



DE ONDERWIJSVISITATIE **Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde**

Een evaluatie van de kwaliteit van de academische opleidingen Geneeskunde- en Huisartsgeneeskunde aan de Vlaamse Universiteiten

www.vluhr.be/kwaliteitszorg

Brussel - oktober 2014

vluhr



**DE ONDERWIJSVISITATIE
GENEESKUNDE- EN HUISARTSGENEESKUNDE**

Een gedrukte versie van dit rapport kan tegen betaling bekomen worden bij de Cel Kwaliteitszorg.

Ravensteingalerij 27
1000 Brussel
T +32 (0)2 792 55 00
F +32(0)2 211 41 99

Het rapport is elektronisch beschikbaar op www.vluhr.be/kwaliteitszorg

Wettelijk depot: D/2014/12.784/39

VOORWOORD VAN DE VOORZITTER VAN HET BESTUURSCOMITÉ KWALITEITSZORG

Voor u ligt het rapport van de visitatiecommissie Geneeskunde. Deze visitatiecommissie brengt met dit rapport verslag uit over haar evaluatie van de opleidingen academische bachelor en master Geneeskunde en de master Huisartsgeneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent, de Universiteit Hasselt en de Vrije Universiteit Brussel. Daarbij geeft zij toelichting bij de oordelen en aanbevelingen die resulteren uit het kwaliteitsonderzoek dat zij heeft verricht bij de bezochte opleidingen. Dit initiatief kadert in de opdracht van de Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad (VLUHR) betreffende de externe kwaliteitszorg in het Vlaamse hoger onderwijs.

Het visitatierapport is in de eerste plaats bedoeld voor de betrokken opleidingen. Daarnaast willen de rapporten aan de maatschappij objectieve informatie verschaffen over de kwaliteit van de geëvalueerde opleidingen. Daarom zijn de visitatierapporten ook op de webstek van de VLUHR publiek gemaakt.

De visitatierapporten geven een momentopname weer van de betrokken opleidingen en vertegenwoordigen daarmee slechts één fase in het proces van blijvende zorg voor onderwijskwaliteit. Immers, al na korte tijd kan de opleiding gewijzigd zijn, al dan niet als reactie op de oordelen en aanbevelingen van de visitatiecommissie.

Graag dank ik namens het Bestuurscomité Kwaliteitszorg van de VLUHR de voorzitter en de leden van de visitatiecommissie voor de bestede tijd alsook voor de deskundigheid waarmee zij hun opdracht hebben uitgevoerd. De visitaties waren ook enkel mogelijk dankzij de inzet van velen die binnen de opleidingen betrokken waren. Ook hen willen wij daarvoor onze erkentelijkheid betuigen.

Hopelijk ervaren de opleidingen dit rapport als een kritische weerspiegeling van de inspanningen en als een bijkomende stimulans om de kwaliteit van het onderwijs in hun opleiding te verbeteren.

Nik Heerens

Voorzitter Bestuurscomité Kwaliteitszorg

VOORWOORD VAN DE VOORZITTER VAN DE VISITATIECOMMISSIE

In 2013-2014 werden de opleidingen Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde in Vlaanderen voor de derde maal gevisiteerd. Traditiegetrouw is een van de doelen van de visitatie het beoordelen of de opleiding voldoet aan de wettelijke eisen voor zover van belang voor accreditatie door NVAO. Een ander, minstens zo belangrijk doel is de *peer review* waarbij vakgenoten kijken naar de kwaliteit van de opleiding, naar wat mooi is, en naar wat beter kan.

Nieuw in deze laatste visitatieronde was dat er gewerkt werd met een beoordelingskader waarbij slechts drie generieke kwaliteitswaarborgen worden gehanteerd: het door de opