imago) en de eigen cultuur. De doelen worden vertaald naar het organisatiebeleid, sociaal beleid en technologiebeleid. Het beleid geeft richting aan de taken en werkzaamheden die mensen verrichten.



Figuur 3.1: De Leidse Octaëder

De *organisatiestrategie* heeft betrekking op beslissingen die direct van belang zijn voor de voortgang van de organisatie. Strategie wordt door Boonstra (2007) omschreven als: “de

beslissingen over de wijze waarop gestelde doelen kunnen worden bereikt door het inzetten van mensen en middelen, rekening houdend met de eisen vanuit de omgeving”. De indeling van organisatie-eenheden wordt in een complexe organisatie bepaald door een organisatieontwerp. Deze eenheden worden vervolgens opgedeeld in afdelingen naar gelang de afspraken over taken en bevoegdheden van mensen.

Organisatiestructuur is de manier waarop taken zijn verdeeld over afdelingen in organisaties. Hieronder wordt verstaan de interne taakdeling, de coördinatie van taken en de onderlinge relaties tussen afdelingen en organisatie-eenheden.

De *cultuur* van een organisatie heeft vooral te maken met de gemeenschappelijke normen en waarden. Deze zijn dusdanig diep in de organisatie aanwezig, dat ze veelal als vanzelfsprekend worden beschouwd. Een sterke cultuur zorgt voor stabiele gedragspatronen, aangezien de mensen weten welke gedragingen en houdingen van hun worden verwacht. Voldoen (nieuwe) werknemers hier niet aan, dan vallen ze buiten de boot.

Onder de *technologie* van een organisatie vallen een aantal uiteenlopende onderdelen. Naast de technische voorzieningen (zoals machines en computers) zijn dit: de ‘lay-out’ van het machinepark, werkprocedures, werkmethoden, inkoop –en verkoopprocedures, procedures en instrumenten voor personeelsselectie en procedures voor personeelsbeleid.

Het zesde aspect zijn de *mensen* die binnen een bepaalde organisatiestructuur taken en werkzaamheden verrichten, waarbij zij gebruik maken van de technologie. Boonstra (2007) ziet vanuit een perspectief van organiseren als samenwerkings- en afstemmingsproces, werknemers als mede verantwoordelijk voor de organisatie als geheel.

3.1.1 Toepassing Leidse Octaëder

De Leidse Octaëder wordt in het onderzoek gebruikt om de eigenschappen van de ziekenhuizen als professionele organisaties in combinatie met de opleidingsomgeving van co-assistenten in kaart te brengen.

De *doelen* van een ziekenhuis kunnen onderling behoorlijk verschillen. Ze hebben een grote invloed, aangezien ze worden vertaald naar de andere aspecten binnen de organisatie. Een verschil in doelstelling onder ziekenhuizen is zeker van toepassing op de opleiding. Zo is een universitair ziekenhuis sterk gericht op het opleiden. In zekere mate geldt dit ook voor topklinische ziekenhuizen. Een medisch specialist zal hierdoor beter op de opleidingstaak zijn ingesteld, dan een specialist in een streekziekenhuis dat alleen de zorgbehoefte van de patiënt als doel heeft.

Tussen de ziekenhuizen is in de *structuur* van de organisatie een verschil zichtbaar (Wenckebach Instituut, 2009). De structuur van een groot academisch ziekenhuis is vele malen complexer, dan een streekziekenhuis en in mindere mate in vergelijking met een topklinisch ziekenhuis. Zo heeft het UMCG onlangs nog een ingrijpende herstructurering ondergaan. Hierbij is de opleidingsfunctie ondergebracht in een aparte sector (‘ontwikkeling en overdracht’) in de bedrijfsstructuur (UMCG, 2009). In een streekziekenhuis is deze tak in de organisatie in zijn geheel niet aanwezig.

Zoals de Leidse Octaëder aangeeft hangen de doelen en structuur sterk samen met de *strategie*. Ook hier speelt opleiden een belangrijke rol. De missie van het UMCG is ‘bouwen aan de toekomst van gezondheid’. Deze visie krijgt een driedelige invulling: pionieren in onderzoek, kennis toetsen en delen, en zorgzaam voor mensen. In tegenstelling tot het topklinisch ziekenhuis, dat voor zichzelf ook een taak als opleidingsziekenhuis ziet, heeft een streekziekenhuis louter de missie en visie om aan de zorgbehoefte van de patiënten te voldoen (De Tjongerschans, 2009). Hoe zij dat willen invullen, kan uiteraard behoorlijk verschillen. De strategische keuze die

bij ieder ziekenhuis naar voren komt, heeft betrekking op de samenwerkingsverbanden met de ziekenhuizen in de regio. Het UMCG is in de noordelijke regio de belangrijkste speler. Hierbij dient het MCL als verbinding met de ziekenhuizen in Friesland. Zoals eerder vermeld, komt dit terug in de opleiding van (toekomstige) artsen, als AIOS en co-assistenten.

De doelstellingen van een ziekenhuis werken door in de heersende *cultuur* van de organisatie. Een universitair ziekenhuis is sterk gericht op leren. Van een medisch specialist wordt verwacht dat hij wil onderzoeken en zelf wil leren, maar ook anderen (zoals co-assistenten en AIOS) wil 'doceren'. De omgangsvormen tussen co-assistent en medisch specialist zullen dan ook sterk verankerd liggen. Doordat de junior co-assistenten bij het UMCG blijven, is er minder ruimte om de co-schappen te lopen bij medisch specialisten, dan in de andere ziekenhuizen. De leerrelatie wordt door deze krapte en daardoor het routinematig handelen van de medisch specialist beïnvloed. In een streekziekenhuis heerst een andere mentaliteit, mede door de kleinschaliger opzet. Dit vertaalt zich naar de relatie met de patiënten en evenzo met de co-assistenten.

De eigenschappen van een ziekenhuis (in combinatie met de opleidingsfunctie) komen naar voren in de eerste vier punten. Voor de *technologie* is een hele andere rol weggelegd. De voorzieningen voor de opleidingsfunctie worden door de ziekenhuizen op verschillende manieren ingevuld (UMCG, 2009). Naast de mensen die hierna aan de orde komen, is de aanwezige technologie sterk van invloed op deze voorwaarden. Hieronder vallen de technische voorzieningen, zoals ruimte, pc's, oefenmateriaal, tijd en personele hulp, maar ook werkprocedures en werkmethoden (Boonstra, 2007). Binnen een universitair ziekenhuis heeft de opleidingstaak een hoge prioriteit, met als gevolg dat de opleidingsfunctie binnen de organisatie in een aparte sector is geplaatst. Dit gaat gepaard met een beduidend hoger budget, waardoor beter aan de voorwaarden van de opleidingsomgeving is te

voldoen, dan bij perifere ziekenhuizen met een lagere opleidingsprioriteit.

Op het aspect *mensen* wordt binnen dit onderzoek de meeste nadruk gelegd. Er wordt immers een relatie tussen twee groepen personen onderzocht: de medische specialisten in hun rol als opleider van co-assistenten. De organisatiekenmerken van een ziekenhuis hangen samen met de taken, werkzaamheden en competenties van de aanwezige mensen (medisch specialisten). Aangezien de kenmerken van de ziekenhuizen sterk verschillen, rijst de vraag in hoeverre de taken, werkzaamheden en competenties van de medisch specialisten (mensen) aansluiten bij de voorwaarden van de opleidingsomgeving. Ook de taken en werkzaamheden van de co-assistenten zijn hier interessant. Deze kunnen wisselen per ziekenhuis, wat een slechte of juist gunstige uitwerking op de opleiding kan hebben.

3.1.2 Samenhang organisatieaspecten

De Leidse Octaëder geeft inzicht in de kenmerken van een organisatie. De aspecten in dit model hangen zoals gezegd onderling samen en beïnvloeden elkaar sterk. Het model heeft als uitgangspunt dat 'clusters van variabelen elkaar onderling beïnvloeden, zodat een dynamisch evenwicht ontstaat met de omgeving van de organisatie' (Boonstra, 2007). Bepaalde aspecten vertonen meer onderlinge samenhang, dan andere aspecten. Dit kan komen door het operationele niveau; de *doelen* en de *strategie* tegenover de uitvoerende *technologie*. Zo is strategie eerder beschreven als: "de beslissingen over de wijze waarop gestelde doelen kunnen worden bereikt". Dit vindt vervolgens op het operationele niveau plaats door *mensen* en *technologie*. Behalve dat een universitair ziekenhuis een grote omvang en een logge organisatiestructuur heeft, bezit het ook een groot budget en een strakke huishouding. Doordat opleiden en onderzoek een peiler is waarop de doelen en strategie zijn gebouwd, werkt dit door op de andere aspecten van de octaëder. Zo is de skillscenter er niet voor niets, maar is dit ingesteld om de vaardigheidstraining te optimaliseren en de

patiëntveiligheid te vergroten (Wenckebach Instituut, 2008). Hetzelfde geldt voor de bibliotheek en de samenwerking met de Rijksuniversiteit (structuur). De mensen die er werken, zoals de medisch specialisten, komen veel in aanraking met opleiden als uitvoerder van het beleid (lees doelen en strategie) en gebruiker van de technologie. Deze lijn geldt in minder mate voor een topklinisch ziekenhuis.

In Nederland zijn een aantal van deze ziekenhuizen tevens bekroond tot 'teaching hospital'.⁷ Deze titel, verkregen door het UMCG, zegt het nodige over de doelen van het ziekenhuis, welke vervolgens alle geledingen van het ziekenhuis beïnvloeden. De algemene ziekenhuizen waarbij opleiden *geen* dominant organisatiedoel en strategie is, zullen het daarom budgettair niet in hoge mate ondersteunen (het kan zelfs fungeren als sluitpost). Er is bijvoorbeeld geen bibliotheek of skillscenter aanwezig en de medisch specialisten hebben minder met de opleiding en onderzoek van doen. De organisaties zijn simpelweg minder groot en de structuur is minder complex. De begrotingen zijn een enkelvoud van een universitair ziekenhuis en de mogelijkheden hangen daarmee samen. Dit is geen keuze van goed of slecht, maar de functie van een (streek)ziekenhuis voor de omgeving.

3.2 Werkgerelateerd leren

Voor ons model vormt de Leidse octaëder de organisatorische basis. De theorie van werkgerelateerd leren wordt hier aan toegevoegd om samen een model te vormen waarmee geprobeerd wordt leren in verschillende typen ziekenhuizen te verklaren. In deze paragraaf staat werkpleklernen centraal. Voor dit theoretische gedeelte is bij het maken van bepaalde keuzes de aanpak van Greven gevolgd. Greven (2008) heeft in een eerder onderzoek voor ons relevante aspecten van het leren op de werkplek in ziekenhuizen onderzocht. Voor de theoretische benadering

van het leren op de werkplek wordt allereerst de theorie van Onstenk gevolgd. Leren op de werkplek is door Onstenk (1997) samengevat als: (1) het verwerven van een arbeids- en beroepsgericht handelingsrepertoire (competenties), waarbij (2) de problemen uit de arbeidspraktijk het leerobject vormen en (3) de reële arbeidssituatie de leeromgeving is. Leren op de werkplek kent vele vormen die gerangschikt kunnen worden op een continuüm dat loopt van 'in werk geïntegreerd leren', waarbij het leren wordt gestuurd door (4) het werk (inhoud, verloop en structurering de arbeidsactiviteit), (5) de sociale werkomgeving (chef, collega's) en/ of (6) de lerende zelf, tot 'opleiden op de werkplek', waarbij leren (ook) wordt gestuurd door (7) pedagogisch-didactische ingrepen in leerinhoud en leeromgeving en (8) begeleiding/ coaching op de werkplek.

3.2.1 Definitie leren op de werkplek

Er zijn verschillende definities beschikbaar van leren op de werkplek. Een groot aantal auteurs vindt dat er een belangrijk onderscheid te maken is tussen formeel en formeel leren (Greven, 2008). De auteurs zijn het vervolgens echter oneens wat de verschillen tussen formeel en formeel leren zijn. Over het algemeen kan echter worden gesteld dat formeel leren 'klassikaal leren' is en formeel leren niet-klassikaal leren. De grenzen van deze beide leervormen zijn echter diffuus. Zo vinden Marsick en Watkins coaching een vorm van formeel leren, terwijl Eraut het ziet als een georganiseerde leeractiviteit en het zodoende beschouwt als een vorm van formeel leren.

Voor deze scriptie wordt de definitie van Van Woerkom van werkgerelateerd leren gebruikt. Deze definitie sluit het beste aan bij het leren van co-assistenten. In het leren van co-assistenten vindt het merendeel van hun opleiding in het dagelijkse werk plaats. Daarbij levert het leren een grote bijdrage aan competentieontwikkeling, is niet al het leren georganiseerd en verschilt het per persoon wat men waarvan leert (Greven, 2008). De definitie van Van Woerkom (2003) sluit goed aan bij deze kenmerken. Zij definieert werkpleklernen als:

⁷ Zie ook de inleiding: 'Co-assistentschappen in teaching hospitals'

- een natuurlijk leerproces verweven in het dagelijkse werkproces
- niet geheel te plannen en niet volledig voorspelbaar.
- niet expliciet door externe actoren georganiseerd
- afhankelijk van de mate van bewustzijn van de lerende is het leren meer intentioneel of meer impliciet

De definitie van Van Woerkom vergt volgens Greven op een punt aanvulling. Er wordt weinig verschil gemaakt in het leren op de werkplek als gevolg van bewust georganiseerde activiteiten zoals coaching, supervisie en reflectie en het leren buiten dit soort tussenkomsten. Volgens Greven (2008) komt de definitie van Van Woerkom desondanks het meeste overeen met Onstenks benadering van leren op de werkplek die in het onderzoek wordt toegepast. Daarom wordt deze definitie ook in dit onderzoek gehanteerd.

3.2.2 Factoren die leren op de werkplek beïnvloeden

Nu de definitie van werkpleklernen is vastgesteld, kan er naar de factoren worden gekeken die het leren beïnvloeden. Swanwick benoemt in een artikel een aantal factoren die de kwaliteit van werkgerelateerd leren vergroten en die nog onderbelicht zijn. Er moeten duidelijke *doelen* worden gesteld in elke fase van de opleiding. Voor het leren zijn volledige *deelname aan de sociale praktijk, leermogelijkheden en leerondersteuning* op de werkplek cruciaal. Hierbij valt te denken aan de *aanwezigheid van hulpbronnen* en voldoende *tijd om literatuur te raadplegen*. Om zich goed te kunnen ontwikkelen tot arts is het belangrijk een professionele identiteit te krijgen. Bijvoorbeeld door krijgen van *feedback* en *discussies met vakgenoten* (Swanwick, 2005).

De werkomgeving wordt alom gezien als één van de belangrijkste voorwaarden voor werkgerelateerd leren. Voorbeelden hiervan zijn: *werktempo, werkdruk, taakvariatie, taakautonomie, moeilijkheid van de taak, informatie over de taak, samenwerking, coaching, deelname* en *leerklimaat*. Daarnaast worden er ook motiefactoren onderscheiden: *ervaring, sociale*

integratie en de *balans tussen veiligheid en uitdaging* (Van Woerkom, 2003).

Erout (2000) maakt een verschil in individuele factoren en omgevingsfactoren voor werkgerelateerd leren. Onder individuele factoren schaaft hij vertrouwen in *kennis en vaardigheden, ervaring, zelfbeeld, omgaan met onzekerheid, motivatie om te leren, om goed werk te doen, om anderen tevreden te stellen, om door te zetten als het moeilijk wordt, om carrière te maken* en bekwaamheden zoals de *competenties* die medewerkers bezitten. Daarnaast benoemt hij vier omgevingsfactoren: de wijze van managen, cultuur op de werkplek, kenmerken van de organisatie en kenmerken van de beroepsdoelgroep.

Volgens Onstenk (1997) zijn vier factoren van invloed op het leerpotentieel van de werkplek (of arbeidssituatie): het leervermogen van de werknemer, de leerbereidheid van de werknemer, het leeraanbod op de werkplek en het opleidingsaanbod op de werkplek. Deze factoren worden hieronder kort toegelicht.

Leervermogen van de werknemer

Het totaal van competenties (*kennis, houding en vaardigheden*) waar een werknemer op een bepaald moment in de tijd over beschikt, is een voorwaarde voor verdere leerprocessen. De bestaande, al aanwezige, competenties zijn de basis waarop verder wordt geleerd en vormen het startpunt van een specifieke leergebeurtenis, omdat de werknemer met een probleem te maken krijgt dat niet binnen het huidige bereik ligt. Een belangrijk aandachtspunt hierin is het ontwikkelen van het vermogen om te *leren in situaties met een slechte structuur*. Aspecten die hierbij van belang zijn, zijn het achteraf kunnen *reflecteren op leermomenten, het expliciteren en veralgemeniseren van leerervaringen* en het *treffen van transfermaatregelen*. Dus het vermogen om de specifieke leerervaring om te zetten in een breed toepasbare vaardigheid. Om in zulke situaties zelfsturend te leren, moet een werknemer beschikken over *zelfmanagement*

vaardigheden (zoals plannen en leerdoelen stellen), *autonomie* en *handelingscontrole* (Onstenk, 1997).

Leerbereidheid van de werknemer

De leerbereidheid van een werknemer is cruciaal voor het laten plaatsvinden van leerprocessen. Zonder *motivatie* en *betrokkenheid* van de werknemer vindt het leren niet plaats. Om het gedragsveranderingsproces van leren tot stand te laten komen, is motivatie essentieel, mede omdat de veranderingen veel inzet kosten. De leerbereidheid wordt beïnvloed door de hindernissen die de werknemer ervaart. Deze kunnen door eerdere *ervaringen* een persoonlijk karakter hebben of kunnen aan de arbeidsplaats zelf liggen. De *persoonlijke weerstanden* tegen het leren (onbereidheid) kunnen liggen aan de *angst om te leren*, *angst voor verandering of onzekerheid ten aanzien van nieuwe taken of apparatuur*. Het bedrijf of de opleider moet een sfeer creëren waarin het *stellen van vragen* of het *uitproberen* (waardoor fouten kunnen ontstaan) wordt gestimuleerd (Onstenk, 1997).

Positieve ervaringen kunnen een belangrijke rol spelen om de leerangst van de werknemer tegen te gaan en de leerbereidheid te bevorderen. De bereidheid kan ook worden gestimuleerd door een *beloning*, *getuigschrift of promotie* in het vooruitzicht te stellen (Skule, 2004).

Andere onderzoeken geven nog bijkomende factoren aan die een rol kunnen spelen bij zelfgestuurd leren. Dit zijn bijvoorbeeld de mate waarin iemand denkt zijn *werk goed uit te kunnen voeren* en *goede resultaten* te kunnen behalen en de mate waarin iemand zich verbonden voelt en gewaardeerd wordt door zijn leidinggevende (Greven, 2008).

Het leeraanbod op de werkplek

Onstenk (1997) onderscheidt in het leeraanbod op de werkplek drie dimensies. De eerste dimensie die door Onstenk wordt onderscheiden, zijn de functiekenmerken van de arbeid. De mogelijkheden voor in het werk geïntegreerd leren worden bepaald door het leeraanbod dat aanwezig is in de omgeving. Het leeraanbod hangt af

van de arbeidskenmerken en de kenmerken van de werkomgeving. Arbeidskenmerken zijn de *complexiteit van het werk*, *de taakhoud*, *de ruimte voor de taakuitoefening*, en *de taakgevarieerdheid*. De laatste twee kenmerken (taakgevarieerdheid en taakhoud) geven de mogelijkheid voor inhoudelijke verdieping. Bij het leeraanbod op de werkplek spelen volgens Cheetman (2001) nog een aantal factoren een belangrijke rol: het aantal *mogelijkheden om een groot aantal ervaringen op te doen*, *een passende praktijkervaring en het uitvoeren van belangrijke taken en functies*. Het leeraanbod omvat de arbeidsactiviteiten die in de praktijk daadwerkelijk worden uitgevoerd. Het leren en de competentieontwikkeling hangen af van de *voorwaarden en verantwoordelijkheden, problemen en mogelijkheden* die de werknemer tegenkomt op de werkplek.

De tweede dimensie van het leeraanbod op de werkplek volgens Onstenk is de informatieomgeving. De werkomgeving is een informatieomgeving en speelt daardoor een belangrijke rol bij het leren op de werkplek. Eigenschappen van de werkomgeving zijn: de *mate van sociale contacten*, *begeleiding*, *feedback* en de *aanwezigheid van informatiebronnen*. Werknemers moeten bij problemen de *mogelijkheid en ondersteuning* krijgen om deze op te lossen. Het is van belang dat in het leeraanbod *ruimte aanwezig* is voor open reflectie over het resultaat van de oplossing.

Om een probleem 'progressief' te kunnen oplossen en competentieontwikkeling te laten plaatsvinden, is het stimuleren van en ruimte maken om zelf te experimenteren en problemen op te lossen met daarin de mogelijkheid voor het *maken en bespreken van fouten* onontkoombaar. Werknemers spannen zich meer in om te leren als *steun en aanmoediging* (feedback) wordt gekregen van supervisors. Bij het leeraanbod wordt de kwaliteit bepaald door het aantal keren dat er bij de functie zich *kritieke incidenten* voordoen. Functies met een grote leerintensiteit worden gekenmerkt door veel *verantwoordelijkheid en ontwikkelingen in technologie en werkmethoden* (Skule, 2004).

De derde dimensie van het leeraanbod op de werkplek is volgens Onstenk (1997) de sociale werkomgeving. Het werk vindt plaats in de *sociale context* van een 'praktijkgemeenschap'. Chefs, collega's en het team hebben een belangrijke taak in het kunnen leren in de werkomgeving. Het leerniveau blijkt namelijk in positieve zin te worden beïnvloed door een *eisende werkomgeving*, klanten, managers en collega's (Skule, 2004).

Het *observeren van collega's* met een variërend vaardigheidsniveau kan volgens Lave (1991) de lerende werknemer motiveren om leren te zien als doorlopend gefaseerd proces. Als de werknemer steeds de beschikking heeft over deze ervaring kan ze continue de kennis voor complexe vaardigheden vergroten. Wanneer er verschillende *rolmodellen* (meesters) zijn, kan dit werknemers leren dat er meerdere manieren zijn om de taken uit te voeren en dat niemand over alle kennis en expertise bezit.

Het opleidingsaanbod op de werkplek

De door het bedrijf georganiseerde opleiding op de werkplek is de laatste factor van leren op de werkplek. Hieronder worden alle activiteiten verstaan die specifiek gericht zijn op de competentieontwikkeling van werknemers: *ondersteuning, structurering en begeleiding* van het leren. De eerste hoofdvorm van Onstenk (1997) van het opleiden op de werkplek is het structureren van leermogelijkheden om competenties op de werkplek te verwerven. Als voorbeelden noemt Onstenk *inwerken* en *job-rotatie*. De job-rotatie behelst een serie van inwerksituaties, waarin het leren sterk wordt gestuurd. De chefs (managers) of ervaren collega's hebben hierbij een nadrukkelijke taak bij het geven van feedback en begeleiding van de werknemer.

Schön (1983) geeft aan dat behalve persoonlijke reflectie een goede arbeidstaak tevens reflectie na de activiteit 'in brede zin' vereist. Reflectie in de vorm van *intercollegiaal commentaar, teambesprekingen of peer review*. Hierin kunnen werkwijzen en procedures worden geanalyseerd en

kunnen nieuwe opvattingen over praktijkuitvoering en samenwerking tot stand komen.

De tweede hoofdvorm van opleiden op de werkplek is participatie in innovatie. Leren op de werkplek kan een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van de arbeidsorganisatie zelf. Het leren kan plaatsvinden door te *participeren in projecten en werkoverleggen*. Daarnaast stelt Skule (2004) dat *conferenties en beurzen* een positieve invloed hebben op het leerniveau.

Gestructureerd opleiden op de werkplek is de derde hoofdvorm, zoals gestructureerde on-the-job training, waarbij volgens Onstenk (1997): "de pedagogische gestructureerde taaksettingen door structurering van arbeidsgaven en een ordening in toenemende moeilijkheidsgraad en via begeleiding en leerhulpmiddelen het leerproces wordt gestimuleerd". Op de werkplek kan gestructureerd leren zich voordoen door bijvoorbeeld het *oude gildemodel* (meester-gezelrelatie), *werkplekinstructies* en *werkplekstudie*. Volgens Lave en Wenger (1991) wordt het leren op de werkplek bevorderd door werknemers eerst een conceptueel model te laten inzien, voordat ze een handeling daadwerkelijk uitvoeren. Het model is om een aantal redenen van belang: werknemers krijgen overzicht in de te verrichten (complexe) werkzaamheden en daardoor kunnen ze zich uitsluitend op de uitvoering richten. Door het overzicht krijgen werknemers inzicht in de structuur, waardoor feedback beter is te plaatsen. Daarnaast geeft het de lerende werknemer een interne richtlijn voor de periode dat hij zelfstandig aan de functie moet werken.

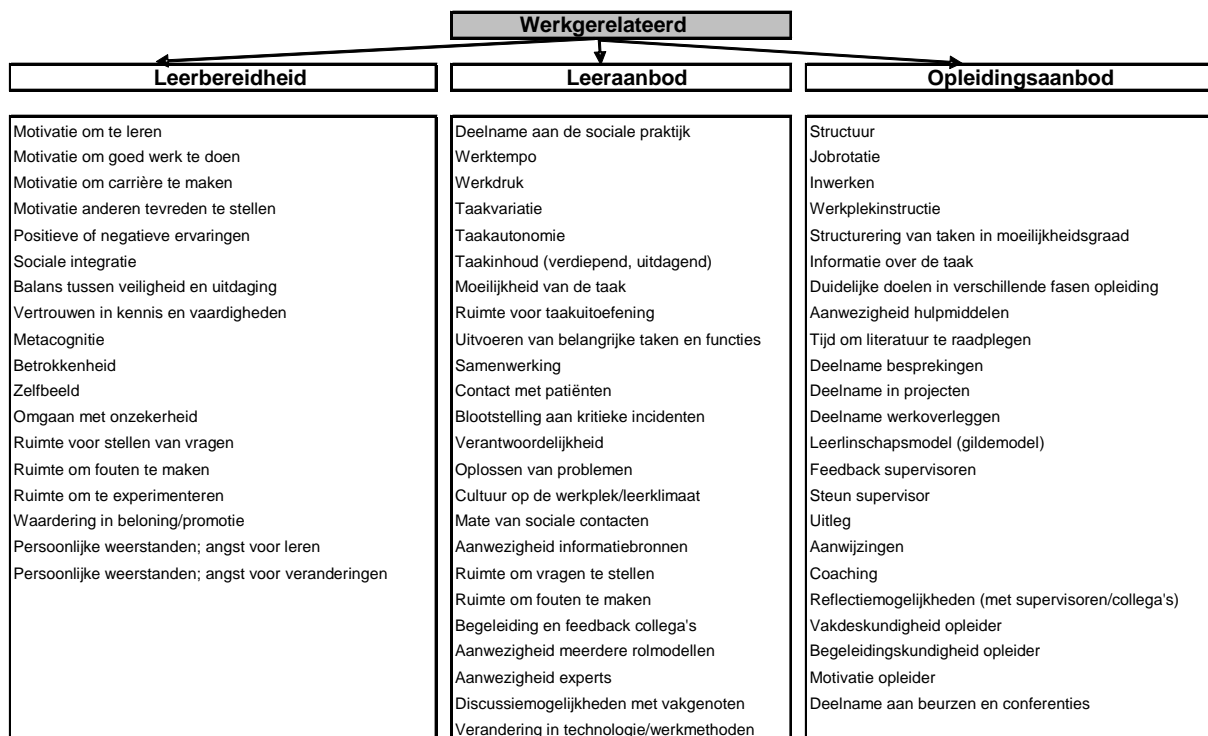
Voor de pedagogisch-didactische vormgeving zijn drie dimensies van belang: de leerinhoud, de pedagogisch-didactische structurering en methoden, en begeleiding en feedback. De kerntaak van opleiden op de werkplek is de begeleiding en sturing van het leerproces: de mate waarin en de wijze waarop de cursist *uitleg, aanwijzingen* en *feedback* krijgt. Hier is de taak van de instructeur of coach op de werkplaats cruciaal. In de rol van opleider moet hij

vakdeskundig, begeleidingskundig en gemotiveerd zijn (Onstenk, 1997).

Structuur en steun zijn op de werkplek belangrijke factoren, echter moet er volgens Cheetman (2001) wel een balans zijn in de steun die verkregen wordt en de ruimte die aanwezig is om als leerling zelf dingen te exploreren zonder dat iemand over de schouder meekijkt. Daarnaast hebben

een vragenvriendelijke en verwijtloze omgeving een positieve invloed op het leren op de werkplek.

Samengevat geeft figuur 3 een overzicht van de factoren die van invloed zijn op het werkgerelateerde leren. Het leervermogen van de werknemer is in de uitwerking van de factoren buiten beschouwing gelaten, omdat de werkplek het leervermogen niet beïnvloed (zie figuur 3.2).



Figuur 3.2: Factoren die van invloed zijn op werkgerelateerd leren (Greven, 2008)

3.3 Verbinding organisatieaspecten en factoren werkgerelateerd leren

Deze paragraaf legt de relatie tussen de organisatieaspecten (figuur 3.1) en de invloedsfactoren van werkgerelateerd leren (figuur 3.2). Deze relatie staat centraal in dit onderzoek. Het onderscheid in verschillende typen organisaties komt naar voren in de organisatieaspecten de Leidse Octaëder. Binnen de verschillende organisaties (ziekenhuizen) vinden de co-schappen plaats. Deze co-schappen zijn een vorm van werkgerelateerd leren en worden getypeerd aan de hand van de factoren van werkgerelateerd leren van Onstenk, aangevuld met additionele aspecten die in de vorige paragraaf zijn beschreven. Door beide inzichten te verbinden, ontstaat een analytisch kader voor ziekenhuisorganisaties waarin co-assistentenschappen worden aangeboden.

3.3.1 Onderzoekseenheden in perspectief

Het perspectief van het theoretische kader wordt in deze paragraaf toegelicht. Het onderzoek heeft een aantal centrale aspecten: voor de *opleiding geneeskunde (curriculum)* biedt men *co-assistentenschappen* in meerdere *ziekenhuizen* aan, waarbij *co-assistenten* op de werkplek leren en in contact staan met *medisch specialisten* die de rol van opleider vervullen.

Het DNA van de ziekenhuizen komt naar voren in de organisatieopbouw, inzichtelijk gemaakt in het organisatie-model de Leidse Octaëder. De co-schappen vinden plaats in een ziekenhuis op de werkvloer en staan daardoor in direct contact met verschillende aspecten van het organisatie-model, zoals de mensen (medisch specialisten) en de technologie (voorzieningen) van een ziekenhuis. De co-schappen hebben een sterke focus op praktische (directe toepasbare) vaardigheden en omstandigheden. Daardoor is er ook een tweede perspectief van toepassing: de analyse op individueel en organisatie-niveau. Wanneer co-schappen op individueel niveau worden geanalyseerd (een co-assistent gekoppeld

aan praktijkopleider), dan komen bijvoorbeeld technologische aspecten op de voorgrond (zoals pc's en beamers). Terwijl wanneer het perspectief bij de co-schappen meer op het organisatie-niveau ligt (het opleiden in het ziekenhuis in het algemeen), er zaken als het *doel* van een organisatie naar voren komen (de visie van de organisatie op opleiden). Dit onderzoek benadert co-schappen vooral vanaf de werkplek, dus op individueel niveau, waardoor de doelen en strategie minder expliciet naar voren komen., ook wel de bottom-up benadering genoemd (tegenover de top-down benadering). Bepaalde aspecten spelen op een hoger (organisatie)niveau, maar werken altijd door naar lagere niveaus. Zo kan technologie een uitvloeisel zijn van een bepaalde visie op opleiden. Dit sluit aan bij de Leidse Octaëder, waar de verschillende organisatieaspecten onderling samenhangen en elkaar sterk beïnvloeden. Deze samenhangen spelen ook in dit onderzoek een rol en worden als zodanig benoemd. De co-schappen maken onderdeel uit van de opleiding geneeskunde, waarbij de voorwaarden en eisen vastliggen in het curriculum. Hierdoor moet een ziekenhuis voldoen aan bepaalde voorwaarden en heeft zij bijvoorbeeld geen invloed op de duur van de stage en de toetsing van de studenten. Ondanks dat schept de organisatie wel de voorwaarden voor de co-schappen. De factoren van werkgerelateerd leren zijn derhalve direct en indirect te koppelen aan de organisatiekenmerken. Aangezien de aspecten in de Leidse Octaëder samenhangen op verschillende niveaus, kan een directe relatie van een organisatieaspect met een factor van werkgerelateerd leren indirect tevens in verband worden gebracht met aspecten van de organisatie op een ander niveau.

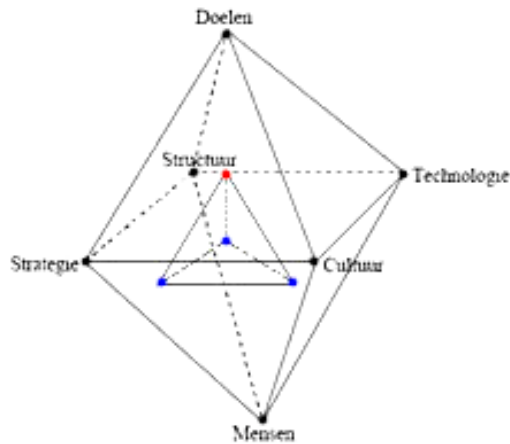
Tabel 3.1 categoriseert de verschillende factoren van werkgerelateerd leren naar de organisatiekenmerken van de Leidse octaëder. Deze indeling is gebaseerd op de eerder behandelde theorieën over werkgerelateerd leren en de organisatieaspecten. De tabel heeft betrekking op de onderlinge *directe* relaties. Het analytisch kader (3.3.2) gaat uitvoerig in op de directe en indirecte relaties.

	Leerbereidheid van de werknemer	Leeraanbod van de werkplek	Opleidingsaanbod van de werkplek
Doelen/ strategie		Blootstelling aan kritieke incidenten	
Structuur	waardering in beloning/ promotie	werkdruk werktempo taakvariatie taakautonomie taakinhoud moeilijkheid van de taak ruimte voor de taakuitoefening uitvoeren van belangrijke taken en functies verantwoordelijkheid	structuur jobrotatie inwerken werkplekinstructie structurering van taken in moeilijkheidsgraad tijd om literatuur raad te plegen
Cultuur	ruimte voor het stellen van vragen ruimte om fouten te maken ruimte om te experimenteren	cultuur op de werkplek leerklimaat ruimte om vragen te stellen ruimte om fouten te maken oplossen van problemen discussiemogelijkheden met vakgenoten	deelname besprekingen deelname in projecten deelname werkoverleggen leerlingschapsmodel deelname aan beurzen en conferenties
Technologie		aanwezigheid informatiebronnen verandering in technologie/ werkmethoden	aanwezigheid hulpmiddelen informatie over de taak duidelijke doelen in verschillende fasen opleiding
Mensen	motivatie om te leren motivatie om goed werk te doen motivatie om carrière te maken motivatie om anderen tevreden te stellen positieve of negatieve ervaringen sociale integratie balans tussen veiligheid en uitdaging vertrouwen in kennis en vaardigheden metacognitie betrokkenheid zelfbeeld omgaan met onzekerheid persoonlijke weerstanden; angst voor leren en veranderingen	deelname aan de sociale praktijk samenwerking contact met patiënten mate van sociale contacten begeleiding en feedback collega's aanwezigheid meerdere rolmodellen aanwezigheid experts	coaching uitleg vakdeskundigheid opleider feedback supervisors steun supervisor aanwijzingen reflectiemogelijkheden (met supervisors/ collega's) motivatie opleider

Tabel 3.1: Hoe vallen factoren van werkgerelateerd leren binnen de Leidse Octaëder

3.3.2 Analytisch kader

In de vorige paragraaf is het perspectief van de verschillende aspecten behandeld en is de combinatietabel opgesteld. De combinatie van het organisatiemodel en de factoren van werkgerelateerd leren, zoals zichtbaar in tabel 3.1, levert het analytisch kader van dit onderzoek. Dit kader wordt visueel inzichtelijk gemaakt door onderstaande figuren 3.3 en 3.4, waarin de verschillende organisatieaspecten in perspectief zijn geplaatst en waarin de onderlinge beïnvloeding van aspecten zichtbaar wordt.

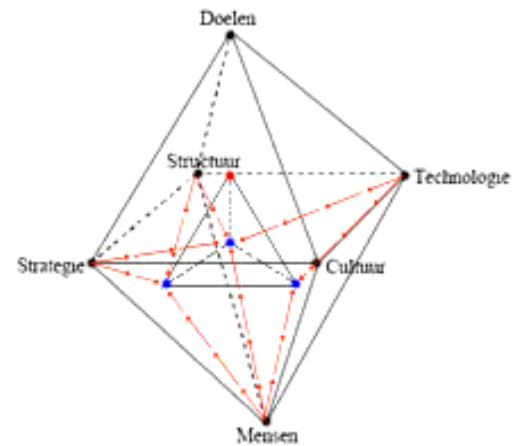


Figuur 3.3: Aspecten in perspectief

In figuur 3.3 zijn de aanwezige facetten van beide theorieën zichtbaar door de rode, blauwe en zwarte stippen. De stippen vormen samen de verbanden, waar de modellen uit voortkomen (overeenkomstig met de in paragraaf 2.1 en 2.2 behandelde theorie). De zwarte stippen vormen het oorspronkelijke model van de Leidse Octaëder. Werkgerelateerd leren komt naar voren in de driehoek met blauwe stippen. Ten slotte staat de rode stip voor het curriculum van de opleiding. Naast de organisatie en werkgerelateerd leren is dit de derde grote speler. Het curriculum beïnvloedt de co-schappen sterk doordat het leerjaar de inhoud, de duur en (de voorwaarden van) de

plaats van de stage bepaalt. Het maakt een groot verschil of iemand juco, seco of semi-arts is. Niet alleen de plaats van handeling, maar ook de handelingen zelf verschillen sterk: de zelfstandigheid van de co-assistent gaat iedere fase met sprongen vooruit. Om die reden vormt het curriculum samen met de driehoek van werkgerelateerd leren de co-schappen.

Omdat het leren op de werkplek per definitie in een organisatie plaatsvindt, is de 'piramide' die ontstaat in de octaëder geplaatst. In hoofdzaak richt het onderzoek zich op de relatie tussen werkgerelateerd leren en organisatieaspecten. Het curriculum staat dus niet centraal, maar wordt door de sterke invloed op werkgerelateerd leren (en co-schappen) wel in de analyse meegenomen.



Figuur 3.4: Onderlinge beïnvloeding van de aspecten

Figuur 3.4 laat de relaties tussen de twee verschillende modellen zien, die aan de hand van de theoretische beschrijvingen zijn gelegd.⁸ De rode pijlen visualiseren de relaties tussen beide figuren en laten ook de dominante

⁸ De theorie heeft aan de basis gestaan van logische verbanden die mede door het toepassen van *common sense* zijn gemaakt.

richting zien: de invloed van de organisatie(aspecten) op de co-schappen. Het curriculum staat redelijk geïsoleerd in het model (de rode stip in beide figuren). Vanuit de organisatie gaan geen rode pijlen naar het curriculum. De reden is dat het curriculum wel invloed heeft op werkgerelateerd leren (door bijvoorbeeld de duur te bepalen), maar verder geen directe wisselwerking onderhoudt met de organisatie zelf.

In figuur 3.4 is goed te zien dat doelen en strategie geen direct verband houden met werkgerelateerd leren. De aspecten beïnvloeden het doen en laten binnen een ziekenhuis op een meer indirect niveau. Tijdens het leren op de werkplek is de invloed dan ook minder expliciet waarneembaar (en aan te duiden), maar moet niet worden onderschat. Het doel en de strategie bepalen de richting en de prioriteiten van een organisatie (bijvoorbeeld een onderwijsfunctie). De Leidse Octaëder impliceert dan ook dat de aspecten samenhangen en elkaar beïnvloeden. In de figuur is duidelijk de relatie tussen *doelen* en *technologie* te zien (de faciliteiten bij het onderwijs). *Technologie* heeft vervolgens wel een directe relatie met werkgerelateerd leren. De factoren van werkgerelateerd leren zijn daarom goed te verklaren aan de hand van meerdere organisatieaspecten. Met het analytische kader worden verschillen in de resultaten inzichtelijk gemaakt.

Doordat de drie spelers (organisatieaspecten, werkgerelateerd leren en curriculum) elkaar beïnvloeden zijn meerdere scenario's denkbaar. Er kunnen verschillen tussen de organisaties en/of de co-schappen aanwezig zijn. Binnen de co-schappen kunnen deze variaties worden verklaard door de diversiteit van de werkplek, oud of nieuw curriculum en het jaar van de stage. Hierdoor kan het ook gebeuren dat binnen één organisatie de co-schappen onderling sterk verschillen. Omgekeerd kunnen kleine en grote organisaties geen verschillen in de kenmerken van co-schappen laten zien. Tevens kunnen factoren van werkgerelateerd leren naar voren komen die constant lijken en niet worden beïnvloed door de organisatie.

4. Methodologie van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op hoe het onderzoek is uitgevoerd. Eerst wordt het type onderzoek behandeld, vervolgens komt de operationalisatie aan de orde waarna tot slot de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken worden.

4.1 Type onderzoek

Het hier beschreven onderzoek naar de invloed van de organisatiekenmerken van een ziekenhuis op co-assistentenschappen is te typeren als een kwalitatief onderzoek. Het is beschrijvend en verkennend, waarbij verschillende ziekenhuizen worden meegenomen in het onderzoek. Er wordt gekeken naar de kenmerken van een specifieke groep. In dit geval beslaat het twee groepen medisch specialisten in vier ziekenhuizen: universitair (Universitair Medisch Centrum Groningen), 'teaching hospital' (Medisch Centrum Leeuwarden) en twee streekziekenhuizen (De Tjongerschans Drachten en Nijsmellinghe Heerenveen).

Bij kwalitatief beschrijvend onderzoek gaat het niet om kwantitatieve eenheden, maar om het benoemen en inventariseren van eigenschappen van kwalitatieve eenheden. Door middel van een bestaande theorie en daaruit voortkomende vraagstelling worden relevante zaken van het onderzoeksontwerp belicht die anders niet naar voren zouden komen (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005).

Het model dat in dit onderzoek fungeert als kapstok voor de analyses is het Leidse Octaëder (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). Aan de hand van het model en de theorie van Onstenk (1997) over leren op de werkplek worden vanuit verschillende kanten de co-assistentenschappen in de ziekenhuizen beschreven.

4.2 Operationalisatie

Voor de operationalisatie van dit onderzoek wordt een onderscheid gemaakt tussen een drietal aspecten: de onderzoeksobjecten, de onderzoeksmethoden en de dataverwerking.

4.2.1 Onderzoeksobjecten

Het onderzoek maakt gebruik van drie typen onderzoeksobjecten: ziekenhuizen, medisch specialisten en co-assistenten. Binnen vier ziekenhuizen is gekeken naar de rol van de medisch specialist als opleider van co-assistenten. Zowel de medisch specialist als de co-assistent zijn in het onderzoek vertegenwoordigd. Eerst wordt een korte toelichting gegeven bij de term 'co-assistentenschappen'. Het is goed om deze term, die als hoofdonderwerp van het onderzoek dient, kort en helder te beschrijven om misverstanden te voorkomen. Hierna worden de andere onderzoeksobjecten kort toegelicht.

De *co-assistentenschappen* worden door de co-assistenten bij verschillende specialismen gehouden. Tekenend voor de co-assistentenschappen is dat onder supervisie en verantwoordelijkheid van de arts wordt gewerkt. De reden hiervoor is dat co-schappen in feite de eerste keer zijn dat de studenten verantwoordelijkheden krijgen in de patiëntenzorg: de theorie uit de eerste drie jaren wordt voor het eerst in de praktijk toegepast. De co-assistent krijgt ieder jaar meer verantwoordelijkheden. In het laatste jaar functioneert de co-assistent zelfstandig en kan worden ingezet als een bijna afgestudeerd basisarts met enkel intensieve begeleiding en controle.

Het volgende type onderzoeksobject zijn de *ziekenhuizen* waar de co-schappen worden gehouden. In de inleiding zijn de ziekenhuizen al kort omschreven.

Het onderzoek vindt plaats binnen de volgende vier ziekenhuizen:

- Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- Medisch Centrum Leeuwarden (MCL)
- NijSmellinge Drachten (NSD)
- Tjongerschans Heerenveen (TSH)

Voor het onderzoek wordt een onderscheid gemaakt in twee soorten *medisch specialisten*: snijdende en beschouwende specialisten. De snijdende medisch specialisten worden in het onderzoek vertegenwoordigd door chirurgen en gynaecologen. Voor de beschouwende specialisten is keuze gevallen op kinderartsen. De keuze voor deze groepen specialisten is uit praktisch oogpunt ingegeven, de keuze voor een groep die over de vier ziekenhuizen heen vergeleken kan worden is derhalve beperkt. De hierboven genoemde groepen specialisten bleken beschikbaar en bereid mee te werken.

4.2.2. Onderzoeksmethoden

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van diepte-interviews. Om inzicht te krijgen in de opleiding is er eerst meegelopen met een co-assistent. Hier is door middel van het observeren en het stellen van gerichte vragen informatie verkregen. Het doornemen van documenten heeft als voorbereiding van de interviews en om inzicht in de ziekenhuizen te verkrijgen een belangrijke rol gespeeld.

Documenten

De kenmerken van de organisatie van een ziekenhuis worden in dit onderzoek gekoppeld aan de opleiding van co-assistenten. Naast de informatie die uit de interviews wordt verkregen, is ook de achtergrondinformatie over de organisatie als geheel gedocumenteerd, zoals de doelstellingen van de organisatie. In de voorbereiding op de interviews heeft de bestudering van deze stukken een belangrijke plaats ingenomen. Het geeft inzicht in de context (het ziekenhuis) waarbinnen de interviews plaatsvinden. Dit geldt ook voor de inhoudelijke achtergrond van de opleiding geneeskunde en in het bijzonder de co-schappen.

Interviews

Voor de diepte-interviews zijn personen binnen het UMCG, MCL, NijSmellinge Drachten en De Tjongerschans Drachten geïnterviewd. Ter aanvulling op de medisch specialisten is van iedere afdeling ook de opleidingscoördinator geïnterviewd (zie tabel 4.1). Om niet gebonden te zijn aan de visie van één beroepsgroep is in de onderzoekspopulatie een onderscheid tussen snijdende en beschouwende specialismen en tussen medisch specialisten en opleidingscoördinatoren noodzakelijk. Algemeen wordt aangenomen dat snijdende en beschouwende medisch specialisten erg van elkaar verschillen als beroepsgroep; bijvoorbeeld in cultuur en werkzaamheden. In de voorgesprekken wordt dit beeld ook door de opleidingscoördinatoren bevestigd. In tabel 4.1. is per groep geïnterviewden het aantal afgenomen interviews aangegeven.

	Chirurgen	Gynaecologen	Kinderartsen	Opleidingscoördinator
UMCG	1	1	2	1
MCL	2		2	1
NSD	1	1	1	1
TSH	1	1	2	1

Tabel 4.1: Overzicht van afgenomen interviews

Naast de medisch specialisten en opleidingscoördinatoren zijn er interviews gehouden met zes co-assistenten die hun co-schappen lopen of hebben gelopen binnen de geselecteerde ziekenhuizen. Binnen deze groep wordt een onderscheid gemaakt in het ziekenhuis waar de co-schappen plaatsvinden (of hebben plaatsgevonden). De co-assistenten zijn afkomstig van de drie perifere ziekenhuizen: MCL, Nij Smellinghe en de Tjongerschans. De groep bestaat enkel uit senior co-assistenten, wat betekent dat ze aan hun 2^e masterjaar bezig zijn. De reden heeft een praktische oorzaak: een grote groep co-assistenten is niet haalbaar en zodoende zijn de interviews nog goed vergelijkbaar. De junior co-schappen worden van deze vier ziekenhuizen alleen in het UMCG gelopen, echter worden daar geen semi co-schappen aangeboden. De semi-arts stages werden (ten tijde van de interviews) nog niet

gehouden in Nij Smellinghe en de Tjongerschans. Een voordeel van senior co-assistenten is dat zij (idealiter) een jaar eerder hun junior co-schappen in het UMCG hebben voltooid. Daardoor kan op de verschillen tussen deze stades worden ingegaan zoals de co-assistenten dat hebben ervaren. Een nadeel van senior co-assistenten is dat over de semi-arts stages weinig informatie kan worden vergaard.

Het onderzoek maakt gebruik van een semigestructureerde interviewmethode. Dit houdt in dat voorafgaand aan de interviews een topiclijst is samengesteld die in de interviews besproken dienen te worden. Om deze onderwerpen te bepalen is uitgegaan van de theorie en de vraagstelling in het onderzoek. De vragen die aan een respondent worden gesteld staan van tevoren niet vast en ook over de volgorde van de vragen is weinig gepland. De interviewer bepaalt aan de hand van het gespreksverloop welke vragen op dat moment gepast en relevant zijn. De topiclijst is vooral een geheugensteun voor de interviewer en vormt de basis voor de open vragen (Wester, 1987). Er is gebruik gemaakt van een tweetal checklists. In eerste instantie is bij ongeveer de helft van de medisch specialisten gestart met de eerste checklist, waarna gaandeweg deze niet meer bleek te voldoen. Bij de eerste lijst lag de nadruk teveel op de organisatieaspecten van het ziekenhuis en het werkgerelateerd leren kwam te weinig aan bod. Er is vervolgens besloten de lijst enigszins te veranderen en meer op het leren op de werkplek in richten en minder op de aspecten op hoger niveau van de organisatie (zie bijlage 2). Voor de interviews met de co-assistenten is alleen de tweede checklist gebruikt.

De interviews met de medisch specialisten en co-assistenten zijn inhoudelijk goed verlopen. Vrijwel iedereen had een duidelijke visie over de co-schappen en kon deze ook goed overbrengen. De interviews zijn daardoor erg open verlopen, waardoor de geïnterviewde alleen gestuurd hoefde te worden door de interviewer. De vragen die vanuit de checklist werden gesteld, zijn goed beantwoord. Door de kwalitatieve benadering is het niettemin lastig gebleken alle theoretische factoren aan bod te laten

komen. De interviews zijn bewust open gelaten om niet te detaillistisch te werk te gaan, maar een oriënterende aanpak te hanteren (de geïnterviewde te laten spreken).

4.2.3 Proces van dataverzameling

De interviews zijn opgenomen met een (audio) recorder en zijn vervolgens letterlijk uitgetypt. Voor de analyse van de interviewgegevens wordt gebruik gemaakt van ATLAS-ti. Dit computerprogramma is bedoeld voor het verwerken (ordenen) en analyseren van kwalitatieve gegevens. In het programma zijn labels aan de thema's toegekend (zie bijlage 3), waarna de analyse van de informatie kon plaatsvinden. De relevante zaken zijn vervolgens gebruikt voor het hoofdstuk 'resultaten'. De interviews zijn digitaal opgenomen op mp3 formaat, waarvoor nadrukkelijk goedkeuring is gevraagd aan de medisch specialisten en co-assistenten. De duur van de interviews bedraagt gemiddeld 35 minuten. In totaal zijn 25 interviews afgenomen. Kwalitatief onderzoek draait om de kwaliteit van de informatie en daarom is representativiteit belangrijker dan kwantiteit. Het aantal interviews ligt aan de nieuwe informatie die naar voren komt per interview. Aangezien in de huidige opzet personen in diverse omstandigheden worden ondervraagd, is het minimum aantal respondenten vrij hoog. Wanneer er geen nieuwe informatie van de respondenten wordt gekregen tijdens de interviews is er sprake van informatieverzadiging, oftewel saturatie (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Bij dit onderzoek zijn in totaal acht snijdende medisch specialisten en zeven beschouwende medisch specialisten geïnterviewd. Hierbij moet worden vermeld dat naast de aanwezige saturatie ook praktische redenen zijn meegenomen (zoals beperkingen in tijd en medewerking van chirurgen).

Voor het onderzoek is er geprobeerd met een groot aantal medisch specialisten in contact te komen. Er is gekozen om de medisch specialisten aan te schrijven via email. Mocht er na een week niet zijn gereageerd, dan volgde een herhalingsmail. Daarnaast is er ook via de telefoon contact gezocht met contactpersonen en medisch specialisten. De respons is per ziekenhuis zeer verschillend. Binnen het

UMCG en het MCL was deze 100%: de contacten binnen de ziekenhuizen waren snel gemaakt en elke medisch specialist was bereid mee te werken (2 kinderartsen, 2 chirurgen en een opleidingscoördinator per ziekenhuis). In Drachten en Heerenveen waren de kinderartsen in beide ziekenhuizen in grote mate bereid mee te werken. Hier was de respons (en bereidheid om mee te werken) ongeveer 80%. Chirurgen waren minder bereid deel te nemen. Er waren geen directe weigeringen, maar door de moeilijke bereikbaarheid kan mogelijk worden gesproken van indirecte weigeringen. Veel chirurgen namen niet de moeite om te reageren op het verzoek. Uiteindelijk is besloten om gynaecologen toe te voegen om zodoende aan voldoende respondenten te komen. Bij zowel Nij Smellinghe (Drachten) als de Tjongerschans (Heerenveen) is van het snijdende specialisme uiteindelijk één chirurg en één gynaecoloog geïnterviewd, ondanks de vier chirurgen die zijn aangeschreven.

5 Resultaten

In dit hoofdstuk komen de resultaten van het onderzoek aan bod. Aan de hand van de vier aspecten van werkgerelateerd leren (leervermogen, leerbereidheid, leeraanbod en opleidingsaanbod) worden de resultaten besproken. Door relevante citaten te geven, wordt een beeld geschetst van de aspecten die in de huidige situatie naar voren komen. Hierbij wordt vooral ingegaan op de relatie met de organisatieaspecten van de Leidse Octaëder.

5.1 Het leervermogen

Zoals besproken is het leervermogen van een co-assistent het totaal van competenties (*kennis, houding en vaardigheden*) waar een werknemer op een bepaald moment in de tijd over beschikt. Het geheel van de bestaande competenties van een co-assistent is de basis waarop verder wordt geleerd, maar zijn persoonsgebonden. Daarom zal de relatie met de organisatieaspecten ook minder aan bod komen in deze eerste paragraaf. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen competenties en basiskennis van de co-assistent. De kennis wordt uit het geheel aan competenties gelicht, omdat in de bachelorfase (de eerste drie jaar voorafgaand aan de co-schappen) het een belangrijke peiler is. In de masterfase (waaronder de co-schappen vallen) wordt van de co-assistenten een bepaald kennisniveau verwacht, zodat het kan worden toegepast in de praktijk. Hierbij spelen de houding en vaardigheden een belangrijke rol.

5.1.1 Competenties van de co-assistent

Over het algemeen zijn de medisch specialisten tevreden over het basisoniveau van de co-assistenten. In hun oordeel verschillen de medisch specialisten niet per ziekenhuis: in het MCL stellen de medisch specialisten geen hogere eisen aan de co-assistenten, dan in de streekziekenhuizen en visa

versa. Toch is er tussen de co-assistenten onderling wel een niveaoverschil zichtbaar. Dit komt vooral bij het UMCG naar voren, waar de eerstejaars co-schappen worden gelopen. De co-assistenten in dit onderzoek vallen onder de zogenaamde voorhoede: ijverige en slimme co-assistenten die de studie tot dusver zonder vertraging hebben doorlopen. Voor medisch specialisten in perifere ziekenhuizen is het moeilijk in te schatten wat het niveau van de co-assistenten is doordat ze met weinig co-assistenten te maken krijgen. Over de co-assistenten die de medisch specialisten begeleiden, zijn ze goed tot zeer goed te spreken. Het niveaoverschil wijdt een kinderarts in Heerenveen aan de interesse van de co-assistent. Hij is van mening dat voor een co-assistent die bijvoorbeeld graag chirurg wil worden, kindergeneeskunde alleen maar als oponthoud aanvoelt.

De verwachtingen die de medisch specialisten hebben, hangen samen met hun achtergrond. Een medisch specialist die alleen in een streekziekenhuis heeft gewerkt, heeft minder vergelijkingsmateriaal en kan daardoor een verkeerde verwachting hebben van de competenties van een co-assistent. De medisch specialisten in de streekziekenhuizen zijn (binnen hun kader) even kritisch op de vermogens van de co-assistenten als hun collega's in het MCL. Ondanks dat de meerderheid van de ondervraagde medisch specialisten tevreden is met het niveau van de co-assistenten, zijn er ook uitzonderingen. Eén medisch specialist in een streekziekenhuis vindt het niveau juist erg matig. De chirurg uit Drachten is hierover erg duidelijk:

“Ik denk dat als je co-assistent bent, dan ben je bijna dokter. Je hoeft geen slechtnieuwsgesprek te kunnen voeren, maar je moet iemand gewoon goed algemeen lichamenlijk onderzoek kunnen aandoen. En ik kan me best voorstellen dat het hartstikke eng is: wat moet ik tegen de patiënt zeggen en ik mag niks missen. Hele basale dingen als

voorgeschiedenis en anamnese dat gaat al niet goed, dus dat is of te weinig getraind of het gaat in het stressvolle moment verkeerd. Als je dat al niet goed hebt, dan kom je al niet toe aan de klachten en de symptomen daarvan. Het is een heel simpel rijtje: diagnose, voorgeschiedenis, allergieën, waar komt u voor, symptomen, lichamenlijk onderzoek, plan. Elk vak heeft dat volgens mij en toch moet ik dat elk jaar opnieuw uitleggen. Ja, dan vind ik het niveau niet zo heel hoog”

Zoals gezegd zijn de medisch specialisten die senior co-assistenten begeleiden vaak zeer tevreden en dan vooral over de co-assistenten van het nieuwe curriculum. Hier lijkt echter sprake te zijn van een golfbeweging. De co-assistenten die goed op schema liggen, gaan als eerste beginnen aan de co-schappen. Deze voorlopers hebben hun vakken met goed gevolg en snel afgerond en beschikken zodoende over voldoende competenties en kennis. De verwachting is dan ook dat het niveau van de komende senior co-assistenten zal gaan afnemen. Een co-assistent heeft vaak al een sterke voorkeur voor een bepaald specialisme. Naast de motivatie voor een vakgebied, zou bij de keuze ook de vaardigheid een rol moeten spelen. Een medisch specialist kan een slechte kinderarts zijn, maar een geweldige chirurg. Deze visie komt niet specifiek bij één ziekenhuis naar voren, maar wordt wel regelmatig aangehaald door de medisch specialisten. Een kinderarts uit Drachten legt uit hoe hier mee wordt omgegaan:

“Als we merken dat iemand erg gemotiveerd is, maar zich het vak niet eigen kan maken, gaan we natuurlijk ook aan diegene dat vertellen en vragen... Als hij bijvoorbeeld kinderarts wil worden: daar moet je niet aan beginnen. Probeer dat terug te koppelen op zijn of haar niveau om op die manier te kijken en mee te denken: wat is diegene eigenlijk van plan na zijn artsenstudie. Wil hij wel arts worden en als hij arts wil worden, wat wil hij daarmee doen?”

Het merendeel van de geïnterviewde co-assistenten is zich bewust van hun (on)kundes (werkgerelateerd leren factor:

zelfbeeld). Het komt veelvuldig voor dat lichamenlijk onderzoek zelfstandig door de co-assistenten (dus zonder begeleiding van de medisch specialist) wordt uitgevoerd. Een co-assistent uit Heerenveen geeft aan dat zij aan een medisch specialist vraagt toch met haar mee te kijken als ze zelf onzeker is over haar competenties (handelingscontrole) omtrent een bepaalde handeling:

“Ik heb wel het gevoel dat ik weet wat ik wel kan en wat ik niet kan. Dat ik goed mijn grenzen aan kan geven wat ik niet kan. Als dat gevoel heb, wil ik dat ze eerst mee gaat kijken en zo met haar overleg. (...) Ik kan niet alles en ik weet ook niet alles. Die illusie heb ik niet”

De competenties worden sterk ingegeven door de onderwijsvorm. Het huidige curriculum is probleemgericht en minder gefocust op kennis. Zoals een co-assistent zegt: “We kunnen prima een gesprek voeren, maar als je niet weet waar je het over hebt, dan...”. Ook richt de werkwijze zich vooral op het participeren in plaats van observeren (de meester-gezel relatie), hetgeen invloed heeft op de competenties die worden ontwikkeld bij de co-assistent. In de praktijk bepaalt de medisch specialist echter welke begeleidingsvorm de overhand krijgt. De voorkeur van een medisch specialist voor een bepaalde methode is van invloed op de competenties die van een co-assistent worden verwacht. Gaat het bijvoorbeeld om de aanwezige kennis of vindt men gespreksvoering en empathie tijdens het betreffende co-schap juist van belang. Hierbij is de achtergrond van de opleider bepalend volgens de co-assistenten: de jongere en de gemotiveerde medisch specialisten laten de co-assistenten meer participeren en staan actiever in het leerproces.

Over de hele linie bekeken zijn de medisch specialisten in de opleidingsziekenhuizen UMCG en MCL zich meer bewust van het opleidingsaspect. Daardoor hebben ze meer oog voor nieuwe methoden en weten beter wat het curriculum inhoudt. In het UMCG en het MCL wordt hierdoor vaker volgens ‘het boekje’ gewerkt. Dit is in tegenstelling tot de streekziekenhuizen waar de medisch specialisten regelmatig een eigen invulling van de co-

schappen op nahouden. De mensen in een organisatie hebben een sterke invloed (samenhang) met de invulling (toepassing curriculum) van de co-schappen en bepalen in grote mate de leerprocessen van de co-assistent: nadruk op kennisvergarig of kennistoepassing.

In het kader van de Leidse Octaëder kan een relatie worden gelegd tussen de doelen en mensen van een organisatie en de competenties (kennis, houding en vaardigheden) van de co-assistent. Een opleidingsziekenhuis is zich bewust van opleiden in brede zin. Een medisch specialist die in een organisatie werkt, kiest doorgaans bewust voor het opleidingsaspect. Door hun dagelijkse bezigheden hebben medisch specialisten in opleidingsziekenhuizen langdurige ervaring met co-assistenten en lopen er bijvoorbeeld ook AIOS mee. Deze medisch specialisten weten wat speelt in het nieuwe curriculum. Dit geldt vooral in het UCMG waar het een komen en gaan is van co-assistenten. Medisch specialisten in streekziekenhuizen zien weinig co-assistenten en doen de begeleiding als een neventaak naast de dagelijkse bezigheden. De omvang (wat samenhangt met de visie/ doelen) van een ziekenhuis is daardoor van invloed op de mensen die er werkzaam zijn. Daarnaast gaan mensen werken bij een organisatie met een bepaalde doelstelling (onderwijsminded). Het individu (de medisch specialist) is vervolgens weer de belangrijkste speler in het leerproces: hij/ zij bepaalt de mogelijkheden van een co-schap (participeren versus meekijken) waar de co-assistent gebruik van kan maken en daarmee de vaardigheden en competenties die aandacht krijgen en derhalve sterker of minder sterk ontwikkeld worden.

Uit de voorgaande resultaten kan worden geconcludeerd dat ziekenhuizen niet ontevreden zijn over de competenties van co-assistenten. De vaardigheden vallen binnen de eisen en verwachtingen van de verschillende medisch specialisten en is per ziekenhuis gelijk. De achtergrond van de organisatie speelt hier een rol. In het UCMG en MCL hebben medisch specialisten door hun ervaring als opleider en het vergelijkingsmateriaal van een groter aantal 'leerlingen' (co-assistenten, AIOS en ANIOS)

een beter beeld van het competentieniveau van co-assistenten (en daarmee de verwachtingen worden bijgesteld). Het basisoniveau van de co-assistenten verandert hier echter niet door. De competenties worden wel beïnvloedt door de begeleidingsvorm: wordt er volgens het curriculum gewerkt. In de opleidingsziekenhuizen (UMCG en MCL) lijkt dit meer het geval te zijn, dan in Drachten en Heerenveen. De cultuur in de opleidingsziekenhuizen laat de mensen zich meer bewust zijn van de leerprocessen en het belang van een correcte begeleiding.

5.1.2 Basiskennis van de co-assistent

Over de basiskennis zijn de medisch specialisten het vrijwel eens: het niveau is beneden peil. De nuance in dit oordeel verschilt echter sterk. De één hecht meer waarde aan de aanwezige (theoretische) kennis van de co-assistent, dan de andere medisch specialist. Ook binnen de ziekenhuizen lijkt hier geen eensgezindheid over te zijn. Zo noemt de opleidingscoördinator uit een streekziekenhuis de kennis "over het algemeen redelijk", terwijl een gynaecoloog het oordeel "zeer marginaal, matig" is aangedaan. Als oorzaak wordt het nieuwe curriculum genoemd dat vooral competentiegericht is. De kritiek over de kennis is niet gebonden aan het stagejaar van de co-schappen. Zo spreken de medisch specialisten in Leeuwarden en Heerenveen er over, maar ook de opleidingscoördinator van chirurgie van het UCMG:

"Dat hoor je elke keer dat ze te weinig basiskennis hebben. Competentiegericht onderwijs heeft hele goede kanten, maar het is wat doorgesloten. Ik denk dat het zo langzamerhand wel de algemene conclusie is"

Over (het ontbreken van) de medische basiskennis van de co-assistenten zijn de medisch specialisten het dus in grote mate eens. De medisch specialisten hechten daarentegen verschillende waarde aan het belang van de basiskennis voor de co-schappen. Dit heeft te maken met de visie van de medisch specialist over het doel van de co-schappen. Sommige specialisten vinden het meekijken en 'snuffelen' belangrijk ('zien wat er te koop is'), terwijl anderen een

meer inhoudelijke toevoeging van de co-assistent verwacht. Daarnaast weet een aantal medisch specialisten niet goed wat ze van een co-assistent kunnen (en mogen) verwachten. Vooral in streekziekenhuizen komt deze onwetendheid voor. Een kinderarts uit Drachten vindt de kennis de basis voor het leren op de werkplek, alleen is het bij de beoordeling volgens haar minder van belang:

“Als ze een onvoldoende krijgen is het met name voor de inzet en motivatie. Niet zozeer in het niet hebben van basiskennis, want dat kan je wel leren. Als je een arts bent of arts gaat worden, dan heb je genoeg hersencellen. Dan is de vraag waarom iemand onvoldoende basiskennis heeft ook altijd van belang. Het heeft een reden. De basiskennis is wel schrikken, maar daar kan wel wat aan gedaan worden”

Een gynaecoloog uit Heerenveen is het met deze opvatting over kennis eens:

“De kennis is gewoon wisselend. Maar aan de andere kant denk ik: als je echt de diepte in moet, komt dat wel als je echt voor je specialisme gaat”

Vooral met de anatomische kennis is het slecht gesteld. In bijna ieder interview komt deze kritiek sterk naar voren ongeacht het ziekenhuis. Een gebrekkige kennis is de verantwoordelijkheid van de co-assistent. Door tijdgebrek kunnen medisch specialisten hier weinig voor betekenen. Opvallend is de mening van de co-assistenten die vaak op eigen initiatief het onderwerp aansnijden. Een aantal studeert 's avonds bij, maar heeft tegelijk het gevoel achter de feiten aan te lopen (plannen om het bij te benen):

“Je merkt wel dat je je flink moet inlezen en een beetje achter de feiten aanloopt. Elke dag vind je weer iets dat nieuw is en dat zoek je dan op, maar de volgende dag is er weer iets anders nieuws. Anatomische kennis is heel erg beperkt. Wat wij aan anatomie hebben gehad, is lachwekkend eigenlijk. Fysiotherapie heeft meer anatomie dan wij hebben. En dan heb je wel zo'n mooi boek en daarin zijn alle galwegen mooi groen en alle aderen zijn mooi

rood, maar in het echt is dat dus niet zo. Dan sta er wel bij te kijken, is dat nou een galweg of een ader...”

Het is niet verwonderlijk dat vooral de snijdende specialisten uit het onderzoek de anatomische kennis niet op niveau vinden. Een chirurg uit Heerenveen zegt over de anatomische kennis:

“Daar weten ze niks van. Ok, dat klinkt wat flauw, maar goed het is ook maar de vraag of het zo verschrikkelijk nodig is hoor. Maar het is heel duidelijk probleemgericht onderwijs”

De opleidingscoördinator van chirurgie in het UMCG meldt een opmerkelijk actie van de junior co-assistenten. Op eigen initiatief hebben zij bijscholing geregeld om de anatomische kennis op te verhogen. Een groter signaal kunnen de co-assistenten niet afgeven.

“Wie schets mijn verbazing. Een paar weken geleden zat er een co-assistent die had een onvoldoende gehaald voor een toets en zei opeens: “We krijgen morgen weer les van dokter zus en zo” Ik zei: “Hoe bedoel je?” “Nou weet u dat niet? Nou we krijgen 's avonds zes keer een college van een paar uur door allemaal chirurgen over anatomie”. Ik zeg: “Wat vertel je me nou?”. Het was helemaal niet bekend. Behalve de zes betrokken wist niemand op de afdeling dat. Ze waren benaderd door de jaarvertegenwoordiging van het 3^e jaar. Die waren eerst naar de vakgroep anatomie gegaan en die hadden niet thuisgegeven, maar toen waren ze bij de chirurgen gekomen”

De opleidingscoördinator kan het initiatief erg waarderen. Desondanks moeten er grote vraagtekens worden gezet bij de rol van de anatomische kennis in het curriculum. De coördinator zegt hierover:

“Het is een hartstikke goed initiatief. Konden er maar 50 bij. Het stond laatst in Polsslag. Nou als je het nou over het nieuwe leren hebt, dan is dat dan wel een vorm ervan. Als ze het zelf gaan organiseren om de gaten in het onderwijs te dichten. Je kunt je voorstellen dat men centraal niet blij

was met dit initiatief. Het haalde ook nog de pers, maar ik vind het wel tekenend”

Door het kennistekort komen de co-assistenten minder toe aan het leren op de werkvloer, omdat ze daarvoor de kennis moeten toepassen. Wanneer dit ontbreekt, gaat er een deel van de praktijkvoering verloren:

“Van de theoretische kennis weet ik dat ik daar heel sterk ik kan zijn. Ik denk dat ik veel meer had kunnen leren als het meer een theoretisch gebaseerd curriculum was geweest. In anatomie ben ik heel slecht, dat weet ik. Dat is iedereen bij ons. Nu proberen ze het wel weer goed op te pakken. Wat dat aangaat is het wel een snel lerend curriculum, alleen daar hebben degene die het niet hebben gehad (AB: de voorhoede) niks aan. Het zijn de kinderziektes, maar de medisch specialisten krijgen dat nu op hun bord. Dat zijn wij”

De stages zijn niet bedoeld om de kennis op te doen, die behoren ze al te hebben, maar juist om die kennis te gebruiken. Een kinderarts in Drachten geeft dan ook aan dat een gebrek aan kennis een negatieve invloed op de leercurve heeft:

“Het is wel iets wat je in de afgelopen jaren merkt. (...) Wat ik merk, is dat je het kaf van het koren scheidt: de co die snel kan onthouden, snel kan redeneren, dingen kan opzoeken met internet of met boeken. Die zie je enorme progressie maken in de vier weken en degene die daar veel moeite mee heeft, weinig basiskennis heeft, die groeit ook niet. En ik denk dat juist dat verschil groter geworden is”

Uit het voorgaande kan worden opgemaakt dat naast de competenties ook basiskennis belangrijk is voor leren op de werkplek. Behalve de waarde die door medisch specialisten aan kennis wordt gehecht, is een directe relatie met organisatieaspecten niet te maken. De consequenties die medisch specialist aan het lage kennisniveau verbinden verschillen onderling sterk, maar zijn niet organisatie gerelateerd. De relevantie en waarde van de informatie

(laag kennisniveau) komt naar voren in de context van de komende resultaten. Kennis is voor een basisarts essentieel. In de co-schappen wordt juist kennis toegepast. Als deze ontbreekt, gaat een deel van het leerproces verloren. De constatering van een laag kennisniveau en vooral matige anatomische kennis heeft daardoor invloed op alle leerprocessen (en begeleiding door medisch specialisten). Opvallend is dat aan de inzet van de co-assistent in veel gevallen meer waarde wordt gehecht dan kennis.

5.2 De leerbereidheid

In de theorie kwam al voren dat de leerbereidheid van een werknemer (of co-assistent) essentieel is voor het daadwerkelijk plaatsvinden van leerprocessen. Zonder de motivatie en de betrokkenheid van de co-assistent komt er van leren weinig terecht. Verandering van het gedrag en het opbouwen van routine vergt veel inzet van de co-assistent.

5.2.1 Motivatie voor co-schappen van co-assistenten

In de ziekenhuizen waar de tweedejaars co-schappen worden gehouden (MCL, Drachten en Heerenveen), komt naar voren dat de co-assistent zelf een grote verantwoordelijkheid heeft om te leren van zijn co-schappen. Ook als de situatie lastig wordt en zaken tegenzitten door bijvoorbeeld onvrede over de stageplek of problemen thuis moet een co-assistent niet zijn hoofd laten hangen (werkgerelateerd leren factor: leerhindernissen). De co-assistent maakt met andere woorden zelf zijn of haar co-schappen. Aan de andere kant: als een co-assistent niet wil (motivatie om goed werk te doen), kan hij of zij nog steeds met weinig inzet de co-schappen halen. De motivatie van een co-assistent heeft dan wel invloed op de motivatie van de opleider. De inzet van een co-assistent is een belangrijke voorwaarde voor input van de medisch specialist. Het is een wisselwerking waar de medisch specialisten veel waarde aan hechten. Een kinderarts in Drachten is hier heel duidelijk over:

“Als ze niet gemotiveerd zijn, houdt het bij mij ergens op. Dan behandel ik hetgeen wat voor informatie de co-assistent wil hebben, maar ik zal er dan niet extra energie in gaan steken. Ik ga niet zorgen dat iemand gemotiveerd raakt. Als hij mij een beoordeling vraagt, zal hij het horen. Wij bespreken dat ook als groep. Als we merken dat iemand slecht gemotiveerd is, afwezig is of zich niet afmeldt, dan wordt dat zeker door de coördinator terug gekoppeld. Dat wordt ook terug gekoppeld naar het MCL. Dit gaat niet goed hier. Dat is uitzonderlijk hoor, maar als we het merken, wordt er zeker actie ondernomen. En proberen te achterhalen of het uiteindelijk aan de soort stage ligt, aan de plek of aan de persoon zelf”

Een medisch specialist uit Leeuwarden geeft dit ook aan:

“Weet je, het is een wisselwerking: als iemand enthousiast is. Niet iedereen hoeft kinderarts te worden dat is nogal logisch. Het gaat erom als iemand gewoon enthousiast meedoet, initiatief neemt, dan ben ik bereid om daar tijd in te steken. Ook al kost het mij tijd en loopt mijn poli wat uit. Dan ben ik bereid dat te doen. Maar als je een co-assistent hebt die denkt van: “nou het zal mijn tijd wel duren”. Dat heeft dan natuurlijk zijn keerzijde, want dan zijn wij ook minder bereid daar tijd in te steken. Iedereen maakt zijn eigen opleiding, zeg ik altijd”

Doordat de co-assistenten in de streekziekenhuizen 1-op-1 begeleiding krijgen, heeft de motivatie om te leren en anderen tevreden te stellen een grotere impact op de welwillendheid van de medisch specialisten (organisatiekenmerk: mensen), dan bij een tussenkomst van een AIO bij de begeleiding (1-op-2). De massaliteit in het UMCG staat de onderlinge interactie nog meer in de weg. Op de begeleiding van co-assistenten wordt bij het opleidingsaanbod verder in gegaan (paragraaf 5.4).

Een belangrijk aspect is de voorkeur voor een bepaald specialisme van co-assistenten. De co-assistenten geven aan zich niet voor alle specialismen te kunnen interesseren. Hierdoor is het moeilijk voor de co-assistenten om zich optimaal te motiveren voor bepaalde co-schappen. De co-

assistenten die geïnterviewd zijn, weten allemaal precies met welk specialisme zij hun opleiding tot specialist willen vervolgen. Co-schappen in hetzelfde specialisme kunnen derhalve verschillend worden ervaren. Zo vond een co-assistent in Drachten het co-schap chirurgie weinig toevoegen, terwijl een andere co-assistent juist erg lovend was. Tijdens het co-schap regelde haar begeleider een onderzoek zonder dat ze er speciaal om had gevraagd. De andere co-assistent voelde zich juist niet serieus genomen tijdens deze stage.

De vraag is in hoeverre de eigenschappen van een ziekenhuis de motivatie van een co-assistent kunnen beïnvloeden. Cultuur en mensen hebben grote invloed op de motivatie. Een co-assistent moet zich vooral op zijn gemak voelen op een afdeling. Een open cultuur zonder hiërarchie met toegankelijke mensen helpen co-assistenten te (willen) leren. Er zijn echter ook andere aspecten die invloed uitoefenen, zoals de interesse voor een specialisme als motivatie van de co-assistent. De diversiteit aan specialismen heeft tot gevolg dat co-assistenten co-schappen lopen waar niet hun interesse ligt. De motivatie hangt hier sterk samen met het specialisme (afdeling in een ziekenhuis), maar staat los van de organisatie (ziekenhuizen onderling). Uit het onderzoek komt naar voren dat ieder ziekenhuis deze wisselwerking kent. Door de massaliteit en de andere opzet van het co-schap is in het UMCG de cultuur en mensen sterk van invloed op de motivatie: in de perifere ziekenhuizen wordt de motivatie meer gestimuleerd en komt het op met name de intrinsieke motivatie van de co-assistent aan. Toch geven co-assistenten aan dat vooral per specialisme verschillen waarneembaar zijn. Veel co-assistenten vinden bijvoorbeeld het co-schap Radiologie te lang duren. Een gebrek aan interesse kan hier niet worden gecompenseerd door welk organisatieaspect (nieuwste apparatuur/ behulpzame mensen) dan ook.

Ten slotte kan men concluderen dat bij de motivatie voor co-schappen de co-assistent zelf een grote verantwoordelijkheid heeft. De organisaties zorgen weliswaar voor randvoorwaarden, maar het leerproces van

de co-schappen wordt voor het belangrijkste deel bepaald door de inzet en motivatie van de co-assistent. Hierdoor ontstaat een wisselwerking met de medisch specialist: een gemotiveerde co-assistent maakt dat de medisch specialist ook meer inzet toont. Een belangrijk aspect is hier de organisatie van co-schappen in de verschillende ziekenhuizen. In het UMCG en MCL is een andere structuur door de aanwezigheid van AIOS. De aanwezigheid beïnvloedt de interactie met de medisch specialist (mensen) en beïnvloedt op die manier de wisselwerking met de co-assistent. De co-assistenten ervaren het UMCG anders dan Drachten en Heerenveen, Door de massaliteit in het UMCG (door de omvang van de organisatie en het grote aantal co-assistenten) voelen co-assistenten zich minder 'zichtbaar' waardoor de motivatie om goed werk te doen afneemt. De arbeid wordt niet opgemerkt, hetgeen essentieel is voor het leerproces (bijvoorbeeld voor de coaching). Het MCL is weliswaar een groot ziekenhuis, desondanks wordt hier de massaliteit niet als een belemmering ervaren. De organisatie is beduidend kleiner van omvang en het aantal co-assistenten en AIOS is ook minder. Het verschil wordt veroorzaakt door de universitaire achtergrond van het UMCG (doelen en strategie van de organisatie die de structuur beïnvloeden), waardoor de complexiteit en omvang enorm toeneemt.

5.2.2 Motivatie voor het ziekenhuis van co-assistenten

De co-assistenten geven aan dat de keuze van het ziekenhuis hoofdzakelijk twee redenen heeft: de ligging van het ziekenhuis en het type ziekenhuis.⁹ Zo wonen vier van de zes co-assistenten in de buurt van het ziekenhuis of komen er oorspronkelijk vandaan. Ondanks dat alle tweedejaars co-schappen in perifere ziekenhuizen worden gehouden, kiezen co-assistenten ook voor de eigenschappen van een ziekenhuis. Een co-assistent wilde naar het MCL, omdat ze had gehoord dat het intern goed was geregeld. De organisatiestructuur van een

⁹ Ter verduidelijking: co-assistenten kunnen uit vele ziekenhuizen kiezen en niet alleen uit de ziekenhuizen die in het onderzoek worden behandeld.

opleidingsziekenhuis hangt dan samen met de motivatie om voor dat ziekenhuis te kiezen, ondanks dat de co-assistent het niet zelf heeft ervaren. Een co-assistent in Heerenveen wilde bewust naar een kleiner ziekenhuis. De kleinschaligheid en laagdrempeligheid spreken haar sterk aan. Een medisch specialist van het UMCG weet uit eigen ervaring dit treffend te verwoorden:

“Dat je het gevoel had: als ik hier niet ben vandaag, dan word ik niet gemist. Dan verandert er niks, er gaat niemand dood, er gebeurt niks. Terwijl in Zwolle heb ik ook wel gewerkt en daar was het echt van bij de overdracht: hé de co-assistent is er niet”

De co-assistenten in Leeuwarden wilde specifiek naar een middelgroot ziekenhuis. Zo wilde ze pertinent niet naar Sneek omdat het klein was en ze uit die streek komt. Van het MCL wist de co-assistent dat het een groot ziekenhuis betreft waar van veel behandelingen plaatsvinden, zoals hartchirurgie. Een co-assistent uit Heerenveen heeft andere redenen voor haar keuze:

“Heerenveen is voor mij het dichtst bij zijnde ziekenhuis en ik kan er part time co-schappen lopen. Ook gaat mijn voorkeur naar een kleiner ziekenhuis, dan een groter ziekenhuis. Omdat de banden korter zijn en het makkelijker is om te overleggen. Er is minder hiërarchie in het ziekenhuis. Alle medisch specialisten ken je. Ze zijn allemaal veel makkelijker aan te spreken”

De semi-arts stages kunnen in zowel een streekziekenhuis als het MCL worden gelopen. De factor 'motivatie om carrière te maken' komt hier om de hoek kijken. Voor co-assistenten die na hun basisdiploma voor arts door willen als AIO is de keuze van het ziekenhuis erg van belang. Er zijn weinig AIOS plaatsen beschikbaar in de leerziekenhuizen, waardoor goede contacten erg belangrijk zijn. Door een goede indruk achter te laten in het MCL of het UMCG hebben zij meer kans op een toewijzing als AIOS. Een semi-arts stage in Drachten of Heerenveen kan heel leerzaam zijn, maar niet verstandig voor het

opbouwen van een carrière. De motivatie van een co-assistent om voor een ziekenhuis te kiezen hangt daardoor samen met de doelen van een ziekenhuis. De andere aspecten van een ziekenhuis, zoals de cultuur en mensen zijn vervolgens van ondergeschikt belang. Een co-assistent in Drachten is bekend met dit dilemma:

“Ik wil graag een keer promoveren en dan zit ik beter in een academisch ziekenhuis. Beter en leuker... Eh ja –stille- Ik vind het hier in Drachten zeker leuker”

De motivatie van co-assistenten voor een ziekenhuis kan worden samengevat in twee punten: de ligging van het ziekenhuis en de doelen van het ziekenhuis. Aan de ligging ligt een hele praktische reden ten grondslag: de co-assistenten moeten de co-schappen kunnen bereizen door in de buurt te wonen of door een goede reisverbinding (openbaar vervoer). De doelen van een ziekenhuis lopen uiteen van topklinische zorg van het UMCG tot basiszorg in Drachten en Heerenveen. Veel co-assistenten kiezen voor de kleinschaligheid van de streekziekenhuizen of juist voor de specialistische zorg (en dito ziektebeelden) in het MCL. Voor co-assistenten die toe zijn aan de semi-arts stages is het carrièreperspectief erg belangrijk. Er zijn weinig AIOS plaatsen beschikbaar, waardoor ze ondanks hun andere voorkeuren moeten kiezen voor het UMCG of het MCL (mede ingegeven door het specialisme). Hierdoor is sprake van selectie-effect: de ziekenhuizen krijgen co-assistenten binnen met een andere voorkeur (kleinschaligheid) en andere keuze (carrièregericht kiezen).

5.2.3 Ruimte om te leren in het ziekenhuis

De ruimte die een co-assistent krijgt om te leren heeft grote invloed op de leerbereidheid (en betrokkenheid) van de co-assistent. Bij de ruimtes in de organisaties om te leren, is een groot verschil zichtbaar tussen het UMCG en de overige ziekenhuizen. De sociale integratie van co-assistenten wordt in het UMCG als bijzonder moeilijk aangegeven, terwijl in de overige ziekenhuizen dit juist als positief wordt ervaren. De slechte sociale integratie en gebrek aan bijvoorbeeld waardering kan samenhangen met

de complexe structuur van het UMCG en het grote aantal co-assistenten die er rondlopen. Het UMCG wordt dan ook omschreven als formeel, waarbij de medisch specialisten zeker niet worden getutoeerd. Een co-assistent in Heerenveen kan zich in deze zienswijze vinden:

“Het is hier informeler. Er zijn zelfs artsen die zeggen: “ik ben geen u”. Dat hoef je in het UMCG niet te proberen. Bij de arts-assistenten wel, maar de artsen niet. Wat je soms hoort is dat chirurgen uit de hoogte zijn, maar dat vind ik in Heerenveen juist wel meevallen. (...) In het UMCG denk je er niet over na om ‘je’ tegen de medisch specialisten te zeggen, terwijl ze het hier juist graag willen. (...) Hierdoor durf je meer te vragen en te ondernemen (AB: in Heerenveen)”

De ruimte die de co-assistenten ervaren, heeft een positieve invloed op de co-schappen. Door de korte lijnen en de laagdrempeligheid in Drachten en Heerenveen durven de co-assistenten meer vragen te stellen en fouten te maken waardoor ze meer leren. Het formele gedrag van de ‘professoren’ in het UMCG wordt als beklemmend ervaren. Een medisch specialist in Heerenveen heeft hier een duidelijk oordeel over:

“En ze vragen je veel, omdat ze je leren kennen, dus de lijnen liggen kort. Het is een kleine lage drempel. Dus het is voor een gozer makkelijker om ons even wat te vragen, waarbij je misschien in een groter ziekenhuis wel drie keer bedenkt. Wie moet ik wat vragen, misschien vinden ze het vervelend of zo. Wij zitten de hele dag een beetje met hun rond te keutelen, dan kan het er tussendoor. Dus ik denk dat het voor hun wel prettig is”

De relatie waar het hier om draait, is de aard van de organisatie (terugkomend in de doelen, cultuur en mensen) en de ruimte en het vertrouwen om te leren door een co-assistent. De kleinere ziekenhuizen hebben een cultuur die informeler en minder hiërarchisch is, dan grotere ziekenhuizen als gevolg van de doelen en structuur van de organisaties. Dit hangt samen met kortere lijnen, zoals ook in het bovenstaande citaat naar voren komt. Co-assistenten

ervaren in die omstandigheden de ruimte en pakken (in meer en mindere mate) dit aan om vragen te stellen, fouten te maken en om hun eigen grenzen te zoeken (experimenteren). De ruimte wordt gecreëerd door de openheid en vertrouwen van de medisch specialisten (mensen en cultuur) in de perifere ziekenhuizen. Dit wordt als zeer plezierig ervaren door de co-assistenten en verhoogt de leeropbrengsten tijdens het co-schap. Beide streekziekenhuizen (Drachten en Heerenveen) zijn erg toegankelijk en geven veel ruimte om te leren. Het MCL zit hier niet ver achter. Zo geeft een co-assistent aan dat het MCL in de cultuur en de omgang met mensen meer lijkt op een streekziekenhuis, dan het UMCG.

Ten slotte kan worden opgemaakt dat de ruimte die co-assistenten krijgen om te leren hun bereidheid vergroot. Een co-assistent hecht waarde aan sociale integratie en laagdrempeligheid in het leerproces. In de ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen heeft de kleinschaligheid zijn weerslag op de cultuur en het aanwezige mensen (personeel) van de organisatie. De ziekenhuizen in Drachten, Heerenveen en in minder mate het MCL zijn minder formeel en hiërarchisch, dan het grote UMCG. Hierdoor durven co-assistenten meer te vragen en te ondernemen (werkgerelateerd leren: vertrouwen in vaardigheden en omgaan met onzekerheid). De werksfeer in het UMCG wordt als beklemmend ervaren door de aanwezigheid van 'professoren'. Dit heeft een negatieve uitwerking op het leerproces van de co-assistent (zie paragraaf 5.3.2).

5.2.4 Problemen met co-assistenten

Onwelwillende co-assistenten kunnen problemen opleveren binnen de co-schappen. Over het algemeen zijn de medisch specialisten binnen de vier ziekenhuizen tevreden met de co-assistenten. Het gaat dan niet enkel om het niveau, maar ook over het gedrag. Tijdens de gesprekken worden weinig incidenten met co-assistenten gemeld. Ondanks de goede tendens geeft de opleidingscoördinator in Drachten aan dat zij een aantal keer problemen heeft gehad met co-assistenten. In die

gevallen heeft eerst een gesprek plaatsgevonden. Mocht er vervolgens geen vooruitgang zijn geconstateerd, dan is de co-assistent terug naar het MCL (het coördinatiepunt van de co-schappen in Friesland) gestuurd. Hierbij moet worden vermeld dat onwil of onkunde (oftewel motivatie en betrokkenheid) van de co-assistent niet aan de grondslag hoeft te liggen. Het is een complexe situatie, waarbij vooral de persoonlijkheid van de co-assistent in het geding is.

Een medisch specialist uit Heerenveen heeft ook ervaring met 'probleemgevallen'. De gynaecologe maakte zich grote zorgen om de gesteldheid van een co-assistent. In eerste instantie wilde ze een onvoldoende geven voor zijn co-schap gynaecologie. De co-assistent bleek echter een aantal redenen te hebben. De medisch specialist dacht zelf dat de co-assistent een verslaving had, maar de co-assistent was net gestopt met roken, gebruikte tevens Ritalin en had een moeilijke periode achter de rug. Uiteindelijk heeft ze de co-assistent geen onvoldoende gegeven:

"Ik zie het wel als mijn taak als ik denk dit is iemand die gevaarlijk is voor patiënten. Dus de co-assistent van wie ik dacht: misschien is die wel verslaafd. Ik wil daar meer van weten en uitzoeken. Ik heb het ook wel gemeld zelfs, maar het zijn lastige dingen hoor"

Bij de problemen die kunnen ontstaan zijn de achtergronden van belang. Doordat streekziekenhuizen geen opleidingsziekenhuis zijn (andere doelen en strategie), hebben zij minder invloed op de organisatie van de co-schappen. De coördinatie van de co-schappen in Friesland verloopt via het MCL. Als er problemen zijn met een co-assistent moet het via het MCL worden geregeld. In een streekziekenhuis is de organisatie van een co-schap binnen elk specialisme in handen van één enkele medisch specialist. Er zijn weliswaar weinig problemen, maar als ze er zijn, levert dit een hoop rompslomp op voor de medisch specialist. In een opleidingsziekenhuis zijn de interne lijnen wellicht langer, maar de structuur van het opleidingsaspect is beter verzorgd. Bij probleemgevallen zijn de lijnen voor

de streekziekenhuizen langer dan de opleidingsziekenhuizen die dichterbij het vuur zitten.

5.3 Het leeraanbod

De mogelijkheden voor in het werk geïntegreerd leren worden bepaald door het leeraanbod dat aanwezig is in de omgeving. Bij het leeraanbod wordt een onderscheid gemaakt in de kenmerken van de arbeidstaak, de kenmerken van de werkomgeving en de sociale werkomgeving. Hieronder worden de resultaten op het gebied van deze drie kenmerken besproken.

5.3.1 Kenmerken van de arbeidstaak

De arbeidstaken van een co-assistent zijn van groot belang voor de waarde van de co-schappen. In deze paragraaf staan de kenmerken van deze taak centraal. De taken kunnen verschillen naar variatie, autonomie, inhoud en de moeilijkheidsgraad. Daarnaast wordt ook de werkdruk en werktempo behandeld.

Het mogen uitvoeren van (belangrijke) taken en functies is van een aantal factoren afhankelijk. Als eerste is de aanwezigheid van AIOS een belangrijk aspect (organisatiekenmerk: doelen en mensen). In de opleidingsziekenhuizen UMCG en MCL zijn deze arts-assistenten in opleiding aanwezig. Dit in tegenstelling tot de streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen waar geen AIOS en ANIOS beschikbaar zijn.¹⁰ De AIO heeft niet alleen een belangrijke invloed bij het begeleiden van co-assistenten (de volgende paragraaf gaat hierop in), maar ook op de taken die door co-assistenten worden uitgevoerd. De AIOS staan in de hiërarchie namelijk boven de co-assistenten waardoor het voorkomt dat een AIO taken uitvoert die anders door een co-assistent zou zijn vervuld. In het UMCG neemt de AIO soms meer taken in van de co-assistent, dan het MCL. De oorzaak hiervan is het

¹⁰ In een enkel geval is er wel een AIOS op bijvoorbeeld de Spoed Eisende Hulp aanwezig.

stagejaar waarin de co-assistenten zich bevinden: in het UMCG zijn de junior co-assistenten minder ver dan de senior co-assistenten in het MCL. De semi-artsen in het UMCG ondervinden er derhalve voor het leerproces minder ongemak van.

Een opleidingscoördinator van een streekziekenhuis gaat in op de opleidingstaak en de taakverschillen met het UMCG:

“De opleidingstaak is voornamelijk de gelegenheid bieden om iets in de praktijk te leren. Verder heb ik daar niet zoveel illusies over. Het is dat ze leren hoe het allemaal loopt in zo'n ziekenhuis. Het is natuurlijk een veel normaler ziekenhuis, dan een academisch ziekenhuis. In een academisch ziekenhuis zie je alleen maar hele speciale gevallen. Een ander groot nadeel van een academisch ziekenhuis; je hebt heel veel lagen: je hebt assistenten, je hebt verschillende stafleden. Hier is het natuurlijk gewoon heel direct. Dat is het grote voordeel heb ik ook altijd gepropagandeerd. Ze hebben direct met de medisch specialisten te maken. En ze krijgen taken die in een academisch ziekenhuis in eerste instantie aan assistenten zijn toebedeeld. Dat zijn geen zware taken: het opnemen van patiënten, het praten met patiënten. Ze zijn veel directer met de zorg verbonden, denk ik, dan in een academisch ziekenhuis”

De co-assistenten delen die mening. Een co-assistent uit Drachten meldt dat zij juist gestimuleerd wordt om handelingen (zoals hechten) uit te voeren. Dit is volgens haar een goede taakvariatie ten opzichte van de gespreksvoering die zij al goed beheerst. Een co-assistent uit Heerenveen zegt over het verschil met het UMCG:

“Hier mag je meer zelf doen. In het UMCG heb je de arts-assistenten en die gaan gewoon voor, want die zijn verder in hun opleiding en dus belangrijker. Hier (in Heerenveen) ben ik de eerste na de specialist. Ik vind dat ik hier genoeg mag doen, al verschilt dat per co-schap. De kleine dingetjes mag je zelf doen en bij chirurgie mag je bijvoorbeeld hechten. In het UMCG heb je de AIOS die ook wat moet leren of dat het in de OK zo vol is dat je niet steriel kan

staan, dan kan je ook niet hechten. Er staan 20 man in de OK en jij staat ergens op een krukje op je tenen achteraf om toch nog wat te kunnen zien”

De kinderarts van het UMCG sluit zich hierbij aan. Hij is van mening dat een co-assistent het meeste leert als zijn handelingen consequenties hebben:

“De dingen die echt indruk gemaakt hebben, zijn is waar je zelf betrokken bij bent geweest en die onthoud je. De casussen in het boek onthoud je niet. Er moet een gezicht bij zijn. Er moet een bepaalde emotie bij zijn waarbij je denkt: “dat vergeet ik nooit meer dat ik dat heb meegemaakt”. Dat zijn de mooiste leermomenten die je iemand kan overdragen.(...) Ik heb een hele platte opleiding gehad. En de co-schappen waren alleen maar meekijken. Daarna word je arts-assistent en ineens ben je verantwoordelijk. Op dat moment merk je wat het verschil is. Zolang je het gevoel hebt dat wat jij doet, feitelijk niet uitmaakt voor de patiënt, dan pakt het je ook niet. Als je denkt van: als ik dit en dit niet zie, dan gebeurt er dit en dit niet of dit en dit wel, dan wordt het opeens heel anders. Het is hetzelfde als met autorijden. Je kan er naast zitten en denken dat je weet hoe het moet, maar het is niet hetzelfde als dat je zelf achter het stuur zit”

Een belangrijke eigenschap van co-schappen is de eindverantwoordelijkheid die niet bij de co-assistent, maar bij de medisch specialist ligt. Een volledig autonome taak is daardoor niet van toepassing. De verantwoordelijkheid van medisch specialisten houdt ook controle in op de handelingen van de co-assistent. Bij de senior co-schappen draaien co-assistenten poli's (gedeeltelijk) mee. Door de drukte binnen de perifere ziekenhuizen gebeurt dit zowel in Leeuwarden, Drachten als Heerenveen veelal zelfstandig. Er is dan geen medisch specialist bij de co-assistent aanwezig (om te coachen of te beoordelen). Naderhand wordt de poli besproken, maar de co-assistent doet een zelfstandig voorstel. Zo geeft een co-assistent in Drachten aan dat hij bij een poli gesprekken houdt en lichamelijk onderzoek uitvoert (vaak bij nieuwe patiënten). De co-

assistent bepaalt daarmee in feite een deel van zijn autonomie (veel of weinig hulp) binnen de situatie (mogelijkheden) van een ziekenhuis. De co-assistent uit het voorbeeld probeert zijn taak zo uit te voeren dat een medisch specialist enkel een handtekening hoeft te plaatsen. Meer autonomie betekent volgens de co-assistenten een plezieriger co-schap en levert meer leerervaringen op.

De taken zijn ook afhankelijk van de ziektebeelden die worden behandeld. Ziekenhuizen hebben verschillende specialisaties. Dit werkt door in de ziektebeelden die voorbij komen en hangen daarmee samen met de taken die worden verricht. Met andere woorden: de strategie van een ziekenhuis heeft invloed op de taken die (kunnen) worden verricht. Deze taken kunnen sterk variëren in inhoud en moeilijkheidsgraad. De streekziekenhuizen behandelen de basiszorg zelf, terwijl zij specialistische zorg doorverwijzen naar het UMCG. Deze zorgdoelstelling beïnvloedt de (technische) mogelijkheden van een ziekenhuis: immers bepaalt het doel (en de strategie) de (financiële) keuzes die worden gemaakt. De medisch specialisten in de perifere ziekenhuizen geven aan dat 80% van de gevallen ‘normale’ ziektes zijn die voorbij komen. Toch zien de co-assistenten ook speciale ziektes, zoals een kinderarts in Heerenveen aangeeft:

“In de academie heb je natuurlijk heel veel bijzondere dingen. Toen ik zelf assistent was, had ik in mijn eerste week twee keer een SLE. Dat is een heel zeldzame aandoening. Ik dacht: jeetje dat komt heel vaak voor. Dat is dus iets wat je normaal gesproken in je carrière maar één keer tegenkomt. Dat geeft een heel vertekend beeld van het kinderartsenvak denk ik. Of je moet in het academie gaan werken, maar dat zijn er niet zo veel. Hier heb je meer een dwarsdoorsnede van de normale kindergeneeskunde. We zien natuurlijk heel veel astma en heel veel obstipatie, kleine dingen. Maar aan de andere kant komen we ook bijzondere dingen tegen. Er is geen co-assistent die hier weg gaat en niets bijzonders gezien heeft. Wat je het beste onthoudt, zijn de dingen die je nooit in je leven meer ziet.

Die een enorme indruk maken. Maar de kans dat je het tegenkomt is niet zo groot, dus daar heb je dan niet zo heel veel aan. Het is veel handiger om 20 astmapatiënten gezien te hebben en de behandeling daarbij. Ik denk dat helemaal niet slecht is dat in een perifeer ziekenhuis dat te doen, omdat je daar de dagelijkse praktijk veel beter leert. En niet alleen de bijzondere krenten in de pap die je vervolgens nooit meer tegen komt”

Een aantal co-assistenten vindt het jammer dat met name algemene ziektes en weinig ‘interessante’ (bijzondere) zaken voorbij komen. Dit toont aan dat de waarde van aanwezige ziektebeelden voor een co-assistent mede persoonsafhankelijk is. Mocht een co-assistent een specialistische kant opgaan, dan heeft hij of zij weinig aan het gros van de ziekten (en specialismen) die passeren. Aan de andere kant heeft een groot aantal co-assistenten juist veel aan deze brede kennismaking, omdat ze willen doorleren voor bijvoorbeeld kinderarts of huisarts.

De chirurgie in Drachten en Heerenveen verkeren in een bijzondere positie door de maatschap die met het Antonius ziekenhuis in Sneek wordt gevormd. Zo is de maatschap volgens de website het grootste centrum in Friesland op het gebied van spataderbehandeling. Door de nieuwe apparatuur is het flebologisch centrum in staat hoogwaardige zorg te leveren (organisatiekenmerk: technologie). Door de maatschap behandelen de medici ook speciale dingen. Zo verrichten zij de protheses die ook in Groningen voorkomen en heeft de maatschap meer van het zogenoemde ‘buis maken’ dan het MCL. De chirurgie is volgens de chirurg door de maatschap hetzelfde als in Groningen.

De co-assistenten zijn tevreden met de moeilijkheidsgraad en inhoud van de taken die zij mogen verrichten. Een co-assistent in Leeuwarden vindt de taken goed passen: ze zijn niet te moeilijk, maar sluiten goed aan bij haar niveau. De moeilijkheidsgraad van de taak in een ziekenhuis verschilt per specialisme. Als met kinderen wordt gewerkt, zijn de medisch specialisten voorzichtiger met het laten verrichten van handelingen door co-assistenten. In het UMCG gaat dit

extra op, omdat de co-assistenten daar hun junior co-schappen lopen. Een kinderarts vertelt hierover:

“Je komt er ook niet echt aan toe hè. Ik geef een praktisch voorbeeld bij kindergeneeskunde: infuusprikken. Dat gebeurt eigenlijk niet door co-assistenten. Dat is een handeling die de hele dag door gebeurt. Dat gebeurt door de arts-assistenten. En bepaalde delen van het lichamelijke onderzoek ook niet. Eerste patiënt zien op de polikliniek vind ik dat dat heel goed kan. In het begin was het idee dat dat misschien niet zou kunnen, maar bij ons op de polikliniek hebben we daar hele goede ervaringen mee. Infuusprikken is technisch moeilijk en lastiger bij kinderen. Die zijn toch al niet zo makkelijk, dus dan wil je ook dat het goed gaat. Bij volwassenen kan je dat nog uitleggen, maar bij een kind is dat een beetje moeilijk om dat te begrijpen. Dat speelt bij kindergeneeskunde echt een rol”

Een co-assistent uit Drachten geeft aan dat de co-assistent zelf ook invloed heeft op de moeilijkheid en verantwoordelijkheid (en mogelijk variatie) van de taak. Hier komt het eerder aangehaalde credo ‘de co maakt zelf zijn stage’ weer naar voren. De taken die hij denkt aan te kunnen, probeert hij zelf door de verantwoordelijkheid zich toe te eigenen: “Ik zoek mijn eigen grenzen op van wat ik nog niet weet”. Naast het verschil in ziekenhuis is er ook een verschil binnen het specialisme. Co-assistenten lopen namelijk zowel op de polikliniek als de zaal mee tijdens een co-schap. Het (algemene) verschil wordt door een kinderarts uit Drachten duidelijk aangegeven:

“De polikliniek is vrij gestructureerd, daar zie je op ochtenden en middagen patiënten. Dat zijn dan oude patiënten die al in behandeling zijn of nieuwe patiënten, zoals wij die noemen, die met een nieuwe hulpvraag bij ons aangemeld worden. Dat kan van alles zijn: van 0 tot 18 jaar. Op de afdeling is er afdelingswerk van patiënten die liggen van 0 tot 18 jaar en de patiënten die daar naar verwezen worden. De spoedpatiënten noemen we dat. Die worden opgenomen, moeten behandeld worden of geëvalueerd worden. Dus daar zit een heel verschil tussen die twee

werelden. Poli is gestructureerd en je weet wat er komt in een korte tijd. De afdeling kan van hollen tot stilstaan”

Een kinderarts uit Drachten is van mening dat de verhouding tussen polikliniek en zaal is veranderd door de verkorting van het co-schap door de introductie van het nieuwe curriculum. De co-assistent krijgt minder zelfstandigheid (autonomie) en het afdelingswerk wordt ook verminderd (taakvariatie):

“Door de nieuwe stijl zijn wij geneigd om de co-assistenten meer op de polikliniek mee te laten draaien. In het afdelingswerk gaan ze minder betrokken worden, doordat ze ervaring missen of tijd missen om ingewerkt te raken. We vinden wel dat ze basisvaardigheden moeten hebben, dus in ieder geval visites meelopen, grote visites meedraaien, pasgeborene nakijken. Zeker wel zieke patiënten zien, maar minder zelfstandig werken”

De verhouding tussen polikliniek en zaalwerk verandert niet alleen door tijdsgebrek, maar ook door de kenmerken van de organisatie. Een chirurg uit Leeuwarden geeft aan dat het MCL door hun achtergrond als algemeen ziekenhuis een andere positie dan het UMCG en de kleinere perifere ziekenhuizen inneemt. Deze opvatting wordt bevestigd door een kinderarts aldaar:

“Over het algemeen in dit ziekenhuis ligt hier het vuur wisselend: het kan op de afdeling heel druk zijn of het kan op de polikliniek vrij druk zijn. En omdat we maar een kleine groep hebben, proberen we de co-assistenten altijd aan te bieden wat op dat moment aanwezig is. Zeker veel poliwerk, zoals dat in ons vak heet, maar ook afdelingswerk. En je zal dus ook zien dat in de vier weken als één of twee artsen op vakantie is, er in verhouding minder op de polikliniek gedraaid wordt en zal degene meer op de afdeling werkzaam zijn”

“Ik denk dat poliklinisch de invulling van de co-schappen het meeste verschilt met het UMCG. Ik denk dat ze hier veel meer nieuwe patiënten kunnen zien. Ik denk nou niet

dat er zo’n verschil zit tussen dit ziekenhuis of andere ziekenhuizen. Maar ik vond dat zelf wel, als je in algemene co-schappen liep, zag je veel meer patiënten. En academisch ja dat zijn meer de deelspecialistische afdelingen, waar je al dan niet meeloopt”

De co-assistenten hebben een lichte voorkeur voor zaalwerkzaamheden. Het heeft volgens een co-assistent uit Heerenveen beide een ander leereffect. Daarbij hebben beide vormen hun voor- en nadelen. Dit is ook per ziekenhuis verschillend. Zo is een co-assistent uit Leeuwarden van mening:

“Poli heeft het voordeel dat je meer mensen ziet met een beperking of aandoening. Op de afdeling heb je gewoon mensen die ziek zijn. Dat is ook een ziekte en dat moet je ook weten. Er zitten bijvoorbeeld mensen bij die niet te genezen zijn. Sommige specialismen zijn meer geschikt voor alleen de polikliniek, zoals neurologie. Op interne heb je maar één weekje poli en dat is te kort”

De bovenstaande co-assistent heeft de beschikking over een AIO. Dit in tegenstelling tot de co-assistenten uit Drachten en Heerenveen. Naast het ontbreken van AIOS ondervinden deze co-assistenten nog andere verschillen. Zo wordt er in Drachten voor de polikliniek geen tijd speciaal vrijgemaakt voor de co-assistent. Dit komt omdat de afdeling niet precies weet hoeveel co-assistenten er komen. Volgens de medisch specialisten en co-assistenten kan dit vanuit de coördinatie in Leeuwarden beter worden geregeld. Momenteel neemt de co-assistent de nieuwe patiënten die op de poli komen. Het kan niettemin voorkomen dat geen (of weinig) geschikte patiënten op de polikliniek aanwezig zijn. In Drachten zijn geen zaalartsen (en AIOS) aanwezig. Hierdoor komt een co-assistent niet snel op ‘zaal’ te werken. Als toekomstig AIO is het niettemin erg waarschijnlijk om in een opleidingsziekenhuis in de zaal te beginnen. Door het weinige meelopen is de basiskennis over zaalwerkzaamheden op dat moment beperkt. Hierbij kan gedacht worden aan: hoe vaak moet je bloeddruk meten en hoe lang moet een infuus er in? In

Heerenveen zijn de polikliniek en zaal niet gelijk verdeeld. Het ene specialisme heeft veel zaal en geen polikliniek en visa versa. De co-assistenten uit Heerenveen hebben beide geen voorkeur voor poli of zaal. De verdeling van polikliniek en zaal hebben de co-assistenten ook niet als nadelig ervaren.

De frequentie van de taak is niet altijd optimaal bij de co-schappen (werkdruk). Zo geven co-assistenten aan dat op bepaalde momenten weinig tot geen werk voorhanden is. In Leeuwarden bleek niet altijd mogelijk co-assistenten bezig te houden. Een co-assistent geeft aan dit probleem vooral bij kindergeneeskunde te ervaren, maar de drukte ligt volgens haar ook aan het seizoen (herfstvirus). Ook in Drachten zijn voor de co-assistenten af en toe geen werkzaamheden te verrichten. Zo komt het voor dat één patiënt voor de polikliniek staat ingeroosterd, waardoor de rest van de dag is ingepland voor de uitwerking. Ten slotte geven de co-assistenten in Heerenveen aan dat de vrije momenten er zijn, maar dat er ook wat tegen gedaan kan worden. Op de Intensive Care (IC) is niet altijd werk beschikbaar door de risicovolle taken. Een co-assistent wordt daar echter door de vakgroep zelf goed beziggehouden met andere taken (of opdrachten). Daarnaast geeft een andere co-assistent aan dat binnen een co-schap altijd wel werk beschikbaar is, als je zelf maar goed zoekt en initiatief neemt.

Samenvattend komen een aantal organisatiespecifieke zaken naar voren. Als eerste belemmert de aanwezigheid van AIOS in de opleidingsziekenhuizen (UMCG en MCL) het aantal taken van de co-assistent. Naast de begeleiding van AIOS aan co-assistenten doen de AIOS (en ANIOS) handelingen die anders door co-assistenten zouden worden verricht. Hier zitten de leerspecifieke doelen van organisaties het leerproces in de weg. Ondanks dat een ziekenhuis mensen (van co-assistenten tot sociologen in opleiding) graag leerervaringen wil laten opdoen, hebben de organisaties blijkbaar niet altijd de capaciteit om hier aan te voldoen. Zo komt er naar voren dat het moeilijk is co-assistenten bezig te houden in het MCL. Vooral patiënten bij wie een co-assistent zelf handelingen moet verrichten

en verantwoordelijkheid heeft, maken indruk (leermomenten).

Een ander aspect zijn de ziektebeelden die bij een co-schap naar voren komen. In de specialistische ziekenhuizen UMCG en MCL zijn andere taken beschikbaar, dan in de algemene ziekenhuizen Drachten en Heerenveen. Dit werkt door in de hele identiteit van de organisatie: de doelen, structuur en technologie zijn er op ingesteld. De ziektebeelden bepalen de taakcomplexiteit en diversiteit van de co-schappen. Al moet worden opgemerkt dat de taken van co-assistenten te beperkt zijn om de invloed echt te merken. Een uitzondering is zijn de maatschappen die door verschillende ziekenhuizen worden gevormd. Zo vormt de chirurgie in Drachten en Heereveen een maatschap met Sneek. Door deze samenwerking blijven vele aspecten van de organisatie onveranderd, zoals de cultuur en mensen. De technologie en structuur maken dat er voor chirurgie meer (leer)mogelijkheden zijn dan elders in de organisatie: de taakvariatie, taakinhoud en moeilijkheid van de taak wordt door de samenwerking beïnvloedt. Een chirurg vergelijkt de maatschap zelfs met de afdeling in Groningen.

De laatste twee aspecten zijn zelfstandig werken van de co-assistent en het onderscheid tussen de poliklinische en zaalwerkzaamheden. Bij senior co-schappen en semi-arts stages werken co-assistenten in grote mate zelfstandig. Door het ontbreken aan AIOS en vooral tijd van de medisch specialisten komt het in Drachten en Heerenveen meer voor dan in het MCL. De taakautonomie heeft positieve en negatieve kanten. Een co-assistent wordt veelal uit tijdgebrek aan zijn lot overgelaten, maar heeft hierdoor belangrijke leermomenten. De kenmerken van de taak verschillen bij de poliklinische en zaalwerkzaamheden. Zo ontvangen co-assistenten op de polikliniek vaak de nieuwe patiënten bij wie zij een diagnose moeten stellen. Op de zaal (of afdeling) liggen bijvoorbeeld mensen die niet te genezen zijn. Zulke patiënten vragen om routinematige handelingen als een infuus aanleggen. Als werkplek zijn dit twee verschillende werelden. De polikliniek is vrij gestructureerd en de zaal gaat van hollen tot stilstaan. De

co-assistenten kunnen van beide veel leren, al ligt de nadruk vaak op het poliklinische werk vooral in de streekziekenhuizen. Door de structuur van de organisaties (het ontbreken van AIOS) leent het zich meer voor poliklinisch werk. De ontwikkeling van de poliklinische vaardigheden wordt als belangrijker beschouwd binnen het leerproces. Zo zien sommige co-assistenten de zaal als saai of minder interessant, toch zullen de co-assistenten als toekomstig AIO met name op de zaal beginnen en dus de ervaring hard nodig hebben.

5.3.2 Kenmerken van de werkomgeving

Onder de werkomgeving wordt de informatieomgeving verstaan: de aanwezigheid van informatiebronnen. Ook vallen hier factoren onder als de begeleiding door collega's (dus niet opleiders), de cultuur op de werkplek, het leerklimaat, de ruimte om fouten te maken en vragen te stellen, het contact met patiënten, en de eigen verantwoordelijkheid.

Een eerste kenmerk van de werkomgeving is de blootstelling aan kritieke incidenten. Het sluit het aan bij de taakspecificaties uit de vorige paragraaf (in het UMCG en MCL wordt meer specialistische zorg aangeboden, dan in Drachten en Heerenveen). Hoe zwaarder de ziektebeelden en hoe korter iemand 'op de patiënt zit', des ter groter de kans op kritieke incidenten. Dit zijn indrukwekkende leermomenten voor de co-assistent. Het aspect wordt dan ook aangehaald door een kinderarts in het UMCG. Door de toename van het aantal co-assistenten worden die nu geplaatst op afdelingen die minder geschikt zijn voor co-schappen:

“Nu zijn de co-assistenten overal en zelfs op IC afdelingen. Er zijn afdelingen waar traditioneel geen co-assistenten waren. Omdat er plaatsgebrek is, zijn er mensen ook daar ingedeeld. Dan zit je eigenlijk in heel geavanceerde zorg en kan je minder doen waarschijnlijk, maar je krijgt misschien wel weer meer indrukken. Het is wel weer intensiever, dus het kan wel confronterender zijn “

Een kinderarts in Heerenveen gaat in op de ziektebeelden. De specialistische zorg komt in de meeste perifere ziekenhuizen niet aan bod. Deze patiënten komen in eerste instantie wel in deze ziekenhuizen binnen, maar de co-assistenten zijn dan niet altijd aanwezig:

“Ze zien juist ze de zwaardere ziektebeelden hier. Van alles wat in het academisch ziekenhuis ligt, is bijna 80 of 90 procent afkomstig uit de periferie acute problematiek. Maar je hebt kans dat in de zomermaanden het vier weken rustig is, of kans dat het vier weken heel druk is. En wat in de kindergeneeskunde een grote rol speelt, en dat kan ik als kinderarts ook wel jammer vinden, is dat ons vak niet om 5 uur 's middags ophoudt. Het begint 's ochtends ook niet altijd om 9 uur. Dus het grootste gedeelte van de dag is er geen co-assistent op het tijdstip dat de meest zieke patiënten meestal gemeld worden: na 5 uur en voor 8 uur 's ochtends”

De belangrijkste factor die bij de werkomgeving naar voren komt, is de cultuur op de werkplek. Iedere medisch specialist heeft hier een oordeel over, waarbij het voornamelijk gaat om de cultuur van opleiden in het ziekenhuis (organisatie). Opnieuw is een onderscheid te maken tussen de vakgroepen in een ziekenhuis en tussen de ziekenhuizen an sich. Chirurgen worden genoemd als 'een ander slag volk' dan de andere vakgroepen. In hoeverre dit in de verschillende ziekenhuizen naar voren komt, zijn de meningen over verdeeld. De medisch specialisten staan in het UMCG bekend als formeel en in het bijzonder geldt dit voor chirurgie. De cultuur van chirurgie wordt ook aangehaald door een gynaecoloog uit Heerenveen:

“Er zit verschil in de manier dat ze [chirurgen] zich opstellen, maar over het algemeen is die laag niet zo diep hoor bij chirurgen. Het leuke is dat als een co-assistent zich niet op zijn gemak voelt, dan kan je daar ook voor een deel je keus op maken. Hoe jij je thuis voelt in een beroepsgroep, dat maakt wel uit hoor”

De cultuurverschillen tussen de ziekenhuizen zijn al zijdelings aan bod gekomen. Bij de motivatie van co-assistenten voor een ziekenhuis zijn beweegredenen gegeven die deels samenhangen met de cultuurkenmerken. Zo wordt het UMCG gezien als een formeel ziekenhuis met een hoogdrempeligheid. De perifere ziekenhuizen worden juist als informeel bestempeld. De cultuur van de ziekenhuizen hangt ook samen met de opleidingsfunctie. Daarnaast verschillen de vakgroepen ook onderling, hetgeen door een chirurg in Leeuwarden ook wel de 'ambitie voor opleiden' wordt genoemd.

Over de cultuurverschillen tussen de vier ziekenhuizen zijn de meningen verdeeld. De komende drie uitgebreide citaten geven hier een duidelijk beeld van. Eerst volgt een citaat van een opleidingscoördinator uit Leeuwarden, gevolgd door een kinderarts uit Drachten en een gynaecoloog uit Heerenveen.

“Ja, ik denk dat er een cultuurverschil is tussen het MCL en Heerenveen en Drachten. Het is hier in het MCL natuurlijk groter en niet iedereen kent elkaar. Zelfs binnen de medische staf lopen hier specialisten rond die andere specialisten gewoon niet kennen. Verder hebben we hier van oudsher een opleidingscultuur. We vinden het ook heel normaal dat er continu mensen om ons heen lopen die bepaalde dingen al wel kunnen en bepaalde dingen nog niet en die je daar een beetje wijzer mee kan maken. Dat betekent dus ook dat je de 'productie' wat minder belangrijk moet vinden. Als ik de hele week productie maak, dan verdien ik meer dan als ik een gedeelte van de week onderwijs geef. Al gaat het aan de andere kant weer niet helemaal op, want de arts-assistent doet op een gegeven moment werk voor ons en als dat meer oplevert dan hij kost, dan is het ook goed hè. Je hoeft geen medelijden met ons te hebben qua inkomen, maar het vraagt wel een iets andere insteek”

“Ik denk dat de cultuur in dit ziekenhuis positief staat tegenover co-assistenten. Er is bewust voor gekozen om dat te doen. Als ik terughoor van alle co-assistenten die hier verschillende stages hebben gelopen, dan zien ze het zeker

als positief. Prettige werkomgeving, gevarieerde afdeling, verschillende soorten artsen. Als we het omdraaien: we horen vaak van co-assistenten dingen die wij zelf niet wisten. Hoe bepaalde dingen lopen, omdat wij niet altijd in de keuken van andere specialisaties kunnen kijken. Wij werken op die manier en interne werken op die manier. Ik weet niet wat de werkstijl van iedereen is”

“Ik heb me wel eens afgevraagd: is de tijd nu echt veranderd? Voor mijn gevoel is het allemaal zeer gemoedelijk en gemakkelijk, terwijl ik zelf ongeveer een cultuurschok heb opgelopen in de co-schappen. Ik denk dat het in kleinere ziekenhuizen voor co-assistenten makkelijker is. Academisch is sowieso moeilijker, omdat ze daar teveel mensen hebben rondlopen die wat moeten leren. Dat is toch het belangrijkste: je hebt gewoon je plek. We hebben één co en vijf gynaecologen. Die lopen hier niet de hele dag rond, maar wel drie. De co-assistenten kunnen gewoon kiezen. Ze kunnen mee naar de OK en daar voelen ze wel eens wat van de hiërarchie, want men wil wel eens even laten weten dat je netjes je handen moet wassen, omdat dat hoort en zo. Maar die sfeer hoort er een beetje bij”

De doelen en de cultuur van een organisatie hebben vaak een relatie met elkaar. Voor de organisaties van ziekenhuizen gaat dit evenzeer op. Een kinderarts uit Leeuwarden geeft aan hoe doelen (of strategie) en cultuur van een ziekenhuis kunnen samenkomen:

“Ook van directiewegen zeg maar zien ze het als speerpunt. Opleiden is een speerpunt in het MCL. Het is echt zo'n topklinisch zorgziekenhuis. Ze slaan er zichzelf mee op de borst, maar dat is ook terecht, want er wordt ook veel aandacht aan opleiden gegeven. (...) Het zit hier zeker in de cultuur. Dat is leuk hoor”

Resumerend komen twee punten uit de werkomgeving naar voren. Als eerste mogelijkheid tot kritieke incidenten op de werkplek. Dit is een verlengde van de arbeidstaak kenmerken uit de voorgaande paragraaf. In organisaties waar de taakhoud en moeilijkheid van de taak ingesteld is

op topklinische zorg in plaats van routine matige basiszorg is de kans op kritische incidenten groter. De handelingen zijn moeilijker uitvoerbaar en de risico's en consequenties groter. Co-assistenten verrichten deze taken weliswaar niet, maar aanschouwen de handelingen (en problemen) wel. De complexiteit van de werkomgeving kan zodoende een grote bijdrage leveren aan het leerproces. Aan de andere kant zullen veel co-assistenten op andere specialismen terecht komen (in algemene ziekenhuizen), waar de omstandigheden (structuur, cultuur en mensen van de organisatie) sterk zullen verschillen met de ervaren situatie in het UMCG of MCL.

Het tweede punt van de werkomgeving organisatiecultuur. Het UMCG wordt omschreven als formeel, afstandelijk en weinig flexibel. Medisch specialisten worden gezien als 'professoren' bij wie tutoyeren uit den boze is. In het MCL komt deze opvatting niet naar voren, ondanks de omvang van de organisatie: niet 'iedereen' kent elkaar zoals in streekziekenhuizen. De organisatie is beduidend groter dan Drachten en Heerenveen, maar heeft op de omgangsvormen met de co-assistenten weinig invloed. De ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben door de kleinschaligheid van de organisatie een vragenvriendelijke cultuur en toegankelijke mensen. Een laagdrempelige omgeving is bevorderend voor het leerproces. Bij het leren van zaken gaat het tenslotte ook om durven. Daarom staat in het curriculum onder andere het participeren centraal. In een stimulerende cultuur gaan co-assistenten eerder om informele feedback vragen als daar behoefte naar is. Er is met andere woorden meer interactie en communicatie op de werkvloer.

5.3.3 De sociale werkomgeving

De sociale omgeving gaat in op de omgang met mensen op de werkplek. Sociale contacten komen daarin voor, maar ook rolmodellen en discussie en overleg met mede co-assistenten.

De sociale inbedding maakt deel uit van de laagdrempeligheid van streekziekenhuizen en het MCL. De

co-assistenten geven aan dat "zelfs na 6 maanden de mensen in het MCL mijn naam nog wisten". Niet iedere co-assistent heeft behoefte aan de sociale contacten met medisch specialisten. Naast de omgang met de medisch specialisten gaan de co-assistenten ook veel met elkaar om. Een kinderarts uit Drachten zegt hierover:

"Maar je ziet ook dat sommige zich terugtrekken op een veilige plek, kamer of de cokamer. En daar gezellig met de andere co-assistenten kletsen. Zeker in de korte stages komt dat meer naar voren. De co-assistenten die hier langer zitten, veertien weken, die zie je ook veel meer naar het secretariaat trekken en veel meer naar de afdelingspost waar de verpleging zit. Dus het is ook inherent aan diegene of die er energie in wil steken"

De streekziekenhuizen hebben een beduidend lager aantal co-assistenten dan het UMCG en het MCL. In Drachten en Heerenveen zijn ongeveer tien co-assistenten werkzaam die vaak als een gezamenlijk groep bij elkaar zitten. Zo eten de co-assistenten in Drachten altijd samen. In beide ziekenhuizen bespreken de co-assistenten onderling de medisch specialisten, terwijl ook regelmatig medische achtergronden termijnen over tafel gaan. De gezelligheid overtreft echter de inhoudelijke discussie. Het MCL heeft beduidend meer co-assistenten met als gevolg dat mensen in aparte groepen naar elkaar toe trekken.

Volgens meerdere medisch specialisten worden de sociale contacten en rolmodellen door de korte duur van de stage minder goed ontwikkeld. Een chirurg uit Drachten is deze mening ook aangedaan:

"Een co is wel bekend en krijgt ook aandacht, maar omdat het zo kort is, kan je niet echt inbedden in de structuur. Hoe langer je ergens bent, hoe meer familiair je raakt, hoe meer je bekend raakt. De omgangsvormen zijn op het niveau van zoals assistenten met co-assistenten omgaan, dus dat is heel amicaal. Alleen hangt dat af van hoe je jezelf openstelt"

De sociale werkomgeving heeft vooral te maken met de eerder besproken laagdrempeligheid en kleinschaligheid

van de organisatie (eenvoudige structuur). Co-assistenten ervaren de streekziekenhuizen als toegankelijk met vriendelijke mensen en zijn daar ook bijzonder content mee. In het UMCG zijn de co-assistenten meer op zichzelf (anoniem) en voelen zich eerder een nummer dan een toekomstig arts. Toegankelijke en vriendelijke mensen en een laagdrempelige cultuur die samengaan met een kleinschalige organisatie met een relatief simpele doelstelling (bieden van basiszorg) beïnvloedt de sociale inbedding van de co-assistent (en medisch specialist). Een co-assistent voelt zich op zijn gemak, durft te ondernemen, vragen te stellen en te participeren op de werkplek, waardoor het leerproces wordt gestimuleerd.

5.4 Het opleidingsaanbod

De door de organisatie georganiseerde opleiding op de werkplek is het laatste aspect van leren op de werkplek. Dit zijn alle activiteiten die expliciet gericht zijn op de competentieverwerving van werknemers. Er wordt een onderscheid gemaakt in opleiden, begeleiden, feedback en beoordeling, bijscholing en de voorzieningen.

5.4.1 Opleiden op de werkplek

Het eerste onderdeel is het opleiden op de werkplek. Hieronder valt het meer gestructureerd maken van de taken (bijvoorbeeld werkplekinstructies) en van de leermogelijkheden (onderwijs). Niet in elk ziekenhuis vindt opleiden expliciet plaats. Co-assistenten worden wel zo goed mogelijk begeleid, maar de gestructureerde onderwijsmomenten zijn minder aanwezig. De doelen van de het curriculum zijn niet bij iedere medisch specialist bekend. De medisch specialisten uit de streekziekenhuizen zijn hier minder van op de hoogte (en geïnteresseerd), dan hun collega's uit de opleidingsziekenhuizen (MCL en UMCG). Een kinderarts uit het UMCG:

“We hebben als opleiders niet echt voor ogen wat nou die co-assistent na 6 weken moet kunnen. Dat is niet afgesproken. Hij gaat gewoon weer weg. We moeten dat

boekje invullen en een modelstatus inleveren en dat is het. Maar wat hij dan kan... Er zit veel meer in een co-schap dan dat en ik denk dat de co-assistent veel meer leert dan dat. Hij leert juist veel meer voor zichzelf. Misschien dat een co-assistent die één patiënt heeft gezien waarmee iets heel ernstigs was, wat veel indruk heeft gemaakt, dat dat het meeste grote leermoment van de hele stage is geweest en de rest niet zo”

De co-assistenten hebben vaak ook niet een concreet doel voor de co-schappen aangaande leerpunten en bezigheden. Dit wordt in elk ziekenhuis gelijk aangegeven en lijkt samen te hangen met het curriculum. Een opleidingscoördinator van het UMCG zegt hierover:

“We merken dat tijdens de introductie op de eerste dag op de afdeling dat bij de studenten niet duidelijk is wat van ze verwacht wordt. De doelstelling van M1 dit jaar is consultvoering, maar op heelkundige afdelingen zijn natuurlijk een aantal hele expliciete zaken die zich in die consultvoering voordoen. Ook loop je hier om bijvoorbeeld op de OK te staan en om een aantal kleine vaardigheden uit te voeren. In de ogen van nogal wat clinicis is het niet helemaal duidelijk dat de consultvoering de hoofdmoot is van dit alles. Die hebben de oude C2000 in het oog dat over een wat langere periode loopt. Die arts heeft een andere perceptie van wat een co-assistent kan en moet kunnen en hier komt doen. Langzaam maar zeker gaat het er wel uit, maar dat blijkt toch nog steeds de kop op te steken”

Een kinderarts in Leeuwarden vult dit aan:

“Ik heb een aantal opleiders gehad die heel duidelijk voor de stage aan met je om tafel gingen zitten, de tijd er voor namen en dan gingen vaststellen wat jouw persoonlijke leerdoel was. Op zich is dat heel erg mooi. Dan maakt het eigenlijk niet heel veel uit of je nou een kortere periode ergens bent of een langere periode. Je dwingt iemand dan om na te denken wat hij of zij uit deze periode halen. En ik vond dat wel heel erg goed. Dat je gewoon bewust bezig bent: “Ik zit hier nu twee weken op polikliniek en wat ga ik eruit halen”. Natuurlijk kan je Korte Klinische

Beoordelingen en alles gaan doen, maar dan kun je nadien over dat gehele plaatje zeggen: “Heb je bereikt wat je wilde bereiken?” Of al na een week, want dat is het mooie aan de tussentijdse evaluatie: ”Zitten we op de goede weg of moeten we dingen aanpassen, hoe zie je dat?”

Binnen de co-schappen hebben de co-assistenten impliciete en expliciete leermomenten. Impliciet tijdens het participeren en meelopen met de medisch specialist en expliciet tijdens onderwijsmomenten, zoals de Korte Klinische Beoordelingen en het lesgeven. In elk ziekenhuis wordt door (in ieder geval een paar) medisch specialisten lesgegeven. In de streekziekenhuizen wordt door de kleine populatie co-assistenten (ongeveer 11) aan de gehele groep tegelijk een ‘college’ gegeven. Dit is ongeveer één keer in de week door een medisch specialist. Ook in Drachten is de opleidingscoördinator hier mee bezig:

“Er wordt wel wat onderwijs gegeven. Ik probeer dat ook een beetje te sturen om te zorgen dat ze twee of drie keer per maand een uur les krijgen van de verschillende specialisten. Dat is in samenwerking met de spoedeisende hulp artsen. Die hebben een onderwijsprogramma één keer in de maand, daar laat ik ze ook naar toe gaan. Los daarvan hebben ze ook nog een uurtje en dat is alleen voor de co-assistenten”

Het geven van onderwijs maakt maar een klein deel uit van de bezigheden van de medisch specialist. Niet iedere medisch specialist moet onderwijzen, in ieder geval niet heel frequent. Dit is afhankelijk van de organisatie (doelen) waar de medisch specialisten (mensen) deel van uitmaken: medisch specialisten in het UMCG en MCL hebben beduidend meer onderwijsmomenten dan hun collega’s in Drachten en Heerenveen. Daarnaast kunnen zij nadrukkelijker kiezen voor een rol in het onderwijs. In de streekziekenhuizen is de keuze niet beschikbaar en blijft de taak beperkt tot een praatje voor de 11 / 12 co-assistenten eens in de zoveel tijd. De onderwijsmomenten worden ook door de co-assistenten zelf ingevuld middels een *pico*. Dit is een medisch gerelateerd onderwerp die door een co-

assistent wordt uitgewerkt om vervolgens aan de medestudenten voor te dragen.

Over de coördinatie vanuit Leeuwarden zijn al een aantal zaken naar voren gekomen. In de vorige paragraaf is de ongestructureerde manier van het toewijzen van co-assistenten aan vakgroepen naar voren gekomen. Dit punt is voor de opleiding ook van belang. Om te kunnen opleiden moet een organisatie kunnen inspelen op het aantal co-assistenten die stage komen lopen. In de interviews komt naar voren dat deze overkoepelende structuur beter en flexibeler moet. Co-assistenten en medisch specialisten uit Drachten geven bijvoorbeeld aan dat het kan voorkomen dat voor een co-assistent geen geschikte patiënt beschikbaar is, waardoor een kostbaar leermoment verloren gaat.

De doelstelling van een ziekenhuis om op te leiden, werkt door in het onderwijsdeel. Medisch specialisten worden in streekziekenhuizen niet overmatig voor de onderwijstaak gecompenseerd. Hier kost het gezien de extrinsieke motivatie voornamelijk tijd van de medisch specialist. De motivatie moet dan vooral intrinsiek komen door de motivatie voor het opleiden en begeleiden. Daardoor kiezen veel medisch specialisten bewust voor een opleidingsziekenhuis. In het MCL komt dit sterk (in de cultuur) naar voren, zoals een chirurg aangeeft:

“Je ziet dat in perifere klinieken het moeizamer gaat om een kras in de agenda te zetten en te zeggen: nou moet je gewoon lesgeven. Wij vinden dat leuk, maar het is niet gebruikelijk in de perifere ziekenhuizen. Ook is er een verschil in manier waarop met de opleidingstaak wordt omgegaan. Ik denk dat wij betreft onze attitude ten aanzien van lesgeven en het begeleiden van mensen zeker niet onder doen voor het UMCG. Ik heb jarenlang in het UMCG gewerkt, maar daar wordt het verhoudingsgewijs misschien wel te weinig gedaan en is de attitude minder aanwezig. De ambities die je bij een universitaire kliniek hebt, zijn meer gericht op promoveren, publiceren en voordrachten houden. Streepjes achter je naam hebben staan en daar valt

lesgeven niet direct onder. Ondanks dat het officieel wel een deel van de taak is. Zonder dat ik het negatief bedoel. Ik wil de mensen ook niet ten nadele spreken, maar ik denk dat in ons ziekenhuis lesgeven en omgaan met jongelui wel breed wordt gedragen”

De medisch specialisten en co-assistenten geven beide aan dat werkervaring in zowel het UMCG als een algemeen ziekenhuis noodzakelijk is. Ondanks (en door) dat er verschillen aanwezig zijn, is de ontmoeting met de verschillende organisaties erg belangrijk en aanvullend.

“Universitaire en perifere ziekenhuizen zijn twee verschillende stijlen. Allebei gaan ze wel over geneeskunde, maar beide hebben een andere benaderingswijze en vorm van organisatie. Ik denk dat het voor een student ontzettend van belang is dat hij of zij met beide werelden kennis maakt. En ook een beetje die verschillen probeert te zien en te waarderen. Waarbij ik niet per se zeg dat de één beter is dan de ander, maar ze hebben allebei hun sterke punten en hun zwakke punten. De verschillen bestaan bijvoorbeeld uit het percentage tijd wat stafmedewerkers puur aan onderwijs of opleidingsstaken kunnen spenderen. Dat is in een academisch ziekenhuis hoger, dan in een perifere ziekenhuis. Het percentage tijd dat een medisch specialist zelf aan co-assistenten besteedt, is in een academische situatie vaak groter, dan in een perifere situatie”

Ten slotte kan nu de paragraaf puntsgewijs worden samengevat. Het is niet verrassend dat in opleidingsziekenhuizen bewust met onderwijs (geven) wordt omgesprongen. Expliciet opleiden vindt niet in alle ziekenhuizen plaats. In de Drachten en Heerenveen zijn weinig specifieke onderwijsmomenten. De organisatie is niet ingesteld op de onderwijstaak (doelstelling). Dit heeft tot gevolg dat de structuur zich niet leent voor deze activiteiten, er weinig co-assistenten zijn om gezamenlijk te onderwijzen en de medisch specialisten (mensen) niet op de taak zijn ingesteld. De invloed op het leerproces moet niet worden overschat. Het onderwijsdeel weegt niet op tegen praktische ervaring tijdens de co-schappen. In

Drachten en Heerenveen speelt lesgeven een kleine rol en zal een medisch specialist hooguit eens een praatje moeten houden voor de ongeveer tien co-assistenten. Vervolgens valt de geringe kennis van de doelen van het curriculum de medisch specialisten in de vier de ziekenhuizen op. Dit kan onkunde betekenen van de organisaties tezamen of het curriculum vertoont hier gebreken. De doelstelling van de stage komt mede daardoor bij de co-assistent te liggen. De stage richt zich sterk op het individu (en minder op het curriculum): wat wil de co-assistent opsteken van zijn co-schap. De uitzondering is het UMCG waarbij de massaliteit van de organisatie een persoonlijke benadering (en daarmee het leerproces) in de weg zit. Impliciet opleiden vindt in de kleine ziekenhuizen wel plaats. Door de 1-op-1 contacten met de medisch specialist kan veel worden overgedragen. De aanwezigheid van AIOS in het UMCG en het MCL belemmeren het directe contact met de co-assistenten en daarmee de mogelijkheden tot het impliciete opleiden.

De houding ten aanzien van onderwijs is per organisatie verschillend. In het MCL zijn de cultuur en mensen het meest gericht op opleiden van co-assistenten. Ten opzichte van de grote broer het UMCG geeft een medisch specialist zelfs aan dat de houding beter is. Deze aanname is niet onplausibel. In het UMCG lijkt de attitude minder aanwezig. De ambities in het UMCG zijn meer gericht op bijvoorbeeld publiceren en promoveren. Het lesgeven van co-assistenten, de AIOS nog daargelaten, lijkt voor hun haast te min. Dit blijkt ook uit het beeld van de co-assistenten die een formeel beeld schetsen van de co-schappen aldaar. De kleinere perifere ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben van oorsprong minder affiniteit met opleiden. Het geven van onderwijs speelt een dusdanig kleine rol, waardoor geen sterke houding kan worden aangenomen. De organisatie leent zich daar simpelweg niet voor door het ontbreken van concrete doelen, duidelijke structuur en een opleidingscultuur met medisch specialisten die het normaal vinden lerende mensen om zich heen te hebben en die wijzer te maken.

5.4.2 Begeleiding van co-assistenten

De co-assistenten worden tijdens hun co-schappen begeleid door medisch specialisten en AIOS. Beide vormen van begeleiden hebben voor- en nadelen zo wordt aangegeven. In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de rol van medisch specialisten in de verschillende ziekenhuizen en daarna op de AIOS die alleen in de opleidingsziekenhuizen werkzaam zijn.

Bij de didactische vormgeving en sturing kan een onderscheid gemaakt worden tussen de inhoud van de leertaak, de didactische vormgeving en structurering, en de begeleiding in sociale eigenschappen van de leeromgeving. De rol van de medisch specialist als opleider heeft een grote invloed op het leren op de werkplek.

De co-assistenten zijn over het algemeen tevreden over de medisch specialisten als opleider. Elke medisch specialist heeft een grote deskundigheid over zijn of haar specialisme. Uit het onderzoek komt geen tekort aan kennis op het vakgebied van de medisch specialist naar voren. De kennis verschilt niet, maar de methode waarmee gewerkt wordt des te meer. Een kinderarts uit Heerenveen:

“Ik denk niet dat wij het helemaal standaard volgens de regeltjes doen. Maar goed, ik heb nooit feedback gekregen dat het verkeerd is. Ik weet niet of er niet op gelet wordt of dat men gewoon denkt van: we krijgen goede berichten van de co-assistenten, dus het zal wel goed zijn. Ik weet niet hoe ze dat vanuit de academie monitoren of überhaupt niet monitoren, geen idee. Ik krijg er in ieder geval nooit commentaar op, laat ik het zo zeggen”

Over het belangrijkste leerpunt van de co-schappen zijn de medisch specialisten het eens: het maken van een plan bij een behandeling staat bij de co-schappen voorop. De medisch specialisten in de streekziekenhuizen doen dit op een geheel eigen wijze, waarbij voor de invulling vooral de opleider een grote rol speelt. In opleidingsziekenhuizen het UMCG en het MCL zijn medisch specialisten en AIOS zich meer bewust van de curriculumhoud (en de toepassing er

van). De opleidingscultuur van de organisatie werkt door in het handelen (begeleiden) van de mensen die er werkzaam. Al wordt dit oordeel door een co-assistent uit Leeuwarden genuanceerd:

“De medisch specialisten vullen de co-schappen in op hun eigen manier in hun beperkingen. Het staat wel in het boekje wat je kan verwachten, waar je moet zijn en wat de telefoonnummers zijn en ook wat dan precies. Het is niet zo dat ze een format aanhouden van zo zou je co-schappen moeten doen, maar meer een ziekenhuisovereenkomst. Het lijkt wel op elkaar, maar ik zie niet echt een Groningen format. Er is speelruimte voor eigen invulling. (...) Er is vaak een schema, maar dat is vaak gebaseerd op wat specialisten denken, willen en doen. Het is een geformaliseerde vorm van hoe het altijd al ging met een sausje curriculum”

Een kinderarts uit het UMCG geeft aan dat er een balans gevonden moet worden tussen formeel handelen en een persoonlijke aanpak van de medisch specialist:

“Het probleem hier is om het persoonlijk te maken. Daar leer je meer van. Dat is afhankelijk van de mensen hun eigen invulling van co-assistent, maar ook van de onderwijzer het initiatief omdat te doen. Als je het te formaliseert, bijvoorbeeld met zo'n model, dan wordt het weer heel onnatuurlijk. Dan zitten ze vier keer hetzelfde op te schrijven. Vier keer de differentiaaldiagnose, dan denk ik: ja, heb ik iemand aan het werk gezet om vier keer een differentiaaldiagnose op te stellen. Dat is ook niet hoe het werkt. Het is moeilijk om daar een goed evenwicht in te vinden”

In de streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen zijn de medisch specialisten heel duidelijk over de gang van zaken. In tegenstelling tot de bovenstaande kinderarts is er een persoonlijke aanpak, waarbij (in veel gevallen) naar de interesses van de co-assistenten wordt geluisterd. Achtereenvolgens komen een opleidingscoördinator, een kinderarts en een gynaecoloog aan het woord:

“Kijk de kennis en de hele houding zijn heel belangrijk, maar dat was vroeger net zo goed. Tegenwoordig moet je dan voornamelijk op de houding en al die bekwaamheden letten. Dat doen wij niet. Dat durf ik best hardop te zeggen. Wij gaan gewoon op kennis en of ze zich fatsoenlijk gedragen. Een hork blijft een hork en daar doe je niet zo heel veel aan. Ja, dat is niet aan ons om mensen eruit te selecteren op basis van hun houding om te zeggen van: “dat wordt geen goede dokter”. Dat is een station dat ze in principe al zijn gepasseerd. Kijk als je hier komt, dan moet je je fatsoenlijk gedragen en moet je laten zien dat je de kennis hebt. Ik ga niet beoordelen hoe je met patiënten precies omgaat”

“We hebben een bepaald stramien. Het stramien kan gevarieerd worden. Als iemand op dag één komt, dan zullen we die meenemen op de plek waar die moet zijn en dat gebeurt op dag twee ook nog. Maar vanaf dag drie zeggen we: “Ga jij dit maar aanpakken”. We vragen ook aan diegene: “Wat voor soort type dingen wil je zien?” Als ik merk dat iemand graag neuroloog wil worden en ik heb wat die komende week, dan zeg ik: nou moet je meekijken, meedenken en dan is dat voor jou. Ik probeer dan op die manier mee te helpen. Als je één co-assistent hebt is dat veel makkelijker om rekening mee te houden en mee te denken. Dat is de kleinschaligheid die we hebben. We weten ook na afloop van het co-schap wie het is, hoe die heet, wat hij wil en we hopen hem ooit als collega terug te zien om het zo maar te zeggen”

“We vragen van: ”Joh wil je doen, waar liggen je interesses?”. Dan leg ik ook uit. Bij ons mag alles, kan alles, maar je moet zelf initiatief nemen. Dan mogen ze wat mij betreft als ze meer chirurgisch ingesteld zijn wat meer operaties meepakken. Als ze huisarts willen worden, dan zeg ik: “Nou dan is het wel leuk voor jou om spiraaltje te leren inbrengen”. Zo bedenken ze een eigen plan. En dan gaan we daar op door en dat vind ik leuk. Wat zijn voor jouw kwetsbare punten. Sommige kunnen slecht voor zichzelf opkomen. Dan zeg ik van: “Weet je wat. We hebben een makkelijke club. Bij ons kan je nooit een fout

maken, kom maar een keer goed voor je zelf op en laat maar terug horen wat er gebeurd is”. Dat is hartstikke leuk”

Aan de andere kant heeft een chirurg uit Drachten juist behoefte aan een gemeenschappelijk kader voor de co-schappen. Momenteel is het volgens hem te vrijblijvend en zou het meer centraal gestuurd moeten zijn:

“Ik zou het fijn vinden dat er een kader is, dat iedereen hetzelfde doet. Dat kader kan je zelf invullen. Nu is het zo van: “Joh, hier heb je drie co-assistenten en succes ermee. De bereidwillendheid om dingen uit te leggen is hier in dit ziekenhuis altijd erg groot. Hoe dat didactisch is, is één van de dingen die niet centraal gestuurd zijn. Dan hoef je niet een didactisch schema te geven, maar het zou natuurlijk mooi zijn om wat dia’s te maken. Elke co-assistent waar die ook heen gaat, Hoogeveen, Emmen, Drachten, op dezelfde manier dingen uitgelegd zouden krijgen, maar dan in andere woorden. Voor mijn part geven ze een powerpoint van een half uurtje voor beginnend co-schappen en op eind nog een keer”

Binnen de co-schappen komen twee vormen van begeleiding naar voren: de meester-gezelrelatie en de participerende relatie. Beide vormen worden door een medisch specialist in meer en mindere mate ingezet, waarbij de één meer een bepaalde relatie toepast dan de ander. Zowel de co-assistenten als de medisch specialisten hechten waarde aan beide vormen, echter wordt door de co-assistenten met name het participeren als erg waardevol ervaren. Desondanks kan alleen meekijken met een medisch specialist juist erg leerzaam zijn, aldus een co-assistent van het MCL:

“Ze moeten allemaal opleiden, maar je weet dat sommige er net wat beter in zijn. Bij neurologie zitten veel oudere medisch specialisten die bekend staan dat ze het écht niet leuk vinden dat je meeloopt en meekijkt. Daar heb ik soms best wel veel van geleerd. Daar moet je gewoon weten wat je moet oppikken. Je moet weinig vragen, maar de dingen die je vraagt moet je meer doseren. Soms mag je niet als een meester-gezel meekijken, maar dat kan zo leuk zijn.

Even niet alles zelf weer uitvinden. Soms maak je echt vierkante wielen en dan wil je gewoon zien hoe een echt wiel er uit ziet”

In zowel kleine perifere als opleidingsziekenhuizen komen beide vormen van begeleiding voor. In het UMCG participeren co-assistenten echter nauwelijks en kijken ze voornamelijk mee met de AIOS of medisch specialist. In de streekziekenhuizen is door het onderbreken van AIOS een sterke 1-op-1 situatie aanwezig, waarbij de medisch specialisten co-assistenten veel zelf laten doen. Zodoende werkt hier de structuur van de organisatie door in het leerproces (participeren) van de co-assistent. Een kinderarts uit Leeuwarden is van mening dat participeren ook samenhangt met de supervisie en verantwoordelijkheid van de medisch specialist:

“Ik vind het lastig hoor die meester-gezelrelatie. Ik denk dat je toch in zo’n vak als dit een beetje nodig blijft hebben, want je kunt nou eenmaal niet de co-assistent loslaten op patiënten met problemen die met iemand met meer ervaring wel zijn op te lossen. Het is niet erg zolang het in balans is met zelfstandig initiatieven nemen. Routine blijft belangrijk. Daarom zijn de competenties er om een co-assistent in bepaalde kaders te laten denken. Het helemaal loslaten van meester-gezelverhoudingen lukt niet, ben ik bang en ik denk ook niet dat dat moet. Het publiek, de mensen, rekenen er op dat een beginnende, de co-assistent, gesuperviseerd wordt door iemand met veel ervaring: iemand die wel zijn papiertje heeft. Je hoeft niet uit te dragen naar buiten dat het een onderknuppel is, om het zo maar te zeggen. Dat proberen we ook helemaal niet te doen, maar die verhouding blijft nou eenmaal zo”

Daarnaast hangt de toegepaste begeleidingsvorm samen met het specialisme. Kinderartsen zijn voorzichtiger ingesteld dan andere vakgroepen, zoals ook bij de taken van co-assistenten naar voren is gekomen. Bij chirurgie is er de mogelijkheid om co-assistenten te laten participeren, terwijl medisch specialisten van andere vakgroepen daar de beperkingen ondervinden:

“Ik heb één collega die verder niet zo aan zijn patiënten hangt, maar de co’s mogen alles doen; een soort tropen dokter, heel enthousiast. Daarnaast heb je ook weer artsen bij wie dat veel minder is. Dat is bij kinderartsen zo en ik heb dat zelf ook wel. Dan heb je een vrij innige band en daar komt een co-assistent niet zo maar tussen. Dat is jammer. (...) Er moet wel een open houding zijn: ik wil jou wat leren en ik heb jou wat leuk te vertellen”

Over de begeleidingsvaardigheid en motivatie van de medisch specialist als opleider is tussen en zeker ook binnen de ziekenhuizen een groot verschil merkbaar. Het belang voor de leerervaringen en de kennisoverdracht van de begeleider is al vaak naar voren gekomen. Behalve de aanwezige randvoorwaarden (type specialisme) en bereidwillende medisch specialisten is opleiden vooral een bekwaamheid. Willen en kunnen hangen sterk samen volgens een chirurg in Drachten:

“Ik denk dat het lesgeven heel erg van de persoon afhangt die lesgeeft en niet van het ziekenhuis. Je weet van de middelbare school dat als je een enthousiaste leraar had, je het vak leuk vond, ondanks dat je het moeilijk vond. Als je enthousiaste mensen hebt, dan blijft er veel meer van de stof kleven. Het is niet zo dat iemand in het UMCG of in een MCL per definitie meer met opleiden bezig is. We hebben bijvoorbeeld één van de topgastrologen hier werken. Die weet heel veel en kan heel simpel dingen vertellen die heel moeilijk zijn. Dat is een bepaalde gave, dat kan niet iedereen, dus dat ligt heel erg aan de mens”

In het onderzoek wordt door de co-assistenten en medisch specialisten de nadruk op de motivatie gelegd en minder op de vaardigheden. Dit houdt echter niet in dat medisch specialisten per definitie bekwaam zijn als de bereidwillendheid aanwezig is. De kinderartsen in het UMCG zijn van mening dat het opleidingsniveau behoorlijk goed is. Dit krijgen de medici te horen bij de feedback die door co-assistenten en AIOS wordt gegeven, echter is het nooit gemeten.

Voor de co-assistenten zelf is motivatie het belangrijkste aspect van de begeleiding. Zij geven de voorkeur aan een toegankelijke enthousiaste medisch specialist die minder bekwaam is, dan een afstandelijke vaardige begeleider. Dit hangt ook af van de wisselwerking tussen de co-assistent en de medisch specialist, aldus een co-assistent in Heerenveen:

“De co-schappen hangen erg af van de wisselwerking tussen co-assistent en medisch specialist. Beide KNO artsen zijn bijvoorbeeld erg gemotiveerd om co-assistenten wat te leren. Alleen je merkt dat één groep co-assistenten beter met de ene KNO arts kan en de andere groep co-assistenten met de andere. Je merkt dat heel duidelijk dat het makkelijk leert en meer opsteekt als je goed met de medisch specialist overweg kan die jou moet helpen tijdens je co-schappen”

De medisch specialisten in de streekziekenhuizen begeleiden co-assistenten naast hun dagelijkse bezigheden. Dit in tegenstelling tot de opleidingsziekenhuizen waar opleiden en begeleiden (niet alleen van co-assistenten) geïntegreerd zijn in hun functie in brede zin. De medisch specialist moet aan de begeleiding van de co-assistent veel waarde hechten en er bovendien voldoening uit halen. In dit onderzoek heeft iedere medisch specialist ongeacht het ziekenhuis in bepaalde mate deze betrokkenheid. Zij vinden het leuk om co-assistenten de praktijk bij te brengen en vinden het jammer niet meer tijd te kunnen spenderen aan de co-schappen. Wat wordt ingegeven door de verkorte co-schappen en het drukke schema van de medisch specialisten. Logischerwijs vindt niet iedere medisch specialist opleiden leuk. Het is niet een taak die bij de primaire bezigheden hoort. De opleidingscoördinator in Leeuwarden zegt hierover:

“Het is natuurlijk van alle tijden dat de ene specialist en arts-assistent opleiden veel leuker en mooier vindt en er tijd voor over heeft, dan de andere specialist en arts-assistent. Of er een systematisch verschil is tussen de kleinere ziekenhuizen en het MCL durf ik niet te zeggen. Ik denk wel dat er altijd verschillen zijn tussen mensen individueel.

Gemiddeld kan je verwachten dat mensen die naar een groot ziekenhuis gaan meer belangstelling voor opleiden vertonen. Als ik naar mijn eigen sollicitatieprocedure kijk, dan is het ook niet zo dat ik daarom per se naar Leeuwarden wilde. Over het algemeen springt de evaluatie van de co-schappen van de streekziekenhuizen er zeker niet heel positief of negatief uit ten opzichte van de zelfevaluatie van de co-assistenten van het MCL. Het is wel zo dat bepaalde groepen slecht georganiseerd zijn ten aanzien van het onderwijs of groepen waar loopt het altijd prima loopt: “die dokter is ontzettend aardig”

In Leeuwarden en het UMCG maakt de opleidingstaak onderdeel uit van de identiteit van het ziekenhuis. De organisatie is trots op de taak, waardoor het een belangrijk deel uit maakt van de doelstellingen en strategie. Dit werkt door in de cultuur en de mensen die in de organisatie werken. Hierbij spannen in dit onderzoek de kinderartsen in Leeuwarden de kroon:

“Ik vind heel leuk om op te leiden. Het houdt je een beetje scherp. Je zakt bij elk vak, maar ook bij dit vak, makkelijk weg in de routine. Dit komt omdat je dingen doet die je al jaren zo doet, omdat je ze zo lang doet en er niemand is die vraagt: “Waarom doe je dat eigenlijk?”. Dus het dwingt je om na te denken, daardoor houdt het opleiden het scherp. Je ontmoet veel jonge mensen en je krijgt ook nieuwe input zeg maar. Ik zie het als een belangrijk onderdeel van mijn eigen werk en ik vind het ook voor de kindergeneeskunde hier een belangrijk onderdeel”

“Het is één van de redenen waarom ik naar een groot algemeen ziekenhuis wilde. Niet alleen omdat ik naar een groot ziekenhuis wil werken, maar juist omdat je daar de mogelijkheid hebt om in eerste instantie arts assistenten en co-assistenten op te leiden. Ik vind het leuk om kennis te delen, over te dragen en mensen enthousiast te maken voor het vak. Dit komt omdat ik zelf eigenlijk het vak geneeskunde heel erg leuk begon te vinden toen ik in de kliniek ermee in aanraking kwam. De één heeft dat meer dan de ander, maar het enthousiasme waarmee artsen hun beroep uitoefenen dat bepaalt welke richting je op gaat”

Voorgaande twee medisch specialisten zijn werkzaam binnen dezelfde vakgroep. Volgens de co-assistenten en de opleidingscoördinator in Leeuwarden zijn grote verschillen tussen de vakgroepen zichtbaar:

“De ene club heeft het gewoon beter georganiseerd dan de andere. Vaker is het zo dat binnen een vakgroep sommige wat enthousiaster zijn en anderen zijn wat minder enthousiast. Kijk op het moment dat een heel co-schap een negatieve beoordeling krijgt, gaan we er wat mee doen. Bijvoorbeeld bij een bepaald specialisme was het gewoon steeds niet goed geregeld dat de co’s een nieuwe patiënt op de polikliniek kregen. Dat moet je dan een keer doorspreken. Dat blijkt dan betrekkelijk simpel te verhelpen te zijn, maar er moet even iemand zeggen: “Vanaf nu op deze manier”. En dan komt het wel goed. En dat krijgen we dus terug. Overigens krijgen we dat ook uit de streekziekenhuizen (Sneek, Drachten en Heerenveen) terug”

Begeleiding door AIOS

Hét grote verschil bij de begeleiding van co-assistenten is de inzet van Artsen In Opleiding (AIOS) in opleidingsziekenhuizen. AIOS zijn lerende voor medisch specialist en doen een groot deel van de begeleiding van co-assistenten. In de kleine perifere ziekenhuizen zijn echter geen AIOS beschikbaar.

De relatie tussen de AIOS en de co-assistent wordt in het UMCG omschreven als een meester-gezel relatie. Het komt volgens een kinderarts grotendeels neer op meekijken door de (junior) co-assistent. Proberen waar het kan en ook zelf dingen laten doen, alleen hier komt in de praktijk niet veel van terecht. Een chirurg uit het UMCG:

“Hier hebben de co-assistenten vooral te maken met de AIOS. Meestal is de arts-assistent, al dan niet in opleiding, hun directe aanspreekpunt. Ze lopen doorgaans in het kielzog van de arts-assistenten. En daarnaast hebben ze

contactmomenten met de staf, maar veel minder qua contacturen dan met de assistenten”

De voor- en nadelen van de begeleiding (en aanwezigheid) van AIOS naast de medisch specialist komt volgens dezelfde chirurg kortweg neer op:

“Ik denk dat je van een ouder ervaren iemand meer leert, dan van een jonger iemand die vaak heel wat dingen zelf nog niet weet. Aan de andere kant: als een jonger iemand meer tijd aan je besteedt, dan verdien je dat weer terug. Het heeft twee kanten”

Naast de kennis en tijd wordt het inlevingsvermogen van de AIOS door de medisch specialisten genoemd als belangrijk verschil. De AIOS staat dichterbij de co-assistent en kan zijn of haar situatie beter inschatten. Van de drie factoren heeft het tijdsaspect de grootste impact: een AIOS heeft ten opzichte van een medisch specialist meer tijd te besteden aan een co-assistent. Dit zeggen zowel de co-assistenten als de medisch specialisten.

Naast de artsen in opleiding zijn er ook Artsen Niet In opleiding (ANIOS) die co-assistenten begeleiden. Hun aanwezigheid moet volgens de medisch specialisten niet worden onderschat. ANIOS zijn basisartsen die nog niet in opleiding zijn voor een specialisme van een afdeling. ANIOS hebben veelal het verlangen (en de hoop) AIOS te worden, maar zijn dit nog niet. Aan de begeleiding door ANIOS hangen volgens een kinderarts in Leeuwarden een aantal nadelen:

“We hebben hier voor de duidelijkheid 7 assistenten, althans dat zouden we moeten hebben. Door de krapte op de arbeidsmarkt hebben we maar 4 assistenten, van wie er 2 AIOS zijn en 2 ANIOS. Die doen allemaal mee in de begeleiding van de co-assistenten. De AIOS zijn wel vaak wat meer ervaren omdat ze al een paar jaar in het UMCG gewerkt hebben, die vind ik prima om de co-assistenten te laten begeleiden of om te beoordelen. Maar je ziet nog wel eens dat ANIOS nauwelijks meer ervaring hebben als de co-

assistenten zelf, maar die moeten dan wel beoordeeld worden door de ANIOS. Dat geeft een beetje een rare toestand, vind ik. Het komt namelijk voor dat de co-assistent beter is dan de ANIOS op dat moment”

Naast de verschillen tussen de ziekenhuizen (aanwezigheid en afwezigheid AIOS) is er ook een verschil in het co-schap. Zoals vermeld lopen de co-schappen mee op zowel de zaal als de polikliniek. Op de zaal (of afdeling) is in de opleidingsziekenhuizen de supervisie voornamelijk in handen van de AIOS en ANIOS. De directe begeleiding komt van de assistent, terwijl op de polikliniek het juist andersom is: begeleiding door medisch specialisten. Een chirurg in Leeuwarden gaat in op deze opleidingsrol:

“De begeleiding door AIOS en specialisten is hier een mengeling. Ik ben zelf de begeleider van de co-assistenten van chirurgie. Ik heb wekelijks gesprekken met ze, ik spreek ze bijna dagelijks. Na de overdracht even een praatje of dat ik ze even zie. Daarnaast is het ook dat de assistenten ze begeleiden. Daar werpen ze zich ook voor op: wij vinden dat we daar ook een rol in spelen”

De medisch specialisten in de streekziekenhuizen kunnen AIOS prima gebruiken, maar als er geen AIOS zijn, kunnen ze ook niet worden ingezet. Door hun eigen ervaringen als begeleider hebben de medisch specialisten wel een mening over de inzet van A(N)IOS. De opleidingscoördinator in Heerenveen:

“Als er wel AIOS aanwezig zijn, heeft dit voordelen. Ze zijn veel laagdrempeliger en co’s kunnen alles doen. Er is ook meer tijd en het niveauverschil is niet zo groot. Er zit 2 tot 4 jaar niveauverschil tussen, dus de assistent zit dicht bij het emotieniveau van de co-assistent. Ik begrijp een co-assistent wel een beetje, omdat ik het ook ben geweest. Geleidelijk aan eb dat een beetje weg, dus je hebt niet meer het begrip, althans veel minder. In die zin is het een nadeel dat er geen AIOS zijn. AIOS weten ook ontzettend veel dingen niet natuurlijk. Wij kunnen gewoon zeggen: “Als dit het probleem is, dan kom je gewoon heel snel daar uit”.

Een chirurg uit Drachten vindt het verschil in laagdrempeligheid tussen AIOS en medisch specialisten wel meevallen:

“Het voordeel van de co is dat ie veel dicht bij de assistent staat, waardoor ie één op één veel meer informatie opneemt. Maar aan de andere kant is de afstand hier niet zo heel groot hoor. Ik denk dat de co-assistent hier gewoon laagdrempelig dingen kunnen vragen. Een AIOS heeft weinig toegevoegde waarde hier”

De begeleiding van co-assistenten kan tot slot in een aantal aspecten worden samengevat. Het eerste aspect is het curriculum als leidraad voor de co-schappen. In organisaties met een opleidingsachtergrond wordt het curriculum beter gevolgd, dan de algemene ziekenhuizen. Zo geven medisch specialisten aan naar eigen inzicht invulling te geven aan co-schappen. De visie en cultuur van een ziekenhuis hebben duidelijk hun weerslag op het bewustzijn (van de begeleiding middels het curriculum) van de medisch specialisten. In beide ziekenhuizen wordt de begeleiding serieus genomen (dat hadden ze zelf ook gewild), maar het curriculum nemen de medisch specialist in de streekziekenhuizen dikwijls met een korreltje zout. Ondanks dat de invulling per type ziekenhuis kan verschillen, hebben de medisch specialisten een gezamenlijk beeld over het nut van de co-schappen: de co-assistent moet kennis toepassen door het maken van een plan bij de behandeling van een patiënt.

Een ander aspect is de aanwezigheid van AIOS in het UMCG en MCL. Het voordeel ten opzichte van medisch specialisten is de tijd die aan de begeleiding kan worden besteed (kwantitatief) en het contact met AIOS is laagdrempelig. Een nadeel is de geringe kennis van de AIOS. Een medisch specialist heeft vele jaren meer ervaring en kennis en kan zodoende kwalitatief meer aan het leerproces bijbrengen. Bij het inzetten van ANIOS (artsen niet in opleiding) kan het zelfs voorkomen dat het niveauverschil zo klein is dat van kennisoverdracht geen sprake is. Het komt zelfs voor dat de co-assistent meer kennis van zaken heeft dan de ANIOS. De structuur van een

ziekenhuis is dus erg bepalend voor het niveau en invulling (kwantitatief of kwalitatief) van de begeleiding en daarmee voor het leren van de co-assistent.

In het curriculum is participeren van de co-assistent erg belangrijk. Toch is er nog vaak een meester-gezel relatie aanwezig binnen ziekenhuizen. In het UMCG voert het meekijken de boventoon tijdens de junior co-schappen. Door het grote aantal co-assistenten is het moeilijk de co-assistenten te laten participeren. Daarnaast is zoals eerder vermeld het UMCG een formele organisatie waarbij een medisch specialist een co-assistent niet snel laat participeren. In Drachten en Heerenveen is de begeleiding door de toegankelijke cultuur en mensen persoonlijker. De medisch specialisten denken daardoor met de co-assistenten mee over de handelingen die ze kunnen verrichten. In het MCL zijn de opleiders dusdanig opleidingsbewust dat ze de co-assistenten graag willen laten participeren. Dat sommige medisch specialisten toch terug vallen op de meester-gezel relatie is niet per definitie een negatief punt. Co-assistenten kunnen naast het participeren ook veel leren door mee te kijken. In de organisaties zelf zijn echter ook verschillen waarneembaar. Niet elk specialisme is geschikt om te participeren en niet elke medisch specialist staat er open voor (vaak ingegeven door een gebrekkige motivatie). De medisch specialist als opleider blijft hier de dominante schakel: hij/ zij is eindverantwoordelijk en kan bepalen wat een co-assistent wel en niet mag doen. De medisch specialist als persoon (individu) speelt daardoor een belangrijke rol in het leerproces van de co-assistent.

5.4.3 Feedback en beoordeling van co-assistenten

De belangrijkste dimensie van opleiden op de werkplek wordt gevormd door de begeleiding en sturing van het leerproces, of: de mate waarin en de wijze waarop de cursist uitleg, aanwijzingen en feedback krijgt.

Een belangrijke factor bij het geven van feedback is tijd. Voor iedere medisch specialist geldt dat de tijd een groot deel van de kwaliteit van de aanwijzingen en feedback

bepaald. De meeste specialisten en co-assistenten geven aan dat de feedback en toetsing snel tussen de bedrijven door plaatsvindt. Vooral voor de kleine perifere ziekenhuizen is dit een probleem door het aantal medisch specialisten (organisatiekenmerk: structuur en mensen), zo geeft ook de opleidingscoördinator in Heerenveen aan:

“De co-assistenten moeten eigenlijk elke veertien dagen beoordeeld worden voor een Korte Klinische Beoordeling. Ik zit daar, de co-assistent zit hier en de patiënt zit daar. Ik moet alleen met mijn handen over elkaar zitten en kijken. De co-assistent doet dat natuurlijk heel langzaam. Ik kan dat in tien minuten en die co-assistent in een half uur. In die tijd had ik er al drie gezien, snap je? Terwijl je bloed kookt in je schoenen, omdat ik eigenlijk wat anders wil doen. Dat werkt gewoon niet in een perifere ziekenhuis. Dat kun je eigenlijk ook niet verwachten van de mensen vind ik, want we moeten ook productie maken. Dat zijn botsende belangen. Als je in een groot ziekenhuis werkt met 4000 dokters, dan is er altijd wel eentje die even een halfuurtje tijd heeft. In een streekziekenhuis heb je dat gewoon niet. Hier heb je 60 dokters en die moeten gewoon de molen draaiende houden”

Een ander belangrijk aspect is de motivatie van de co-assistent. Een medisch specialist geeft vaker feedback als de co-assistent zelf iets vraagt (met een eigen initiatief komt). Een kinderarts in het UMCG is hier heel duidelijk over:

“Als de co-assistent niks doet, dan heb ik niet dat ik zeg: doe eens wat. Dat komt ook doordat je zelf bezig bent en je niet echt zin en tijd hebt om daar nou echt aandacht aan te geven. Wel als die co-assistent bijvoorbeeld zegt: “Er is een patiënt op de eerste hulp, ga je daar eens naar kijken”. Kijk dan heb je een interactie met de co-assistent en dan ga je daar feedback op geven. Maar niet spontaan”

Een ander aspect is de inzet van AIOS en ANIOS in opleidingsziekenhuizen. De AIOS hebben vaak een beter beeld van de co-assistent en kunnen daar goede feedback op geven. Nu staat de medisch specialist vaak met de mond

vol tanden bij het invullen van het logboek. Het gaat er volgens een kinderarts in het UMCG om dat co-assistenten feedback krijgen van de mensen met wie ze direct werken. Iedereen met een medische achtergrond kan dat volgens hem doen, dus ook AIOS. Ook in de perifere ziekenhuizen zien de medisch specialisten de co-assistenten zelden aan het werk, echter is dit afhankelijk van de taken van de co-assistent, zoals een gynaecoloog uit Heerenveen aangeeft:

“Maar in de praktijk is het heel betrekkelijk, want wij observeren co-assistenten zelden. Wat wij wel observeren is hoe ze een inwendig onderzoek doen, want dat doen wij nooit apart. Dat vinden we onverantwoord en daar hebben ze de begeleiding nodig. Als iemand hier wat langer zit, mogen ze zelf een uitstrijkje doen enzovoort. Soms ga ik ook wel bij een stukje anamnese zitten. In de praktijk doe ik dat niet goed, terwijl ik nog relatief gemotiveerd ben, omdat ik de achtergronden van opleiden weet. Eigenlijk moet je de co-assistent wel hebben bezig gezien, wil je echt zo'n beoordeling doen”

Sommige co-assistenten geven aan dat de feedback constructiever mag. De opvatting is niet ziekenhuisafhankelijk. Een opleidingscoördinator uit Heerenveen (en tevens medisch specialist) gaat in op de reacties en de resultaten van zijn feedback:

“Laatst was er een co-assistent die me bedankte, omdat ik zo goed kritiek had geleverd. En dat verbaast me een beetje, want zo moet het eigenlijk. Het zou kunnen betekenen dat andere mensen het niet zo doen. Wij zijn natuurlijk ervaren, dus wij weten een beetje wat je kunt verwachten en dat moeten we overbrengen aan hen: “Als je een patiënt voordraagt doe dat dan iets anders of doe het dan zo”. Het gaat om de ruwe diamant die geleidelijk aan wat gaat glinsteren. Sommige gaan nooit glinsteren, maar die zullen op hun 60e ook niet gaan glinsteren, maar bij heel veel werkt dat wel. Dat is heel erg leuk”

Bij de meeste medisch specialisten worden de logboeken ingevuld aan de hand van een algemeen beeld van de co-assistent en de intuïtie van de medisch specialist. Andere

factoren die genoemd worden zijn de eerste indruk, persoonlijkheid, presentatie en communicatieve vaardigheden. De co-assistenten werken dusdanig zelfstandig in het MCL, Heerenveen en Drachten dat een medisch specialist niet anders kan dan afgaan op zijn beeldvorming. In streekziekenhuizen heeft de afwezigheid van AIOS en de kleinschaligheid van de afdelingen de grootste invloed op de feedback en toetsing. De AIOS beperken de contactmomenten met de opleider, niettemin werken co-assistenten in Drachten en Heerenveen bijzonder zelfstandig. Een kinderarts uit Drachten over de manier van feedback geven en het voordeel van een klein ziekenhuis ten opzichte van een opleidingsziekenhuis:

“Van de vijf kinderartsen is er één het vaste aanspreekpunt en coördinator. Als die er niet is, wordt dat ingevuld door iemand anders. Er zijn natuurlijk van die standaard boekjes die ingevuld moeten worden voor terugkoppeling naar het MCL. Wat we vaak zeggen: “Wat op papier ingevuld wordt, is niet de mening van één keer, maar al een observatie van langer”. Wat we eigenlijk bespreken staat meer tussen de lijnen en niet op papier. Als iemand echt de kantjes er vanaf loopt, zeggen we dat. Als iemand uitmuntend is, vertellen we dat ook. Op die manier proberen we feedback te geven. Ook vragen of dingen die we benoemen herkenbaar zijn en wat degene denkt in de komende periode nog te willen zien. Als je op de helft erachter komt dat degene nog maar weinig pasgeboren baby's heeft gezien, gaan we kijken hoe we dat de komende periode kunnen veranderen. We vragen ook terugkoppeling. Het is niet alleen maar feedback, maar ook zeker vragen: “Goh wat wil je nu nog veranderen of wat vind je zelf?” Dat komt waarschijnlijk omdat we een kleine groep zijn en eigenlijk ook snel iedereen kennen. Als je natuurlijk in een groep van 20 specialisten komt, dan zal je die co/assistent niet binnen vier weken leren kennen”

De toetsing maakt een belangrijk deel uit van het nieuwe curriculum. Over het nut van toetsing bestaat geen twijfel, echter op de vorm en frequentie is de nodige kritiek. Volgens een chirurg uit het MCL, die ook de teach-the-teacher cursus regelt, gaat de toetsing vaak niet correct.

Waar de medisch specialisten blijven steken is op het toetsen van kennis, terwijl de co-assistenten daar niet voor komen. De co-assistenten komen om iets met de kennis te doen:

“Als ik je een stomp rechts in je buik geef en je hebt buikpijn en je gaat knock out. Waar moet ik dan als dokter aan denken? Dan moet ik weten dat daar een lever zit, dat een lever een bloedrijk orgaan is en dat je na een stomp daar een bloeding kan krijgen. Als je bloed niet meer in je lever zit maar ergens anders heb je een bloedtekort en dan zou je wel eens onderuit kunnen gaan. Maar niet andersom: waar zit de lever? Dat is een kennisvraag, dan begint het eigenlijk pas”

Ook de beoordeling van de korte klinische beoordeling (KBB's) kan worden verbeterd. Co-assistenten worden beoordeeld aan de hand van een lange lijst punten. Het is bijna onmogelijk om alle punten bij langs te gaan en dit is ook niet nodig. Volgens de chirurg uit het MCL is een verbeterpunt voor de opleiding dan ook niet de voorzieningen, maar de informatieverstrekking aan medisch specialisten.

Co-assistenten kunnen zelf de medisch specialisten uitzoeken bij de beoordelingen (als ze beschikbaar zijn). Er wordt altijd gekozen voor de medisch specialisten die goede beoordelingen geven: “Bepaalde chirurgen geven altijd hoge cijfers, dat is snel bekend onder de co-assistenten”. De co-assistenten maken een onderscheid in formele en informele feedback. De formele feedback door bijvoorbeeld het logboek wordt volgens de co-assistenten in het MCL vaak serieus beoordeeld. In Drachten en Heerenveen is dit juist niet het geval: daar wordt de logboeken snel ingevuld en zijn de medisch specialisten niet altijd bij de KKB's aanwezig. De beoordelingen van co-assistenten laten echter een verschil zien tussen de vakgroepen en medisch specialisten. Er zijn medisch specialisten die keurig elke week de logboeken serieus invullen en goede feedback geven. De co-assistenten geven aan meer behoefte aan informele feedback te hebben.

Volgens een co-assistent in Drachten vraagt ze vaak ter loops om deze adviezen aan de opleiders. Ze zegt meer baat te hebben bij informele, dan formele feedback. Een collega co-assistent heeft juist voldoende aan de formele feedback: als je het als co-assistent goed doet, hoor je niks van de medisch specialist. Doe je het niet goed, dan zie je allemaal krabbels staan bij de formele feedback.

Een kinderarts in Heerenveen geeft aan dat zij niet bij Korte klinische Beoordelingen aanwezig is voor de beoordeling. Door de tijdsdruk komt het er niet van en bovendien krijgt hij geen commentaar. Aan het einde van het citaat geeft hij aan dat de oorspronkelijke methode toch niet zo slecht is:

“Van de KKB's moet je zoveel doen. Als je er dan echt bij moet gaan zitten, is het nog een ander verhaal. Het is een kleine vakgroep, je hebt een heleboel dingen en het komt er gewoon niet zo van. Als het gewoon loopt en ik krijg geen commentaar, dan helpt dat niet mee een lijstje te bespreken. Ik zit wel eens te denken om de KKB's gewoon te doen, dus bij een patiënt te gaan zitten. In die beoordeling staat ook: anamnese, hoe is dat? Wat ik natuurlijk alleen maar zie, is een soort van samenvatting van wat er gebeurd is. Dan weet je vaak als je binnenkomt of dat wel of niet goed gelopen is. De spanning die er heerst of de ouders vertellen ineens hele andere dingen aan mij. Je krijgt soms hele andere verhalen van de ouders, dan dat ik van de co-assistent gehoord heb. In feite zou je er gewoon wel een keertje bij moeten gaan zitten: is het een beetje gestructureerd, is het niet al te horkerig, hoe doet hij lichamelijk onderzoek bij zo'n kind. Ik zie alleen het eindresultaat en wat ik aan rapportage terug krijg. Daarom moeten we de klinische beoordeling gewoon gaan doen. Ik vind dat nu niet eens zo'n slecht idee”

Resumerend is de begeleidingstijd het belangrijkste aspect bij de beoordeling en feedback door de medisch specialist. Voor medisch specialisten in Drachten en Heerenveen is het begeleiden en beoordelen van co-assistenten een bezigheid die naast de primaire zorgtaak wordt uitgevoerd. Het doel van de organisatie is niet gericht op opleiden met

als gevolgd dat er geen officiële tijd voor de co-assistent wordt vrijgemaakt. De medisch specialisten geven aan dat begeleiding gebaat is bij zorgvuldige beoordeling en feedback. Nu vindt de beoordeling echter plaats op basis van een globaal beeld van de co-assistent en weinig feitelijke waarnemingen (co-assistenten functioneren veelal zelfstandig). De patiënten gaan in het werkveld te allen tijde voor de co-assistent. Zodoende hebben de doelen en strategie van een organisatie hebben sterke invloed op bij de beoordeling en toetsing tijdens het leerproces.

In het UMCG en MCL hebben medisch specialisten altijd een volle agenda ondanks (of dankzij) hun opleidingstaak. Door de aanwezigheid van AIOS in wordt een medisch specialist voor een deel ontlast in de begeleiding. De opleidingsstructuur is door de piramidevormig (van opleidingscoördinator, AIOS en co-assistent) constructiever voor de begeleiding tijdens de co-schappen. Het curriculum wordt bij de feedback en toetsing door een medisch specialist belemmert door de lange lijnen van de organisatie. De AIOS gaan meer met de co-assistent om en kunnen daardoor een beter oordeel geven. Bij een beoordeling door een medisch specialist is de structuur in Drachten en Heerenveen beter geschikt door het directe contact tussen opleider en co-assistent, ondanks de belemmeringen.

5.4.4 Bijscholingcursus: Teach-the-teacher

De rol van de medisch specialist als opleider is een essentieel aspect voor het leren op de werkplek. Om medisch specialisten te scholen is een cursus beschikbaar: de teach-the-teacher cursus. De cursus duurt drie keer twee dagen. De cursus wordt echter niet door ieder medisch specialist op waarde geschat.

De teach-the-teacher cursus kan een indicatie zijn voor de leerbereidheid van de medisch specialisten. De vraag is in hoeverre de interesse in onderwijs samenhangt met de deelname aan de cursus. Een kinderarts in het UMCG is hier dubbel in:

“Ik ben wel geïnteresseerd in onderwijs, maar soms worden dingen ook overgereguleerd of over geïnstrueerd. Het is af en toe wel goed om terug te kijken, een reflectie naar jezelf. Maar ik geloof niet heel sterk dat je mensen kan veranderen. Je kan wat meer inzicht geven, wat meer theorie, maar je blijft dezelfde persoon die het doet op zijn manier”

De medisch specialist verwacht wel een interesseverschil met de ‘algemene’ streekziekenhuizen:

“Dat kan ik me wel voorstellen, omdat we natuurlijk heel veel onderwijsmomenten hebben en continu met arts-assistenten werken. Onderwijs is wel heel sterk op alle niveaus een deel van ons werk. Onderwijs hoort meer bij het dagprogramma. Ook in een algemeen ziekenhuis kun je natuurlijk ook hele goede onderwijzers hebben”

De opleidingscoördinator uit Leeuwarden vindt de cursus de belangrijkste bijscholing. Volgens hem moeten medisch specialisten de cursus volgen. Dit geldt ook voor de kleinere perifere ziekenhuizen, zoals Drachten en Heerenveen:

“Wij vinden in ieder geval dat de opleiders en de plaatsvervangende opleider die zeg maar de specialisten opleiden, de cursus zeker gedaan moeten hebben. Ik vind dat degene die verantwoordelijk is voor de co-schappen hem ook gelopen moet hebben en langzaam maar zeker is dat ook zo. Ik denk dat op het moment dat je een curriculum, de hele filosofie van je opleiding, verandert, de opleiders daar op zult moeten voorbereiden. Anders wordt het niks. Als je vier jaar in het nieuwe curriculum zit en je komt in het MCL en daar doet iedereen het nog zoals de grootvaders het ook deden, dan schiet dat natuurlijk niet op”

De medisch specialisten in het onderzoek vinden de cursus weliswaar nuttig, maar hebben de cursus of een tijd geleden gevolgd of moeten hem nog volgen. Deelname aan de cursus staat in die zin niet gelijk aan het bewust bezig zijn met de opleidingsvaardigheden van de medisch

specialisten. Een chirurg uit Leeuwarden is van mening dat professionalisering verder gaat dan deze cursus:

“Ik denk dat teach the teacher een mogelijkheid is, maar dat er vele andere manieren zijn om mensen bepaalde vaardigheden aan te leren. Je kunt ook korte cursussen doen. Andere manieren jezelf professionaliseren, want daar gaat het denk ik om. Professionaliseren van de docent is op vele manieren mogelijk. Teach the teacher is zeker een leuke en goede manier, maar er zijn ook andere manieren. Het is zeker niet voor mij een heilige manier om het zo te doen”

In Leeuwarden heerst dezelfde opinie als bij de medisch specialisten in het UMCG. De cursus wordt door het reflecterende karakter weliswaar als nuttig beschouwd, maar voor het handelen tijdens de co-schappen heeft het geen invloed. De professionele houding en de vaardigheid van opleiden wordt volgens hun niet erg vergroot. De medisch specialisten vertrouwen vooral op de kwaliteiten waarover ze al beschikken.

De mening van de medisch specialisten in de streekziekenhuizen sluit bij hun collega's in de opleidingsziekenhuizen: de cursus is nuttig, maar de praktijk is uiteindelijk toch anders door bijvoorbeeld tijdgebrek. De medisch specialisten zijn, ook als ze niet deelnemen aan de cursus, bewust bezig met opleiden. Een chirurg uit Leeuwarden die de cursus verzorgt, veroordeelt deze opvatting. Hij is van mening dat veel medisch specialisten onbewust incompetent zijn:

“Als een opleider in Drachten dat idee niet heeft dat een co-assistent niet komt voor kennis, maar voor toepassing. Dan kan ik hem niet kwalijk nemen dat hij daar de vragen niet naar stelt en de begeleiding er op aanpast. Hij is niet gehinderd door kennis van zaken, want hij weet het gewoon niet. Als ik het niet weet, kan ik me er niet druk om maken. In onderwijsland heet dat onbewust incompetent: ik ben me niet bewust, dat ik het niet weet”

In streekziekenhuizen wordt door medisch specialisten de cursus minder frequent gevolgd, dan in de opleidingsziekenhuizen. Aan dit kwantitatieve oordeel kan echter niet veel waarde worden gehecht. Een kinderarts uit Heerenveen geeft zijn mening over de situatie:

“Omdat het wel loopt heb ik ook niet het gevoel dat we het nodig hebben. Ik kan me wel voorstellen als je toch wat meer, in de academie bijvoorbeeld heb je toch wat meer onderwijs, echt onderwijs geven, dan kan het misschien nuttig zijn. Al kan het natuurlijk geen kwaad om het te doen. Je steekt er altijd wat van op. Het kan best zijn als je het doet, dat je denkt had ik het maar eerder gedaan. Ik heb eigenlijk ook nog nooit iemand gesproken die de cursus gedaan heeft”

Een opleidingscoördinator in Drachten vult dit aan:

“Het kost allemaal heel veel tijd om dat goed te doen. Sneek heeft dat wel geregeld. Het kost trouwens ook geld, maar zover zijn we hier niet eens gekomen. Er is één van de gynaecologen die had er wel belangstelling voor, die mag dat zelf regelen in Groningen. Daar doe ik ook helemaal niets aan. Ik heb daar de tijd niet voor. Ik ben gevraagd om het zaakje te coördineren, co-assistenten te begeleiden en dat doe ik naar eer en geweten. Daar houdt het bij mij bij op”

De coördinator heeft ook een verklaring voor de mogelijk geringe belangstelling in streekziekenhuizen. Op de vraag “De cursus impliceert...” antwoordt hij:

“Dat je het allemaal beter gaat doen. Dat is allemaal prima. Ik heb er geen tijd voor en de specialisten hebben er geen belangstelling voor. Misschien niet zo geweldig om als argument aan te voeren, maar wij zijn ook allemaal co-assistent geweest. Wij zijn ook onder de hoede gebracht van specialisten en assistenten en zo hebben wij het vak geleerd. Wij hebben het gevoel dat je het op die manier het beste kan overbrengen, op ervaring. Ja, daar zijn dus nu

andere gedachten over en het kan best zijn dat een volgende generatie vindt dat je eerst zelf ook getraind moet worden in onderwijs, doceren of begeleiden. Deze generatie specialisten heeft daar over het algemeen geen boodschap aan”

Een chirurg in Drachten is het niet met de opvatting van zijn opleidingscoördinator eens:

“Ja, dat is een mooie cursus, maar dat krijgen we heel weinig. Dus we geven les, zoals we les hebben gekregen. Zo lopen we tien jaar achter qua didactische mogelijkheden. Tegenwoordig kan er zoveel meer. Dat is heel erg jammer. Ik denk dat dat ook vanuit het centrale co-schap zou moeten aan worden gestuurd. Misschien een terugkommiddag één keer in het jaar. Dat iedereen hetzelfde dingen uitlegt. (...) Alleen zoals alle Amerikaanse cursussen is er doctrine: “dit is het en niet anders”. Daarnaast vind ik drie dagen een beetje veel van het goede”

Uit de voorgaande resultaten kan worden opgemaakt dat de medisch specialisten het belang inzien van een goede begeleiding van co-assistenten. Het belang van de cursus hangt hier echter niet mee samen. De medisch specialisten vertrouwen vooral op hun ervaring en inzicht. Ondanks dat iedereen het belang van opleiden inziet, lijkt de cultuur van een organisatie (in combinatie met de doelen en mensen) wel van invloed. De mensen zijn bewuster bezig met opleiden en begeleiden (wat ze doen en hoe ze het doen), hetgeen terug *kan* komen in de teach-the-teacher cursus.

5.4.5 Opleidings –en onderwijsvoorzieningen

Een belangrijke voorwaarde voor de co-schappen zijn de aanwezige hulpmiddelen. Hieronder vallen bijvoorbeeld pc's, ruimtes en beamers. Hulpmiddelen of voorzieningen hebben een duidelijke relatie met het organisatiekenmerk technologie. De technologische mogelijkheden staan in het organisatiemodel in relatie met de strategie en doelen.

Over het algemeen zijn de medisch specialisten in de vier ziekenhuizen tevreden met de voorzieningen. Ook de co-

assistenten zijn tevreden, al kunnen vooral in Leeuwarden de computers worden aangevuld. Zoals verwacht hebben de medisch specialisten in het UMCG voldoende hulpmiddelen tot hun beschikking, zoals een uitgebreide bibliotheek en een skillscenter. Daarnaast is er met het Wenckebach Instituut een uitgebreid onderwijscentrum aanwezig. De afdeling chirurgie geeft aan de randvoorwaarden goed geregeld te hebben met een ‘prachtige’ co-kamer met een grote hoeveelheid computers. Een kinderarts in het UMCG is echter minder enthousiast. Hij vindt dat de omstandigheden verbeterd moeten worden. Er zijn te weinig ruimtes voor co-assistenten en voor artsen. Ook met betrekking tot de apparatuur zou het uitbundiger kunnen.

In Leeuwarden zijn de medisch specialisten content met de hulpmiddelen. Net als in het UMCG is er een bibliotheek en skillscenter aanwezig. Volgens een co-assistent zou de skillscenter alleen meer moeten worden gebruikt. Net als het UMCG is er een onderwijscentrum in het ziekenhuis aanwezig. Het is kleinere variant, maar vergelijkbaar. Het onderwijscentrum regelt alles voor de co-assistenten en voor het onderwijs deel: “Het is niet zo dat de medisch specialist die volgende week les moet geven dat zelf moet regelen”. Het onderwijscentrum maakt de schema's, benaderen mensen voor begeleiding en zorgen voor faciliteiten in de vorm van ruimtes, computers, maar ook zaken als kleding, telefoontjes en verzekeringen. Dat geldt ook voor de assistenten.

De streekziekenhuizen zijn niet optimaal ingesteld op de opleidingsvoorwaarden in de organisatie. Het behoort niet expliciet tot de doelstelling en het is een “sluitpost op de begroting”. Om co-assistenten goed te kunnen begeleiden en onderwijzen zijn goede voorzieningen ook in deze kleinere perifere ziekenhuizen noodzakelijk. De medisch specialisten in beide streekziekenhuizen ondervinden echter geen hinder van de lage begroting en zijn tevreden over de hulpmiddelen. Dit is volgens de coördinator in Leeuwarden niet altijd zo geweest:

“Het is natuurlijk wel zo dat er op een moment goede onderwijsvoorzieningen nodig waren. Toen we de co-schappen in Sneek, Drachten en Heerenveen begonnen, was dit het geval. Die kwamen van vrijwel nul, maar ook voor ons geldt: je kunt niet meer co’s opvangen als je niet een heel groot aantal werkplekken hebt met goede ICT, voorzieningen en noem het maar op. Daar is duidelijk een verschil met tien jaar geleden wat we aan voorzieningen hebben. En alles wat geld kost, gaat lastig en langzaam. En dat geldt hier in Leeuwarden, maar dat geldt in andere ziekenhuizen ook. Je hebt een samenwerkingsovereenkomst gesloten, waarin staat dat het ziekenhuis voor behoorlijke voorzieningen zal zorgen. Wat je behoorlijke voorzieningen noemt, kan je over twisten, maar je moet het ook niet te strak omschrijven. Ik heb het idee dat het nu op de verschillende plekken goed loopt. In Drachten en Heerenveen is de co-kamer bijvoorbeeld een groot probleem geweest. Nu is dat volgens mij goed”

In Drachten en Heerenveen zijn aan de andere kant door het klein aantal co-assistenten minder voorzieningen nodig. Het meeste onderwijs (begeleiding) vindt plaats door 1-op-1 meelopen met de medisch specialist en een praatje met alle co-assistenten één keer per week. De co-assistent kan inloggen op de intranet, heeft een werkplek en een co-kamer tot zijn beschikking en heeft daarnaast weinig voorzieningen nodig. De organisatie beschikt door de vele parttimers altijd een beschikbare werkplek waar de co-assistent aan bijvoorbeeld zijn logboeken kan werken. Het UMCG en MCL hebben door het opleidingsdoel wellicht meer mogelijkheden, het grote aantal co-assistenten geeft echter ook technologische belemmeringen. De technologische mogelijkheden van de organisaties zorgen daarom niet voor grote verschillen in het leerproces van de co-assistenten. De opleidingscoördinator in Heerenveen:

“Van onze kant zijn er niet meer dingen gewenst, want wat heb je nodig. Presentatievoorzieningen hebben we en er zijn zalen genoeg. Als de co-assistenten iets willen, dan laten ze dat weten. Eigenlijk hebben ze niet veel anders

nodig dan een goede internetvoorziening en een ruimte waar ze rustig kunnen zitten. In het begin was er geen ruimte en was er geen dit en geen dat. Op een gegeven moment is dat dan klaargekomen. Ook hebben de co-assistenten behoefte aan niet tastbare dingen, zoals meer onderwijs. Daarin kunnen we altijd tegemoet komen”

Een kinderarts uit Heerenveen vult dit aan door in de rolverdeling er bij te betrekken:

“Je bent eigenlijk meer ‘bedsideteacher’. In principe co-assistenten die lopen visites mee en doen uiteindelijk als ze ingewerkt zijn zien de nieuwe patiënten, kijken we daarna met ze na, maken we even een plannetje hoe het verder moet. Je geeft eigenlijk onderwijs aan de hand van de patiënten die zich voordoen. De voorzieningen zijn hier dus niet echt een issue”

Het streekziekenhuis in Drachten heeft recentelijk een grote verbouwing ondergaan. Tijdens de interviews zaten de co-assistenten in een oud bijgebouw in een grote kamer met koelkast, pc’s en grote banken. Daar kunnen ze maar tijdelijk gebruik van maken. In de nieuwbouw komt echter een nieuwe co-kamer.

“Daarna moeten we een kamertje zoeken, zetten we weer tafels en stoelen neer en maken we een aansluiting voor de pc. Op dat moment is het iets minder. Het is een sluitpost, wat de directeur ook duidelijk heeft aangegeven. De co-assistenten mogen hier komen, maar ik bied ze verder geen extra faciliteiten, want daar is ook geen ruimte voor. In de nieuwbouwplannen komt een kantoortoren, een hoger stuk aan de rand van het ziekenhuis, en daar staat al een co-kamer ingepland”

Ondanks de grote verschillen in organisaties zijn de voorzieningen (of technologie) in de vier ziekenhuizen prima verzorgd. Dit is niet vanzelfsprekend, aangezien jaren terug aanzienlijk minder goed geregeld was. Daarnaast blijft het voor Drachten en Heerenveen een sluitpost van de begroting. De onderzochte ziekenhuizen zijn of worden

verbouwd, hetgeen een belangrijke stimulans is voor de voorzieningen. Het verschil in technologie in het organisatiemodel komt wel naar voren in de aanwezigheid van een bibliotheek en skillcenter in het UMCG en MCL. De identiteit van de organisatie (vertaalt in de doelen, structuur en technologie) geeft de co-assistenten meer en betere mogelijkheden om te leren (studeren) dan in Drachten en Heerenveen waar dit juist ontbreekt. Het voordeel van de streekziekenhuizen met een laag aantal co-assistenten is de 1-op-1 benadering waarvoor weinig voorzieningen/ randvoorwaarden nodig zijn. Een medisch specialist is meer een 'bedsideteacher', dan een opleider op afstand.

5.5 Wat zeggen de resultaten over het curriculum

Het proces waarop het onderzoek is gestoeld, komt voort uit de ontwikkelingen op het onderwijsgebied. Er is een nieuw curriculum G2010 waarbij actieve leerhouding en feedback centraal staan. Ondanks dat het curriculum niet expliciet terug komt in de vraagstelling, is door de belangrijke contextuele waarde (verandering van beleid) toch besloten het curriculum aan de resultaten toe te voegen.

Op het gebied van de begeleiding van co-assistenten in het curriculum wordt ingegaan. In organisaties met een opleidingsachtergrond wordt het curriculum beduidend beter gevolgd dan de algemene streekziekenhuizen. Zo geven medisch specialisten daar aan minder feeling te hebben met het nieuwe curriculum en naar eigen inzicht aan co-schappen invulling te geven. De visie van een ziekenhuis heeft duidelijk zijn weerslag op het (onderwijs)bewustzijn van de medisch specialisten. In alle ziekenhuizen wordt de begeleiding wel serieus aangepakt (dat hadden ze zelf als co-assistent ook gewild), maar het curriculum (het middel) nemen de medisch specialist in de streekziekenhuizen dikwijls met een korreltje zout. Ondanks dat de toepassing van het curriculum kan verschillen, hebben de medisch specialisten een

gezamenlijk beeld over het nut van de co-schappen: de co-assistent moet kennis toepassen door het maken van een plan bij de behandeling van een patiënt.

De belangrijkste veranderingen voor medisch specialisten is de tijdsduur van de co-schappen en het aantal co-assistenten. De senior co-schappen hebben in het nieuwe curriculum een duur van 4 weken met een totaal van 40 weken. Een aantal stages is hierdoor drastisch verkort en een aantal juist verlengd. Dit heeft veel voeten in de aarde gehad, zo geeft ook de opleidingscoördinator in Heerenveen aan:

“Sommige afdelingen hadden er problemen mee. “We hebben dat programma nu al vijf jaar dat programma van drie weken en dat bevalt heel goed. Dat willen we gewoon niet, anders doen we niet mee”. We hebben gepuzzeld, getrokken en geduwd. Uiteindelijk is het dan drie weken geworden en nu krijgen ze zelfs vier weken. De oogkunde breidt een week uit. Orthopedie vond het ook vervelend om co's twee weken te hebben en krijgen nu dus ook vier weken. Interne had acht weken en dat wordt nu naar vier weken gebracht. Dat betekent gewoon dat elk vak of uitdijt of inkrimpt. We moeten ons gewoon een beetje aanpassen en we doen dat gewoon zo en zo kwaad als dat gaat. Het kan best zijn dat we na een jaar zeggen: “Nou we vinden het toch niet plezierig. We gaan het nog weer anders doen”.

Het aantal co-assistenten is ook drastisch toegenomen, waardoor er meer druk op de afdelingen komt te liggen. Op chirurgie is er meer verloop door de halvering van de duur, maar een toename van het aantal co-assistenten. In streekziekenhuizen is het toestroom van co-assistent gestructureerd en minder vrijblijvend geworden. Door de duur van de stage zien een aantal medisch specialisten de co-schappen als een proefstage waarbij het vooral gaat om aanraken. Tijdens de co-schappen kan alleen worden ingegaan op de basisvaardigheden, maar niet veel meer. De medisch specialisten in dit onderzoek zijn afkomstig van chirurgie, gynaecologie en kindergeneeskunde en vinden allen de co-schappen te kort. Het kost een week om te

wennen aan de omgeving en gewoontes, waarna nog maar drie weken over zijn.

In het curriculum staat onder andere de actieve houding van de co-assistent centraal. De eigen verantwoordelijkheid die hierbij een rol speelt en begeleiding wordt ingegaan door het curriculum (Heineman, 2005):

“Studenten moeten meer bewust gemaakt worden van het feit dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het leerproces bij hen zelf ligt. Ze moeten ook zelf om feedback durven vragen. Co-assistenten worden meestal begeleid door junior dokters en assistenten in opleiding. Docentbegeleiders (stafleden) dienen zelf ook goed getraind te zijn in het begeleiden van co-assistenten en er zorg voor te dragen dat de assistenten in opleiding afdoende voor de taak van het begeleiden van de co-assistenten worden getraind”.

De begeleiding van co-assistenten kan in de praktijk echter verschillende vormen aannemen. Naast de actieve leerhouding van de co-assistent komt de meester-gezel relatie veelvuldig voor. Zo zijn de junior co-assistenten in het UMCG voornamelijk aan het meekijken: observatie in plaats van participatie. Door het grote aantal co-assistenten is het moeilijk de co-assistenten een actieve leerhouding te laten aannemen. Bij de begeleiding in de streekziekenhuizen bestaat een vragenvriendelijke en toegankelijke begeleiding door medisch specialisten. Er wordt meegedacht met de co-assistenten over bijvoorbeeld de taken die zij nog willen verrichten. De flexibele opstelling is mogelijk door het kleine aantal co-assistenten per specialisme, bijvoorbeeld één co-assistent op vier kinderartsen. Als medisch specialisten terugvallen op de oude meester-gezel relatie hoeft dit niet ongunstig te zijn voor het leerproces. Co-assistenten kunnen naast het participeren ook veel leren door mee te kijken met de specialist. Daarnaast is niet elk specialisme geschikt om taken uit te voeren. Op de kinderafdeling is men erg voorzichtig met de jonge kinderen en op de Intensive Care zijn veel taken te risicovol. Een opleidingscoördinator in het

UMCG pleit dan ook voor meer invulling door de afdelingen afzonderlijk.

De feedback en beoordeling vindt in de streekziekenhuizen tussen de regels door plaats. Er is simpelweg te weinig tijd om de feedbackmomenten uit het curriculum stipt toe te passen. Het nieuwe curriculum vraagt niet alleen veel van de co-assistent, maar ook van de medisch specialist en AIOS als begeleider en coach. De vraag is in hoeverre artsen hier aan kunnen voldoen. Over het ideaalplaatje is goed nagedacht, maar praktisch moeilijk uitvoerbaar door de drukte op de afdelingen. Tijdens één poli van de co-assistent, kan een medisch specialist bijvoorbeeld drie andere patiënten onderzoeken.

Het nieuwe curriculum verschilt volgens een aantal medisch specialisten niet erg van het oude curriculum. Een kinderarts in het UMCG noemt het curriculum oude wijn in nieuwe zakken. In het MCL zien ze niet veel verschil en blijft de opbrengst van de co-schappen gelijk. Het beeld blijft ook dat het curriculum behalve het aantal co-assistenten en de duur van de co-schappen weinig feitelijk veranderingen heeft gebracht. De taken van de co-assistent zijn hetzelfde (of zelfs in moeilijkheid gedaald), alleen moeten er meer papieren worden ingevuld (logboeken) en vinden de beoordelingen meer gestructureerd plaats (korte klinische beoordelingen). In hoeverre dit beeld correct is, moet vervolgonderzoek uitwijzen. De kennis van de co-assistenten is een hot item in het onderzoek. Ondanks dat het moeilijk in het theoretisch kader is te plaatsen, is het toch meegenomen door de informatiewaarde. Het curriculum is gericht op dual leren, wat betekent dat het leren en werken op elkaar aansluit (Heineman, 2005):

“Onderwijs (en opleiding) dienen zich niet te richten op het bijbrengen van absolute hoeveelheid kennis (die is toch snel achterhaald), maar te richten op een op wetenschappelijk concepten gebaseerde intellectuele en tegelijkertijd empathische benadering van patiënten”.

De medisch specialisten zijn het niet volledig met deze opvatting eens. Over de competenties zijn de medisch specialisten grotendeels tevreden, maar over de basiskennis niet. Vooral de anatomische kennis is slecht en daar klagen de co-assistenten over mee. Beide partijen zien graag meer nadruk op de kennisvergaring zonder de ontwikkeling van het probleemoplossend en kritisch denken in het curriculum te veroordelen. Een kinderarts uit het MCL gaat in op de balans in wensen van het curriculum en de mogelijkheden in de praktijk:

“Ik heb geen suggestie hoe het beter moet namelijk. Het moet toch praktisch werkbaar blijven. En je kunt wel, maar dan kom je meer in de academische setting, enorm gaan richten op opleiding alleen en beoordeling, maar dat is niet haalbaar. Ergens moet je een middenweg zien te vinden tussen wat praktisch haalbaar is en wat maximaal rendement geeft”

De eisen voor het curriculum zijn vooral terug te halen op een actieve leerhouding (participatie) van de co-assistent en het sturen van medisch specialisten als coach die feedback geven co-assistenten over de vorderingen. Deze eisen worden in alle soorten ziekenhuizen op een eigen manier gegarandeerd. Het UMCG heeft als nadeel het hoge aantal co-assistenten, waardoor de actieve leerhouding in het geding is. Het MCL heeft de beste voorwaarden voor de senior co-schappen: een toegankelijk ziekenhuis, laagdrempelige medisch specialisten, goede voorzieningen en de aanwezigheid van AIOS. De kleinere perifere ziekenhuizen hebben door hun eigenschappen zowel voor als nadelen. Ook hier zijn de mensen toegankelijk en is er een goede sfeer. De laagdrempeligheid is goed voor de actieve leerhouding, omdat co-assistenten niet bevreesd zijn om bijvoorbeeld om feedback te vragen en hun voorkeur te tonen. Ondanks de geringe onderwijsvoorzieningen lijken de eisen te kunnen worden gegarandeerd. Een gering aantal co-assistenten vraagt om weinig pc's en werkplaatsen. De persoonlijke begeleiding zorgt naast de nadelen (AIOS hebben meer tijd voor begeleiding en beoordelingen) ook voor een flexibele werkhouding. Het onderzoek laat zien dat leren op de

werkplek meer is dan de fysieke context, maar vooral gaat om gemotiveerde begeleiding en een actieve leerhouding. Dit sluit aan de eisen die het curriculum stelt aan de begeleiding (Heineman, 2005):

“De kwaliteit van het co-assistentchap wordt met name bepaald door de kwaliteit van de leeromgeving. In deze leeromgeving bevinden zich goed opgeleide docenten die bereid en in staat zijn studenten gedurende langere tijd te observeren teneinde constructieve feedback te geven”

Het curriculum heeft voordelen, maar sluit niet volledig aan bij de huidige situatie op de werkplek in alle ziekenhuizen. Zo is langdurig observeren erg belangrijk, maar door de werkdruk moeilijk uitvoerbaar. Het curriculum wordt derhalve niet optimaal benut, maar gebruikt naar de mogelijkheden en voorkeuren van de begeleider.

6 Conclusie

In de conclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek: *Wat is de positieve en negatieve invloed van de organisatie van een ziekenhuis op het werkgerelateerd leren binnen co-assistentenschappen?* De conclusies worden per deelvraag gepresenteerd. De eerste deelvraag slaat terug op het theoretisch kader dat geschetst is in hoofdstuk en komt hier daarom niet aan bod.

6.1 De invloed van de organisatie op het leren op de werkplek van co-assistenten

In deze paragraaf wordt aan de hand van vier aspecten van werkgerelateerd leren de invloed van de organisatie besproken (Onstenk, 1997). De eigenschappen van de organisatie komen naar voor in de aspecten van de Leidse Octaëder (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996).

6.1.1 Het leervermogen

De relatie van de organisatie met het leervermogen van de co-assistent is moeilijk te leggen. Er wordt een onderscheid gemaakt in competenties en basiskennis van de co-assistent. De relatie met de verschillende organisaties komt naar voren in het oordeel over het niveau van de co-assistenten. Dit oordeel is overal gelijk: ieder ziekenhuis is tevreden over de competenties van de co-assistenten. De vaardigheden vallen binnen de eisen en verwachtingen van de medisch specialisten in zowel het UMCG, MCL, Drachten en Heerenveen. In het UMCG en MCL hebben medisch specialisten door hun ervaring als opleider een beter beeld van het competentieniveau van co-assistenten (en kunnen verwachtingen worden bijgesteld). Toch verschilt hun oordeel niet met Drachten en Heerenveen. Het is alleen niet duidelijk in hoeverre de co-assistenten in de verschillende ziekenhuizen een gelijk niveau hebben,

omdat van het subjectieve oordeel van de medisch specialisten wordt uitgegaan.

Voor de invloed van de organisaties op de basiskennis geldt in feite hetzelfde. Het oordeel over de kennis is in tegenstelling tot de competenties uitgesproken negatief. Voornamelijk de anatomische kennis moet het ontgelden. Door de medisch specialisten wordt hier in tijdens de co-schappen geen extra aandacht aan besteed door bijvoorbeeld bijscholing te verlenen. Door tijdsgebrek is voor een interventie door de medisch specialist geen plaats: het is aan de co-assistent om de achterstand in te halen. De gevolgen voor de co-schappen die medisch specialisten aan de matige kennis verbinden verschillen sterk. Een aantal medisch specialisten hecht echter meer waarde aan de inzet en motivatie van de co-assistent: kennis kunnen ze altijd nog op doen. Voor een andere groep staat kennis juist aan de basis van de co-schappen. De oordelen zijn gelijk verdeeld over de vier organisaties. Voor de co-assistenten is de kennis erg belangrijk, aangezien de kennis (bijvoorbeeld over ziektebeelden) tijdens de co-schappen wordt toegepast. Als de kennis echter ontbreekt, gaat een belangrijk deel van het leren op de werkplek verloren.

6.1.2 De leerbereidheid

De invloed van de organisatie op de leerbereidheid van de co-assistent komt duidelijk naar voren. Er wordt hier een onderscheid gemaakt in de motivatie voor een co-schap, motivatie voor een ziekenhuis en ruimte om te leren in een ziekenhuis.

De motivatie van co-assistenten voor een co-schap is erg belangrijk voor het leren op de werkplek. De co-assistent heeft zelf een grote verantwoordelijkheid om te leren van zijn co-schappen. De organisaties zorgen voor randvoorwaarden en kunnen de co-assistent stimuleren.

Een gemotiveerde co-assistent zorgt vervolgens voor een gemotiveerde begeleider in het ziekenhuis. Hier is sprake van een duidelijke wisselwerking. De invloed van de organisatie komt naar voren in de opleidingsstructuur in het UMCG en MCL. Door de aanwezigheid van AIOS wordt de interactie van co-assistenten met medisch specialisten verminderd. Juist de wisselwerking met de medisch specialisten is een belangrijke motivatie voor co-assistenten. Door de kleine omvang van Drachten en Heerenveen worden de co-assistenten snel opgenomen door de medisch specialisten. Door de sociale integratie en het ontbreken van AIOS zijn de voorwaarden voor een wisselwerking tussen co-assistent en medisch specialist beter dan in het UMCG en MCL. De massaliteit van het UMCG beïnvloedt evenzo de motivatie van co-assistenten. Door de grote omvang van de organisatie en de vele co-assistenten heerst er een formele sfeer. De co-assistenten voelen zich minder zichtbaar, waardoor de motivatie om goed werk te doen afneemt. Het MCL is ook een grote organisatie, maar een stuk minder massaal dan het UMCG. De organisatie wordt niet als formeel, maar als toegankelijk ervaren.

De motivatie om te kiezen voor een ziekenhuis wordt veroorzaakt door twee factoren: de fysieke ligging en de identiteit van de organisatie. De co-schappen moeten door de co-assistenten zijn te bereizen. Om die reden zijn de co-assistenten niet in bijvoorbeeld Deventer of Enschede hun co-schappen gaan lopen. De identiteit van een ziekenhuis hangt samen met de ziektebeelden en de toegankelijkheid van de organisatie. De primaire doelen zorgen dat een organisatie zich richt op basiszorg of topklinische activiteiten. De cultuur en mensen maken een organisatie vervolgens formeel of informeel. Het UMCG en MCL zijn beide gericht op topklinische zorg, toch wordt het MCL ervaren als toegankelijk en niet formeel. De ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen richten zich op basiszorg en worden door de geringe omvang van de organisatie gezien als informeel en bijzonder toegankelijk. Bij de keuze voor semi-arts stages is het carrièreperspectief van een organisatie een belangrijke overweging. Om voor het beperkt aantal AIOS plaatsen in aanmerking te komen is

het essentieel dicht op het vuur te zitten. De goede indruk in een streekziekenhuis vergroot de kansen op een toewijzing voor AIOS in geen geval. Bij de keuze voor een organisatie (ziekenhuis) treedt het selectie-effect op: opleidingsziekenhuizen krijgen co-assistenten binnen met een andere voorkeur (motivatie om carrière te maken), dan streekziekenhuizen (balans tussen veiligheid en uitdaging en sociale integratie).

De ruimte om te leren van co-assistenten verschilt sterk per organisatie. De ruimte hangt samen met de motivatie om te leren en de motivatie om voor een organisatie te kiezen. In de kleinschalige organisaties in Drachten en Heerenveen heerst een vragenvrije cultuur met toegankelijke mensen. Er is ruimte om vragen te stellen en fouten te maken, hetgeen co-assistenten motiveert om te participeren (en dus te leren). In het UMCG is deze ruimte niet aanwezig. Door de complexe structuur en bedrijvigheid op de werkvloer (door de vele co-assistenten, AIOS en artsen) overheerst de sfeer van meekijken in plaats van participeren. De beklemmende werkklimaat staat het leerproces in de weg. De organisatie van het MCL heeft van de vier ziekenhuizen wederom een middenpositie: in de organisatie is ruimte om te leren, maar is formeler dan Drachten en Heerenveen. In de streekziekenhuizen is meer ruimte om eigen initiatieven te nemen door de kleinschaligheid en het ontbreken van AIOS.

6.1.3 Het leeraanbod

De invloed van de organisatie op het leeraanbod van de werkplek komt in een aantal aspecten naar voren, namelijk de kenmerken van de arbeidstaak, kenmerken van de werkomgeving en de sociale werkomgeving.

De arbeidstaak wordt op verschillende manieren door de organisatie beïnvloed. Een belangrijke rol speelt hier de opleidingsstructuur van de opleidingsziekenhuizen. Door de aanwezigheid van AIOS in het UMCG en MCL wordt de taakhoud en de moeilijkheid van de taak beperkt, doordat AIOS handelingen verrichten die in de streekziekenhuizen door de co-assistenten worden uitgevoerd. De organisatie

heeft zodoende een grote invloed op het leeraanbod tijdens de co-schappen. De capaciteit van de organisatie (omvang en aantal lerenden) zit de opleidingsdoelen van de organisatie in de weg. De ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben geen concrete opleidingsdoelen met als gevolg dat co-assistenten geen ‘concurrenten’ op de werkplek hebben en ze meer taken kunnen uitvoeren. Juist de patiënten bij wie de co-assistent handelingen verricht, maken indruk en geven verantwoordelijkheid aan de co-assistent. De verantwoordelijkheid krijgen de co-assistenten ook door zelfstandig werken. In het UMCG hebben Junior co-assistenten weinig verantwoordelijkheid en worden vooral situaties geobserveerd. De co-assistenten in het MCL, Drachten en Heerenveen werken daarentegen in veel gevallen zelfstandig. Door de beperkte opleidingsstructuur van de organisatie (structuur: ontbreken AIOS) en het tijdgebrek van de medisch specialisten hebben de co-assistenten in Drachten en Heerenveen meer zelfstandigheid, dan hun collega’s in het MCL. Het zelfstandig leren heeft nadelen door de beperkte feedback, maar heeft vooral positief effect op het leerproces door de ervaring die wordt opgedaan. De arbeidstaak is ook afhankelijk van de ziektebeelden die voorkomen in een ziekenhuis. De doelen en strategie van een organisatie zijn bepalend voor de handelingen die mensen moeten verrichten. In de vier ziekenhuizen is een onderscheid te maken tussen het UMCG en MCL die topklinische zorg aanbieden en Drachten en Heerenveen die zich richten op basiszorg. De taakcomplexiteit, taakinhoud en ruimte voor taakuitoefening verschillen doordat andere ziekten voorbij komen en andere behandelingen gevraagd zijn. De co-assistenten zijn door hun geringe ervaring alleen nog beperkt in de moeilijkheid van de taak (uitvoeren belangrijke taken en functies). In de (complexe) werkomgeving van de co-assistent worden de taken wel door anderen uitgevoerd, waardoor de co-assistent niet leert door te participeren, maar door te observeren (aanwezigheid rolmodellen). Zo kunnen de co-assistenten bijvoorbeeld leren op welke manier met kritieke incidenten wordt omgegaan, zonder zelf keuzes te moeten maken.

De streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben het geven van basiszorg als primair doel. De algemene ziekten zorgen voor minder complexe handelingen dan in de topklinische ziekenhuizen UMCG en MCL. De co-assistenten komen als toekomstig arts voornamelijk met de algemene ziekten in aanraking, aangezien het gros in perifere ziekenhuizen komt te werken. Een uitzondering is een samenwerking tussen medisch specialisten door bijvoorbeeld een maatschap: een samenwerkingsverband tussen verschillende ziekenhuizen met als gevolg dat naast basiszorg ook specialistische zorg kan worden verstrekt. Zo vormt de chirurgie in Drachten en Heerenveen een maatschap met Sneek. Bepaalde organisatieaspecten (zoals de cultuur en mensen) blijven onveranderd, terwijl andere aspecten (zoals de structuur en technologie) op een hoger plan worden gebracht. Door de maatschap zijn de kenmerken van de taak vergelijkbaar met de topklinische ziekenhuizen UMCG en MCL.

De werkplek van co-assistenten wordt gekenmerkt door een onderscheid in poliklinische en zaalwerkzaamheden. De polikliniek is gestructureerd van aard. De co-assistent krijgt (veelal nieuwe) patiënten te zien bij wie zij een diagnose moeten opstellen. Op de afdeling (of zaal) verschilt de toestroom van patiënten sterk. Vaak moeten routinematige taken worden verricht, zoals bloed prikken en een infuus aanleggen. De werkplekken variëren daardoor in taakomschrijving en leereffect. Het onderscheid tussen de polikliniek en zaal wordt sterk beïnvloed door de specialismen in de organisatie en minder door de verschillen tussen de organisaties. De aanwezigheid van AIOS (die vaak op zaal lopen) is voor de opleidingsziekenhuizen een voordeel ten opzichte van de streekziekenhuizen. Een voordeel voor de streekziekenhuizen is dat co-assistenten flexibeler kunnen worden ingezet op de zaal en polikliniek. Zo kan er tussen de polikliniek en zaal worden geschoven al naar gelang de drukte op de werkplek en de voorkeur van de co-assistent (contact met patiënten).

De organisatiecultuur is tekenend voor de werkomgeving van de co-assistent. Dat het UMCG als formeel en afstandelijk wordt gezien, is ook kenmerkend voor de werkomgeving. De medisch specialisten zijn volgens de co-assistenten 'professoren' die niet worden getutoyeerd. Het MCL is weliswaar een grote organisatie waar niet iedereen elkaar kent, toch heerst er een laagdrempelige cultuur. De ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen zijn door de kleine omvang van de organisatie (weinig medisch specialisten) erg toegankelijk. De medewerkers zijn snel aanspreekbaar en de simpele structuur (kleine afdelingen) zorgt voor een ons-kent-ons atmosfeer. De laagdrempelige omgeving in het MCL, Drachten en Heerenveen bevordert het leerklimaat. Om te leren op de werkplek is het durven te participeren (actief opstellen) van belang. In het UMCG zijn de co-assistenten meer op zichzelf aangewezen (anonymiteit) en voelen zich eerder een nummer dan een toekomstig arts door de passiviteit op de werkplek. Ondanks de opleidingsdoelen van de organisatie lijkt deze (afstandelijke) werkplek niet bevorderend voor het leerproces van de co-assistent. In een sociale werkomgeving voelt een co-assistent zich juist op zijn gemak waardoor hij of zij durft te ondernemen, vragen te stellen en te participeren op de werkplek.

6.1.4 Het opleidingsaanbod

Het opleidingsaanbod komt naar voren in het onderwijs op de werkplek, feedback en beoordeling van co-assistenten, begeleiding van co-assistenten en de bijscholingscursus voor medisch specialisten.

Per organisatie is de houding ten opzichte het onderwijs verschillend. In het UMCG maken onderwijs en opleiding een belangrijk deel uit van de organisatievisie en doelstelling. De technologie is aanwezig en in de organisatie heerst een opleidingscultuur (mensen weten wat opleiden inhoudt). In het MCL lijkt de houding ten opzichte van lesgeven aan co-assistenten vergeleken met het UMCG enthousiaster en ambitieuzer te zijn. De attitude lijkt in het UMCG minder aanwezig, waarbij medisch specialisten zich ook richten op hun eigen

opleiding en ontwikkeling, door te promoveren en publiceren. Dit blijkt ook uit het beeld van de co-assistenten die een formeel beeld schetsen van co-schappen in het UMCG. De streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben van oorsprong minder affiniteit met opleiden. Doordat het lesgeven een kleine rol speelt tijdens de co-schappen, is het voor medisch specialisten moeilijk een houding ten aanzien van het onderwijs aan te nemen (wel of niet geïnteresseerd zijn). De organisatie heeft niet de doelstelling, structuur en een opleidingscultuur om verder te gaan dan het begeleiden en beoordelen van co-assistenten.

De tijd die door een medisch specialist aan de beoordeling en feedback wordt besteed, is een belangrijk aspect voor het leren op de werkplek. In Drachten en Heerenveen is de beoordeling een bezigheid die alleen tussen de normale bedrijven kan worden uitgevoerd. De begeleiding van co-assistenten maakt geen onderdeel uit van de primaire taak met als gevolg dat geen tijd voor de co-assistenten wordt ingeroosterd. De doelen van de organisatie beïnvloeden het gedrag van de mensen die er werkzaam zijn; een medisch specialist in Drachten is bereid meer tijd te besteden, maar is hier niet toe in staat door zijn andere werkzaamheden. De co-assistenten worden nu veelal beoordeeld op basis van globale beeldvorming en weinig feitelijke waarnemingen (co-assistenten functioneren veelal zelfstandig). De uitleg, aanwijzingen en feedback zijn daardoor niet optimaal en volgens de co-assistenten weinig specifiek en soms zelfs nietszeggend.

De begeleiding van co-assistenten wordt sterk bepaald door de aanwezigheid van AIOS. Ondanks de opleidingsdoelen van het UMCG en MCL hebben de medisch specialisten weinig tijd beschikbaar. In tegenstelling tot de streekziekenhuizen worden de medisch specialisten bij de begeleiding van co-assistenten ontlast door AIOS. De opleidingsstructuur heeft zodoende een piramidevorm: van opleidingscoördinator via de AIOS naar de co-assistent. Het (kwantitatieve) voordeel van AIOS is de tijd die aan co-assistenten wordt besteed, de laagdrempeligheid en het inlevingsvermogen. De directe begeleiding door medisch specialisten in Drachten en

Heerenveen heeft als (kwalitatief) voordeel de grote parate kennis van de begeleider. Daarnaast kan een co-assistent ook worden begeleid door een ANIO. (arts niet in opleiding). Het niveauverschil tussen een ANIOS en een co-assistent kan dusdanig klein zijn dat de co-assistent over gelijk of meer kennis beschikt (vakdeskundigheid opleider). Dit is niet bevorderlijk voor het leerproces van de co-assistent. Voor de co-assistent levert een opleidingsstructuur met AIOS en ANIOS derhalve niet alleen voordeel op. Het is mede persoonsgebonden aan de voorkeuren van de co-assistent: kwaliteit en zelfstandigheid versus kwantiteit en inlevingsvermogen.

De begeleiding van co-assistenten kan verschillende vormen aannemen. Het curriculum streeft naar een actieve leerhouding van de co-assistent, niettemin komt de meester-gezel relatie veelvuldig voor. Zo zijn de junior co-assistenten in het UMCG voornamelijk aan het meekijken: observatie in plaats van participatie. Door het grote aantal co-assistenten is het moeilijk de co-assistenten een actieve leerhouding te laten aannemen. Bij de begeleiding in Drachten en Heerenveen heerst een vragenvriendelijke en toegankelijke cultuur. De medisch specialisten denken graag met de co-assistenten mee over bijvoorbeeld de handelingen die zij nog willen verrichten (LO: mensen). De flexibele opstelling is mogelijk door het kleine aantal co-assistenten per specialisme, bijvoorbeeld één co-assistent op vier kinderartsen. In het MCL zijn de opleiders bewust van opleiden en laten ze co-assistenten graag participeren tijdens het co-schap. Als medisch specialisten terugvallen op de meester-gezel relatie is dit niet altijd ongunstig voor het leerproces. Co-assistenten kunnen naast het participeren ook veel leren door mee te kijken met de specialist. Daarnaast is niet elk specialisme geschikt om taken uit te voeren. Zo zijn medisch specialisten op de kinderafdeling erg voorzichtig met de jonge kinderen en zijn op de Intensive Care de meeste taken te riskant.

De medisch specialisten is gevraagd naar het belang van opleiden van co-assistenten. Ongeacht de cultuur of doelstelling van de organisatie vinden medisch specialisten

begeleiden belangrijk. Voor medisch specialisten bestaat een bijscholingscursus genaamd de *teach-the-teacher* cursus. De reactie op de cursus is, ondanks het belang van vakkundig opleiden, wisselend van aard. In opleidingsziekenhuizen zijn de medisch specialisten gewend aan de onderwijssetting waarin ze verkeren. Naast een grote hoeveelheid co-assistenten zijn ook AIOS aanwezig die om begeleiding vragen. In het UMCG wordt vooral op het professionele handelen de nadruk gelegd en de cursus is daar *een* middel toe. In het onderzoek is eerder naar voren gekomen dat artsen in het MCL erg onderwijsminded zijn. Deze opvatting komt terug in de grote animo voor en het een positief oordeel over de *teach-the-teacher* cursus. Medisch specialisten in streekziekenhuizen lijken het belang van de cursus niet in te zien. Een oorzaak kan het ontbreken van een opleidingscultuur zijn waardoor de medisch specialisten de cursus vooral tijdsverspilling vinden. Binnen de organisatie begeleiden de medisch specialisten alleen 1-op-1 een co-assistent. Men vertrouwt bij de begeleiding en beoordeling vooral op de eigen ervaring en de gedachte dat men zelf co-assistent is geweest. De organisator van de cursus noemt dit onbewust incompetent: “ik ben me niet bewust, dat ik het niet weet”.

6.2 De rol van voorzieningen bij het leren op de werkplek van co-assistenten

De voorzieningen spelen een belangrijke rol bij het oorspronkelijke doel van het onderzoek. In het organisatiemodel komen de voorzieningen terug in de technologie van de organisatie.

Zowel het UMCG, MCL, Drachten als Heerenveen hebben sterk divergerende organisatiekenmerken. Niet alleen verschillen de ziekenhuizen qua doelstelling (wel of geen opleidingsdoel), maar ook met betrekking tot de omvang en technische mogelijkheden. Het UMCG spant hier duidelijk de kroon. Het andere opleidingsziekenhuis, het MCL, beschikt over minder, maar nog steeds talrijke

onderwijsvoorzieningen. Er zijn collegezalen, een bibliotheek en een skillscenter. De streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen hebben niets van dit alles en richten zich alleen op de noodzakelijke zorgvoorzieningen. Ondanks de grote diversiteit zijn in iedere organisatie voldoende voorzieningen (of technologie) voor de co-schappen beschikbaar. Uit het onderzoek komen nauwelijks geluiden naar voren over grote tekortkomingen. Dit is niet vanzelfsprekend, omdat het ook anders is geweest. De ziekenhuizen hebben allen een verbouwing ondergaan of zijn aan het verbouwen. Dit is een belangrijke stimulans geweest voor de technologie van de organisaties. Door de faciliteiten van het UMCG en MCL zijn er voor co-assistenten wel meer mogelijkheden om het leren te stimuleren. Al blijkt de skillscenter in het MCL weinig te worden gebruikt door de co-assistenten. De geringe omvang van de ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen levert voor de voorzieningen vreemd genoeg een voordeel op. Door het lage aantal co-assistenten en het ontbreken van AIOS hebben de co-assistenten geen aanvullende voorzieningen nodig. Door medisch specialisten vindt 1-op-1 benadering met de co-assistent plaats, waarbij de co-assistent kan meedraaien met de reeds aanwezige voorzieningen. Een medisch specialist is meer een *bedsideteacher*: hij/ zij geeft onderwijs aan de hand van de patiënten. Een vergaderzaal en eventueel een beamer zijn ruim voldoende voor het één á twee wekelijkse onderwijsmoment met de tien co-assistenten. Door de vele deeltijdmedewerkers zijn vaak genoeg werkplekken beschikbaar om het verslag (logboeken) uit te werken. Daarnaast heeft ieder ziekenhuis een co-kamer en kunnen de co-assistenten inloggen op het intranet.

6.3 Gunstige en ongunstige condities in een organisatie voor het leren op de werkplek

In deze paragraaf worden de condities aangehaald die nodig zijn om te kunnen leren op de werkplek. Hierbij worden de gunstige en ongunstige condities van een

organisatie aan de hand van de Leidse octaëder op een rijtje gezet.

6.3.1 Doelen en strategie

De doelen bepalen de weg die een organisatie inslaat. De strategie is een manier waarop doelen kunnen worden gerealiseerd door het inzetten van mensen en middelen. De doelen en strategie van een organisatie zijn dan ook geen fysieke conditie, maar voorwaarden voor andere eigenschappen van de organisatie, zoals de technologie.

Een goed voorbeeld zijn de doorgroeimogelijkheden binnen een organisatie. Het UMCG en MCL lenen zich hier goed voor. Een semi arts stage in een opleidingsziekenhuis kan uiteindelijk leiden tot een AIOS plek. Als een organisatie deze mogelijkheden niet heeft, blijft zij afhankelijk van de andere organisaties voor hun werknemers. Deze zijn niet bekend met de cultuur en gewoonten van de organisatie.

De tweede conditie zijn de ziektebeelden die worden behandeld door een ziekenhuis. Een organisatie die als doel heeft het predicaat 'topklinisch' te krijgen, heeft specifieke randvoorwaarden. Die aandoeningen die kunnen worden behandeld, zijn bepalend voor het leren op de werkplek. Als leersubject bepalen de ziektebeelden de context van de leersituatie. Een gebroken been levert andere leermomenten op, dan een kankerpatiënt. Het verschil tussen basiszorg en topklinische zorg zit in de frequentie en complexiteit. Basiszorg is een gunstige conditie omdat het veel voorkomt, maar kan vrij eentonig zijn. Topklinische zorg kan complex en daardoor intrigerend zijn, maar weinig toepasbaar voor de eigen situatie.

Een andere gunstige conditie in een ziekenhuis is de keuze voor samenwerking tussen medisch specialisten. De samenwerking tussen kleinere perifere ziekenhuizen (bijvoorbeeld door een maatschap) biedt mogelijkheden voor een organisatie. Door de samenwerking kunnen organisaties taken uitvoeren die eerder niet tot de

mogelijkheden behoorden. De diversiteit en verdieping van de taakhoud maakt de leerplek interessanter om te leren.

Een negatieve conditie is de coördinatie van de co-schappen. Een slechte coördinatie in een organisatie of tussen organisaties leidt tot inefficiëntie en ergernissen. Hierdoor kunnen kostbare leermomenten verloren gaan. Een voorbeeld is de onzekerheid over het aantal co-assistenten in een klein ziekenhuis. Een co-assistent kan geen patiënt toegewezen krijgen als er geen zekerheid is over zijn komst. Hierdoor komt het voor dat een co-assistent alleen met een medisch specialist meekijkt in plaats van zelf te participeren (of zelfs helemaal niets te doen heeft).

6.3.2 Structuur

De structuur is de manier waarop taken zijn verdeeld over afdelingen in organisaties. Eén van de belangrijkste condities bij het leren op de werkplek is de aanwezigheid of afwezigheid van AIOS. Een opleidingsziekenhuis heeft als doel het opleiden van mensen en bepaalt daarmee gelijk de structuur. De organisatie ontkomt dan niet aan bepaalde kenmerken, als een bepaalde organisatieomvang en de aanwezigheid van AIOS en andere lerende mensen.

De aanwezigheid van AIOS bij de begeleiding van co-assistenten (oftewel 'studenten' die anderen doceren) in een organisatie is een belangrijke conditie voor het leren op de werkplek. Dit kan als een gunstige of ongunstige conditie worden ervaren. De piramidestructuur (opleidingscoördinator → medisch specialist → AIOS → co-assistent) in een opleidingsziekenhuis zorgt voor een bepaalde degelijkheid. De opleiding is verzekerd van een bepaalde controle en de co-assistent van een gedegen begeleiding: de AIOS heeft voldoende tijd, is toegankelijk en kan zich goed inbeelden in de leersituatie. Daarnaast ligt de eindverantwoordelijkheid alsnog bij de medisch specialist. Hier zit ook de ongunstige kant van de conditie. De aanwezigheid van de AIOS gaat ten koste van de interactie tussen medisch specialist en co-assistent. Door

de afstand heeft de medisch specialist een minder goed beeld van de co-assistent tijdens de beoordeling. Ook kan een medisch specialist in minder mate zijn kennis delen. Een uitermate ongunstige conditie is de aanwezigheid van ANIOS. Dit zijn artsen die nog niet in opleiding zijn, zoals AIOS. De begeleiding van ANIOS lijkt op de begeleiding van AIOS met dien verstande dat ANIOS jonger zijn en minder ervaring (en dus kennis) hebben. Het verschil tussen de ANIOS en co-assistent kan zo minimaal zijn dat van een leereffect geen sprake is. Een ANIOS staat te dicht bij de co-assistent (ook gezien de leeftijd) om voldoende over te kunnen dragen en gedegen te begeleiden.

De aanwezigheid van AIOS heeft naast de begeleiding ook consequenties voor de taken die te verdelen zijn op de werkplek. De AIOS staat hoger in de rang van de organisatie en is bevoegd meer handelingen te verrichten. De AIOS is een toekomstig arts van de organisatie en heeft daardoor meer waarde voor de organisatie dan een co-assistent die na aantal weken of maanden weer vertrokken is. Een AIOS verricht in een organisatie taken die in een omgeving zonder AIOS door co-assistenten worden vervuld. Dit is een ongunstige conditie voor de werkplek, aangezien co-assistenten minder mogelijkheden krijgen om te leren.

De aanwezigheid van veel co-assistenten in een ziekenhuis is een kwantitatieve ongunstige conditie van een organisatie. De aanwezigheid van een groot aantal collega's gaat ten koste van het leren op de werkplek. Een kleine afdeling met weinig co-assistenten gaat gepaard met een grote flexibiliteit en aandacht voor de student. Zo kan een afdeling met één co-assistent op vier medisch specialisten goed op de voorkeuren van de co-anticiperen. Grote ziekenhuizen met veel afdelingen hebben te maken met tientallen co-assistenten. Er is veel verloop en de (persoonlijke) aandacht voor de co-assistent wordt naar gelang het aantal steeds meer beperkt. Een Junior co-assistent moet al blij zijn met een werkplek. Naar een senior co-assistent in het MCL wordt minder geluisterd, dan naar collega in Drachten of Heerenveen. De kleinschaligheid van

de organisatie is hier de gunstige conditie voor het leren op de werkplek.

6.3.3 Cultuur

De cultuur van een organisatie is vaak een ongrijpbaar begrip. Het gaat vaak om gemeenschappelijke normen en waarden. Deze normen en waarden kunnen zich ook richten op het leren van mensen in de organisatie. Het aantal mensen in de organisatie is de eerste conditie voor de werkplek. Bij de structuur is al te zien dat een kleine groep zich flexibel kan opstellen bij kleine aantallen co-assistenten. In een kleine organisatie zijn minder mensen werkzaam en is de onderlinge bekendheid groot. De sociale integratie van co-assistenten kan daardoor goed verlopen. Hoe groter een organisatie is, des te formeler, afstandelijker en hiërarchischer het wordt. Een kleine organisatie zorgt voor sociale controle en een prettig leerklimaat. De werkzaamheden van de co-assistent op de werkplek raken niet onopgemerkt. Voor het leren op de werkplek is dit een gunstige ontwikkeling, aangezien het samen kan gaan met motivatie (om goed werk te doen/ anderen tevreden te stellen) en betrokkenheid.

De ruimte om te leren, is een gunstige conditie van de organisatie. In een ziekenhuis moeten co-assistenten de mogelijkheid krijgen te leren op de werkplek. In de organisatie moet een sfeer en motivatie aanwezig zijn om te leren. Een beknellende omgeving waar co-assistenten geen vragen durven stellen, is per definitie een slechte werkplek. Een co-assistent moet fouten durven (en mogen) maken, omdat men daar juist van leert.

Een gunstige conditie binnen de cultuur van de organisatie is de proactieve houding ten opzichte van opleidings- en onderwistaken. Medisch specialisten moeten niet alleen ambitie hebben om zelf wijzer te worden, maar ook om anderen wijzer te maken. De attitude ten aanzien van lesgeven en begeleiden moet aanwezig zijn. Daar hoort ook het investeren in de eigen vaardigheden als opleider bij. Een professionele houding door reflectie op en verbetering van de vaardigheden kan grote waarde hebben voor het

leerrendement van de co-assistent. De teach-the-teacher cursus is hier een goed voorbeeld van.

6.3.4 Mensen

In de organisatie zijn de mensen er om de taken en werkzaamheden uit te voeren. Bij het leren op de werkplek nemen de mensen (logischerwijs) daarom een belangrijke plaats in. Vooral bij een persoonlijke begeleiding kan de invulling van een persoon bepalend zijn.

De eerste conditie is zorgen voor participerende personen in de organisatie. Het leren op de werkplek wordt bevorderd door mensen die durven te leren. Naast de ruimte die een persoon krijgt om te leren, moet een co-assistent ook een bepaalde verantwoordelijkheid krijgen. Door de intensiteit van de taak te vergroten wordt het leren gestimuleerd. Co-assistenten kunnen dan niet alleen observeren (wat niet per definitie slecht is), maar moeten tevens participeren. Aan de taakautonomie zitten ook grenzen. In de organisatie moet een duidelijke balans aanwezig zijn tussen het zelfstandige gedrag van co-assistenten en de begeleiding (en feedback) van medisch specialisten. Een co-assistent kan niet aan zijn lot worden overgelaten.

In de organisatie moet de ruimte zijn om te begeleiden en beoordelen. Ook de begeleiding van co-assistenten vraagt een bepaalde inspanning van medisch specialisten. De beoordeling en het geven van feedback maken hier een belangrijk deel van uit. Co-assistenten leren van correcte en constructieve reflectie op hun handelen en niet alleen door hun eigen perceptie.

6.3.5 Technologie

Het leren op de werkplek vindt vaak plaats door het toepassen van technologie. Onder de technologie vallen onder andere de technische voorzieningen in een organisatie.

Een gunstige conditie in een organisatie is de aanwezigheid van een gedegen bibliotheek. Co-assistenten lopen tijdens co-schappen voortdurend tegen ontbrekende kennis aan.

Door de aanwezigheid van de juiste vakliteratuur kunnen co-assistenten de ontbrekende kennis inhalen. Bij het ontbreken van deze literatuur blijven de co-assistenten achter de feiten aan lopen. Het draait bij de co-schappen tenslotte om het toepassen van kennis.

Een tweede belangrijke conditie zijn voorzieningen die passen bij de situatie op de werkplek. Een kleine organisatie vraagt niet om uitgebreide voorzieningen zoals collegezalen. Door de kleinschaligheid kunnen co-assistenten soepel in het werkveld meedraaien. Door één co-assistent raken de voorzieningen namelijk niet overbelast: één computer is voldoende en geen computerzaal noodzakelijk. Een grote organisatie waar veel co-assistenten en AIOS aanwezig zijn, vraagt om bijpassende voorzieningen. In zo'n geval voldoet een kleine co-kamer niet voor 60 co-assistenten. De co-schappen in een klein perifeer ziekenhuis worden dus niet in een mindere werkplek gehouden door de beperkte technologische mogelijkheden van de organisatie.

6.4 Curriculum

De verandering van het curriculum heeft een behoorlijke invloed op de co-schappen. Hierbij is het de vraag in hoeverre de actieve leerhouding en het feedbackaspect in bepaalde ziekenhuizen beter worden bevorderd dan in andere ziekenhuizen.

Door de korte banden in Drachten en Heerenveen is er veel gelegenheid om zelfstandig handelingen te verrichten. De actieve leerhouding is in deze ziekenhuizen eerder regel dan uitzondering. De zelfstandigheid gaat zelfs zo ver dat medisch specialisten niet altijd in staat zijn actief te begeleiden (door fysiek bij de handelingen aanwezig te zijn). In het UMCG wordt vooral door de (vooral junior) co-assistenten meegekeken met de medisch specialisten (meester-gezel relatie). De massaliteit staat de actieve leerhouding van de co-assistenten in de weg. Het MCL is wederom een mengeling van beide uitersten.

Het geven van feedback hangt samen met de begeleidingsstructuur binnen een ziekenhuis. De aanwezigheid van AIOS en ANIOS heeft hier een grote invloed. In het UMCG en MCL zijn AIOS aanwezig. Bij de streekziekenhuizen in Drachten en Heerenveen worden co-assistenten alleen door medisch specialisten begeleid. Een AIOS zorgt voor een intensievere begeleiding, maar heeft minder kennis. Daarnaast heeft niet iedere AIOS al de persoonlijkheid en kwaliteiten om een co-assistent te begeleiden. Voor de begeleidingskwaliteiten gaat dit ook op voor de medisch specialisten. De ervaring en persoonlijkheid kan dit echter compenseren.

7 Discussie

In het laatste hoofdstuk wordt het onderzoek kritisch tegen het licht gehouden. De sterke en zwakke kanten komen aan bod. Daarnaast wordt gekeken hoe vervolgonderzoek aangepakt dient te worden. Twee vragen staan hier centraal:

- hoe had het onderzoek moeten worden uitgevoerd als het opnieuw was gedaan?
- hoe moet vervolgonderzoek er uit zien?

Om deze vragen te beantwoorden wordt eerst ingegaan op de informatiewaarde van de interviews. Daarna wordt resultaat gekoppeld aan de gepresenteerde theorieën uit hoofdstuk 3. Ten slotte worden de sterke en zwakke punten op een rijtje gezet.

7.1 Informatiewaarde interviews

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aansluiten van de interviews op de onderzoeksvragen. Is er voldoende informatie naar voren gekomen en in welke gevallen wel en niet.

Voor het onderzoek hebben de interviews op een bepaald niveau antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. De verkregen informatie heeft geholpen een beeld te vormen van de huidige situatie. Dit heeft geresulteerd in een antwoord op elke deelvraag van het onderzoek. Zowel over de invloed van de organisatie en voorzieningen als de gunstige en ongunstige aspecten vallen nuttige wetenswaardigheden te vertellen. Een beperking van de informatie is echter de diepgang van de antwoorden. Alhoewel er tendensen (algemeenheden) worden besproken in het onderzoek is van echte diepgang geen sprake. Zo komt de lage basiskennis van co-assistenten naar voren, maar wordt te weinig op de gevolgen voor het werkplekklaren ingegaan. Dat het gevolgen heeft is duidelijk,

alleen niet in praktische zin (feitelijke consequenties): krijgt een co-assistent dit te horen en *welke* taken kunnen door het ontbreken van kennis niet worden uitgevoerd. De beperkte diepgang geldt evenzeer voor de voorzieningen. Het onderzoek laat weliswaar zien dat er weinig onvrede is over de voorzieningen, maar het onderzoek gaat er verder niet op in welke voorzieningen door de medisch specialisten daadwerkelijk worden toegepast. De term 'voorzieningen' blijft hierdoor enigszins leeg, wat ten koste gaat van de informatiewaarde. Het onderzoek had verbeterd kunnen worden door na een aantal interviews een inventarisatie van de voorzieningen op te stellen. Door (concrete vragen tijdens) de interviews en observaties (intensieve meeloopperiode) had deze verdieping kunnen plaatsvinden. Hierdoor was het mogelijk geweest medisch specialisten concrete voorzieningen te kunnen voorleggen: welke apparaten worden bijvoorbeeld toegepast. In welk ziekenhuis wel en waar niet? Komt het niet toepassen door het ontbreken van de voorzieningen of ligt hier een andere oorzaak aan ten grondslag. Vervolgonderzoek moet op deze vragen inspelen. Dit kan worden uitgevoerd door middel van een kleinschalig kwantitatief (deel) onderzoek onder de medisch specialisten, maar zeer zeker ook onder co-assistenten.

De gunstige en ongunstige condities komen gezien de bovenstaande beperkingen nog heel behoorlijk naar voren. Zo speelt de aanwezigheid van AIOS een belangrijke rol. Toch vraagt deze paragraaf om een praktische toepasbaarheid die nu ontbreekt. Wat een organisatie concreet kan doen om de co-schappen te verbeteren, had in het onderzoek beter naar voren moeten komen. Een inventarisatie was ook bij deze vraag van toepassing geweest. Wat zijn concrete consequenties van het ontbreken van AIOS: welke taken worden exact vervuld en wat zijn de gevolgen. Over de aanwezigheid van AIOS wordt gesproken met co-assistenten. Over de impact komt

desondanks te weinig naar voren. Vervolgonderzoek moet beter ingaan op de praktische gevolgen voor het leren op de werkplek binnen een bepaalde organisatie: het onderzoek moet zich specifiek richten op het microniveau van de organisatie. Een belangrijk aspect van vervolgonderzoek is het observeren van co-assistenten in diverse ziekenhuizen. Hierdoor kan als onafhankelijke partij de situatie worden geobserveerd, zoals de handelingen die door co-assistenten in aanwezigheid en afwezigheid van een AIOS worden verricht. Deze informatie kan vervolgens puntsgewijs (in een topiclijst) aan de verschillende partijen worden voorgelegd.

Het gebrek aan diepgang bij de deelvragen werkt door in de hoofdvraag. Naast het feit dat niet concreet op de invloed van de organisatie op de werkplek wordt ingegaan, kan ook geen kleur aan de informatie worden gegeven: de vinger op de pijnlijke plek van de organisatie leggen. Vervolgonderzoek moet in staat zijn de verschillende organisaties kritisch te benaderen om zodoende een concrete bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van de co-schappen.

Een belangrijke keuze voor vervolgonderzoek moet de keuze van de onderzoeksobjecten zijn. Er is gekozen voor vier verschillende ziekenhuizen waarbinnen medisch specialisten en co-assistenten worden ondervraagd. Het aantal ziekenhuizen bleek moeilijk toepasbaar: voor een goede beeldvorming zijn meer medisch specialisten per ziekenhuis nodig. Dit bleek praktisch niet haalbaar, aangezien nu al vijftientig personen zijn ondervraagd. Ook is een vergelijking tussen het UMCG en de andere ziekenhuizen lastig gebleken door de diversiteit van de co-schappen hetgeen een sterke invloed heeft op de context van de informatie. Het advies voor vervolgonderzoek is om meer co-assistenten te interviewen. In de huidige opzet zijn zes co-assistenten ondervraagd, maar dit is een te laag aantal om een goed beeld te vormen van hun perspectief van de organisatie. Op de co-schappen hebben verschillende partijen invloed. In het onderzoek wordt echter alleen ingegaan op de medisch specialisten en co-assistenten. Om een beter beeld te krijgen van de

organisatie zijn interviews (al dan niet oriënterend) met mensen elders in de organisatie evenzo belangrijk. Hierbij kan gedacht worden aan mensen op de werkvloer, zoals AIOS en verpleegkundigen, maar ook hoger in de organisatie, zoals de algemeen directeur en afdelingshoofden.

7.2 Koppeling resultaten en theoretisch kader

In het verlengde van de informatiewaarde van interviews komt de koppeling van de resultaten en het theoretisch kader. De interviews hebben ontegenzeggelijk informatie opgeleverd. De vraag is in hoeverre de informatie uit de resultaten aansluiten op de theoretische benadering in hoofdstuk 3. Eerst worden kritisch gekeken naar de theorieën: snijden de theorieën houdt als gekeken wordt naar de onderzoeksresultaten en zijn ze toepasbaar voor de co-schappen? Daarna worden verbeterpunten voor vervolgonderzoek genoemd.

Er is in dit onderzoek doelbewust gekozen voor een theoretische benadering. Het koppelen van de theorieën is mogelijk, alleen minder direct als in de huidige opzet. De organisatieaspecten zijn in een ander perspectief geoperationaliseerd als de factoren van werkgerelateerd leren. Zo is de structuur is vaak bepalend voor bijvoorbeeld de motivatie, maar het is te kort door de bocht om dit zo te stellen. Daarom moeten de organisatie termen in vervolgonderzoek beter worden gedefinieerd.

De operationalisatie in de huidige opzet heeft gevolgen voor de koppeling van de interviewresultaten en de theoretische benadering. De organisatieaspecten zijn in de huidige opzet op een te hoog niveau geformuleerd en zijn daardoor als term te leeg. Een medisch specialist en co-assistent zijn niet direct geïnteresseerd in de strategie van een organisatie. Dit staat te ver af van hun werkzaamheden op de werkvloer. De onderzoeksresultaten zijn door de algemene termen moeilijk te plaatsen onder de organisatiekenmerken. Door de termen op de situatie van de werknemers toe te passen, komt het dichterbij de

belevingswereld van een medisch specialist of co-assistent te staan: oftewel de gevolgen van strategische keuzes voor de praktische werkzaamheden. Door de interviews in vervolgonderzoek beter te structureren (en te beschrijven), kunnen de theorieën beter worden toegepast. Zodoende zijn de interviews geen opsomming van verschillen (“Ja AIOS hebben invloed op de begeleiding”), maar kan hier juist op in worden gegaan (“Hoe vaak zien AIOS de co-assistenten en wat wordt er besproken”). Daarnaast heeft meer kennis van de achterliggende theorieën en van de situatie binnen de co-schappen een positieve invloed op de interviews (het doorvragen). Nu was de hele omgeving te nieuw en situatie (curriculum en organisatie) te onbekend. Naast de operationalisatie moet ook naar de theoretische benadering an sich gekeken worden. Snijden de theorieën hout als er gekeken wordt naar de onderzoeksresultaten en de ervaringen als onderzoeker. De operationalisatie geeft deels aan waar de moeilijkheden liggen in de theoretische benadering. De factoren van werkgerelateerd leren bleken voor een groot gedeelte goed toepasbaar. Een nadeel van de theorie is alleen de onderverdeling van de factoren onder de vier aspecten van werkgerelateerd leren (leeraanbod, leerbereidheid, opleidingsaanbod, leervermogen). Een aantal aspecten vallen onder meerdere aspecten, waardoor de analyse achteraf moeilijker wordt. Het plaatsen van een factor heeft daardoor meer invloed dan gewenst. De factoren blijken desalniettemin grotendeels toepasbaar voor co-schappen.

De Leidse octaëder is een goed organisatie-model. Als kapstok van een top-down beschrijving van een organisatie is het goed geschikt. Het zijn heldere aspecten en de filosofie (de aspecten zijn niet los van elkaar te zien) spreekt ook aan. De termen blijken in deze vorm voor onderzoek op de werkplek letterlijk te hoog gegrepen. Daarnaast is de samenhang tussen de aspecten er niet voor niets. De aspecten hebben vaak een sterke samenhang. Hierdoor is het niet in alle gevallen duidelijk waar informatie kan worden geplaatst. De aanwezigheid van AIOS is zodoende te plaatsen onder mensen, maar is ook structuur, die voortkomt uit de (opleidings)doelstelling van de

organisatie. Om de organisatieaspecten moeten daardoor terug worden gebracht naar de werkvloer. Daarnaast kan informatie worden verkregen over de termen (bijvoorbeeld doelen), maar niet alleen van de mensen op de werkvloer. Als vervolgens beide theorieën worden gekoppeld, blijkt een praktisch toepassing lastiger dan gedacht. De beschrijving van de organisatiekenmerken en de spreiding van de factoren van werkgerelateerd leren blijken te beperkt voor een volledige theoretische toepassing. In het vervolgonderzoek kan de benadering nog steeds worden toegepast. De gedachtegang van de huidige opzet is goed, alleen de uitwerking moet meer specifiek. Achter de plaatsing van een factor van werkgerelateerd leren onder een organisatieaspect is meer nodig dan logisch nadenken. Het karakteriseren van een organisatie door een kapstok als de Leidse Octaëder komt veelvuldig voor. Het toepassen van de termen vraagt alleen meer verdieping, dan de losse termen. Vervolgonderzoek moet de organisatieaspecten verder uitwerken aan de hand van toegepaste organisatieonderzoeken van ziekenhuizen en meer observaties in het werkveld.

Als bij het onderzoek de mogelijkheid was geweest om het opnieuw te doen, dan waren in dat geval de termen binnen de gecombineerde theorieën beter beschreven en de (assumptieve) relaties nauwkeuriger uitgewerkt. De operationalisatie zou in het verlengde hiervan ook in kwaliteit zijn gestegen. Het invullen van de tabel was in dat geval achteraf gezien wel goed mogelijk gebleken. De bovenstaande kritische punten zijn niet van toepassing op het onderwerp van het onderzoek: de co-schappen in ziekenhuizen. De theoretische benadering blijft van toepassing op co-schappen: ziekenhuizen zijn goed te beschrijven aan de hand van het organisatie-model en de co-schappen door het leren op de werkplek zoals beschreven wordt door Greven (2008) van Onstenk (1997). De koppeling (en uitvoering) is niet vlekkeloos verlopen, maar dat zegt niets over de toepassing (en relevantie) van de benadering op de co-schappen.

Literatuurlijst

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (2^e druk). Groningen: Wolters-Noordhoff.

Boonstra, J.J., Steensma, H.O & Demenint, M.I (1996). *Ontwerpen en Ontwikkelen van Organisaties*. Utrecht: De Tijdstroom.

Cheetman, G. & Chivers, G. (2001). How professionals learn in practice: an investigation of informal learning amongst people working in professions. *Journal of European Industrial Training* 5, 246-292.

Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Bussum: Coutinho.

Dassen H. (2006). De Goede Dokter. *Triakel* 1, 5-12.

Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology* 70, 113-136.

Greven, A.Y. (2008). *Werkgerelateerd leren*. Scriptie, Rijksuniversiteit Groningen.

Kaplan, R.S. (2005). How the balanced scorecard complements the McKinsey 7-S model. *Strategy and leadership* 33, 41-46.

Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

LeGrand-van den Bogaard, M.J.M. (2003). *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang. Advies van de commissie implementatie opleidingscontinuüm en taakverschikking*. Utrecht: Drukkerij Haasberg.

Meijerink, A.M. (2005). *Een explorerend kwalitatief onderzoek naar het leren consultvoeren door huisartsen in opleiding*. Scriptie, Rijksuniversiteit Groningen.

Meyboom-de Jong, B., Schmit Jongbloed, L.J. & Willemsen, M.C. (2002). *De arts van straks. Een medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht: KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCV.

Metz J.C.M., Verbeek-Weel A.M.M. & Huisjes H.J., editors. (2001). Raamplan 2001 artsopleiding: eindtermen van de artsenopleiding: bijgestelde eindtermen van de artsenopleiding. Nijmegen: Mediagroep.

Onstenk, J.H.M. (1997). *Lerend leren werken. Breder vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren*. Proefschrift. Delft: Eburon.

Pols, J. (2002). *De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenning op het gebied van chronisch zieken*. Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Ruyssveld, J. van, Witte, M. de & Grumbkow, J. von. (2004). *Organiseren van mens en arbeid. Hedendaagse veranderingen van de kwaliteit van de arbeid*. Groningen: Kluwer.

Schön, A. (1983). *The reflective practioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books, Inc.

Skule, S. (2004). Learning conditions at work: a framework to understand and asses informal learning in the workplace. *International Journal of Training and Development* 1, 8-20.

Swanwick, T. (2005). Informal learning in postgraduate medical education: from cognitivism to 'culturism'. *Medical Education* 39, 859-865.

Woerkom., M. Van. (2003). *Critical reflection at work. Bridging individual and organisational learning*. Proefschrift. Enschede: Twente University.

Yedema, A.R. (2004). Het ervaren curriculum van de medische vervolgoopleidingen. Scriptie, Rijksuniversiteit Groningen.

Internetbronnen

Boonstra, J. J. (2007). Organiseren en communiceren. [Online artikel]. Beschikbaar: http://www.sioo.nl/_upload/artikelen/16_artikel_document.pdf.

Heineman, M.J. (2005). Onderwijsconcept bacheloropleiding G2010. [Online tijdschrift]. Beschikbaar: <http://www.rug.nl/umcg/onderwijs/g2010/bacheloropleidingG2010>.

Nivel. (2008, 10 oktober). Kwart meer artsen nodig in 2020 vanwege vergrijzing. [Online website]. Beschikbaar: <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp%3FPageID%3D10604%26path%3D/Startpunt/Home%2520NIVEL/actueel/Overige%2520actueel%25202008/Kwart%2520meer%2520artsen%2520nodig%2520in%25202025%2520vanwege%2520vergr%2520ijzin&hl=nl&ct=clnk&cd=1&gl=nl>.

RIVM. (2008, 11 oktober). Komende 20 jaar sterke stijging chronische ziekten. [Online website]. Beschikbaar: <http://www.rivm.nl/persberichten/2007/chronischeziekten.jsp>.

De Tjongerschans. (2009, 2 februari). Organisatie; profiel, visie en motto. [Online website]. Beschikbaar: <http://www.tjongerschans.nl/index.php?Params=content/subgroepen.php?SubgroepenId=31&MenuId=413#mnu413>.

UMCG. (2009, 2 februari). Kort Nieuws Teaching Hospitals. [Online website]. Beschikbaar: www.umcg.nl/cms/store/pdf/KortNieuwsTeachingHospital.pdf.

UMCG. (2007). Jaarverslag 2007. [Online tijdschrift]. Beschikbaar: <http://www.azg.nl/azg/store/pdf/JaarverslagOR07.pdf>.

Wenckebach Instituut. (2008, 14 september). Zeven Teaching Hospitals en het UMCG tekenen raamovereenkomst over opleiden. [Online website]. Beschikbaar: <http://www.wenckebachinstituut.nl/nieuwsbrief/2007%20nummer%203/intern/ZevenTeachingHospitalenhetUMCGtekenenraamovereenkomstoveropleiden.html>.

Wenckebach Instituut. (2009, 2 februari). Simuleren in het Wenckebach Skillscenter UMCG. [Online artikel]. Beschikbaar: www.wenckebachinstituut.nl/documents/Skillscenter.pdf.

Wenckebach Instituut. (2007). Werkstructuur voor de onderwijs –en opleidingsregio Noord –en Oost Nederland. [Online artikel]. Beschikbaar: www.wenckebachinstituut.nl/oornon/documents/defversiewerkstructuurOOR3april2007.pdf.

Bijlage1 Aankondigingmail

Groningen, 20 april 2008

Betreft: Onderzoek naar de opleidingsomgeving van co-assistenten

Geachte heer/ mevrouw,

De opleiding Geneeskunde heeft meer studenten moeten toelaten, en in het verlengde hiervan is ook het aantal co-assistenten toegenomen. Om alle co-assistenten nu en in de toekomst een plaats te kunnen bieden moet daardoor in toenemende mate een beroep gedaan worden op andere ziekenhuizen dan het UMCG om co-assistenten op te leiden. De vraag die zich voordoet is of deze ziekenhuizen wel voldoende op deze opleidingstaak zijn ingesteld.

In opdracht van Tjalling de Vries, kinderarts in het Medisch Centrum Leeuwarden, voer ik een onderzoek uit naar de invloed van de kenmerken van ziekenhuizen op de opleidingsomgeving van co-assistenten. Hierbij wordt nagegaan in hoeverre niet-universitaire ziekenhuizen op de opleidingsvoorwaarden zijn ingesteld, zowel op het gebied van technische faciliteiten als de medisch specialisten in hun rol als opleider.

Dit onderzoek voer ik uit in kader van mijn Masterscriptie van de opleiding Sociologie (richting Beleid & Consultancy) aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hiervoor loop ik stage binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) bij het Wenckebach Ontwikkelplatform. Ik ben erg benieuwd naar de verschillende meningen over dit onderwerp. Ik zal diverse personen gaan interviewen, waaronder medisch specialisten, co-assistenten en opleidingscoördinatoren. Mijn vraag aan u is, of het mogelijk is u over dit belangwekkende onderwerp te interviewen. Het interview zal ongeveer 45 minuten in

beslag nemen en zal in de komende maanden plaatsvinden. Tevens zou ik graag een kleine enquête willen afnemen bij ongeveer 20 personen van uw afdeling. De resultaten van het onderzoek zullen in eerste instantie dienen als verkenning van de huidige situatie. Met het uiteindelijke doel om aan te kunnen geven welke ondersteuning nodig is ter verbetering van de opleiding van co-assistenten. Uw medewerking wordt zeer gewaardeerd!

Binnenkort zal ik telefonisch contact met u opnemen, om te kijken of wij hiervoor een afspraak kunnen maken.

Alvast hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,
Arne Brockmöller

Telefoonnummer: 06 28 58 2119
Emailadres: a.e.e.brockmoller@wenckebach.umcg.nl

Bijlage 2 Interviewschema

Checklist 1:

- A. Algemeen:** opnemen/ anonimiteit/ leeftijd/ loopbaan/ jaren actief
- B. Positie van opleiden** binnen het ZKH vanuit MS
- Oordeel invulling opleidingstaak?
 - Voor- nadelen** structuur ZKH (korte lijnen/ budgettaire/ bureaucratisering)
 - Opleidingsbelang** m.b.t. werkzaamheden MS → prioriteiten.
- C.** Veranderingen door het **nieuwe curriculum**
- Aantal CO's/ Verbeteringen?
- D.** Onderwijskundige **structuur** en management
- Voorzieningen:** aanwezig en nodig? → grote rol of niet belangrijk/ en voldoet het?
 - Vaste **methoden** MS (logboeken etc.)/ CO's (bindend studieadvies)
- E. Omgang met CO's** (communicatie)
- Veelvuldig/ weinig/ intensief/ afstandelijk/ persoonlijk (en oordeel)
 - Oordeel
- F. Inzetten AIOS** bij begeleiding
- Voor –en nadelen: korte directe lijnen met MS of via AIOS (en oordeel). Meer begeleiding nodig?
- G. Taken/ competenties als opleider**
- Verandering door G2010
 - Bijscholing/ cursussen**
 - Kwaliteit als opleider

H. Taken/ competenties co-assistenten

- Verandering door G2010
- Oordeel/ ervaringen/ idee over de invloed van ZKH
- Eigen bijdrage CO's

I. Niveau stages

- Invloed MS en ZKH op **toetsing/** vlakker opleidingsniveau?

J. Slot: verbeterpunten opleiding

Checklist 2:

Hoe belangrijk vindt u de volgende zaken en hoe gaat u om met co-assistenten...

- ... om hem/ haar handelingen te laten doen tijdens de stage (kijken versus doen)
- ... in het oplossen van problemen door de co-assistent (zelfstandig versus samen/ met hulp)
- ... om hem/ haar te begeleiden in het leerproces (helemaal aan de co versus vinger in de pap)
- ... om hem/ haar te begeleiden in de arbeidssocialisatie op de afdeling (integreren belangrijk?)
- ... als zij niet optimaal gemotiveerd zijn
- ... als zij weinig inzet/ initiatief tonen (komt het voor/ is het een issue)
- ... als u niet tevreden bent met de resultaten of vorderingen (belangrijk of is het geen issue)
- ... als zij sociaal niet vaardig (genoeg) zijn
- ... als zij over onvoldoende basiskennis beschikken (belangrijk voor de stage/ zegt u er wat van)

Vragen (naar feitelijke situatie):

1. Hoe zijn de co-assistentschappen vormgegeven binnen de afdeling? (leeraanbod)

Denk aan:

- Werktempo
- Werkdruk
- Taakvariatie/ taakautonomie/ taakinhoud
- Moeilijkheid van de taak
- Ruimte voor taakuitoefening
- Uitvoeren belangrijke taken en functies
- Samenwerking
- Contact met patiënten
- Blootstelling aan kritieke incidenten
- Verantwoordelijkheid
- Cultuur op de werkplek/ leerklimaat
- Mate van sociale contacten
- Ruimte voor stellen van vragen/ om fouten te maken
- Begeleiding en feedback collega's
- Aanwezigheid meerdere rolmodellen/ experts¹¹
- Discussiemogelijkheden met vakgenoten
- Verandering in technologie/ werkmethoden

2. Hoe wordt de opleiding van de co-assistenten vormgegeven? (opleidingsaanbod¹²)

Denk aan:

- Structuur
- Duidelijke doelen
- Aanwezigheid hulpmiddelen
- Tijd voor raadplegen literatuur
- Deelname besprekingen
- Werkoverleggen
- Feedback supervisors/ steun supervisor
- Aanwijzingen/ coaching/ reflectiemogelijkheden

¹¹ Hier is de aanwezigheid of afwezigheid van AIOS van invloed.

¹² Opleidingsaanbod heeft raakvlakken met 'voorzieningen' oftewel technologie uit de Leidse octaëder.

- Vakdeskundigheid/ begeleidingsdeskundigheid opleider¹³
- Motivatie opleider/ deelname 'teach the teacher' of andere bijscholing

3. Hoe is het gesteld met de bereidheid tot leren van de co-assistent? (leerbereidheid)

Denk aan:

- Motivatie (leren, om goed werk te doen, anderen tevreden te stellen)
- Positieve of negatieve ervaringen
- Sociale integratie
- Vertrouwen in kennis en vaardigheden
- Betrokkenheid
- Zelfbeeld
- Omgaan met onzekerheid
- Ruimte voor stellen van vragen/ om fouten te maken
- Waardering (in beloning)
- Persoonlijke weerstanden

¹³ De taak van de medisch specialist in de rol als opleider moet bij de tweede vraag goed in ogenschouw worden genomen, om de insteek van de opdrachtgever niet te verslonzen (perspectief ook vanuit medisch specialist). Met andere woorden: de rol van de medisch specialist in het geheel van werkgerelateerd leren door de co-assistent. Hierbij is bijvoorbeeld de vraag of de medisch specialist denkt over voldoende competenties te beschikken en/ of bijscholing te willen.

Bijlage 3 Labels

Leeraanbod
Aanwezigheid rolmodellen
Anamnese
Blootstelling aan kritieke incidenten
Contact met patiënten
Co-schappen algemeen
Cultuur op de werkplek
Leerervaringen
Leerklimaat
Oplossen van problemen
Ruimte om vragen te stellen
Sociale contacten
Taakautonomie
Taakvariatie
Verantwoordelijkheid
Vergelijking vroeger
Leerbereidheid
Keuze ziekenhuis
Problemen met co-assistenten
Motivatie om goed werk te doen
Motivatie om te leren
Ruimte voor het stellen van vragen
Zelfbeeld
Zien wat interessant is
Leervermogen
Competenties
Kennis
Curriculum
Cultuur
Opleidingsaanbod
AIOS
Algemeen
Begeleiding
Beoordeling
Duidelijke doelen in verschillende fasen opleiding
Feedback

Compliment geven
Motivatie opleider
Onderwijs
Structuur
Teach-the-teacher
Universiteit vs. periferie
Voorzieningen
Voorzieningen en onderwijs
Organisatie en achtergronden
Achtergrond chirurgie
Achtergrond kinderartsen
Organisatie chirurgie
Organisatie kinderartsen
Curriculum
Algemeen
Aantal co-assistenten
Duur co-schappen
Inhoudelijk
Kritiek
Beoordeling
Toetsing
Verbeterpunten
Anders
Algemeen
Semi-artsen
Taak opleidingscoördinator
Universiteit vs. periferie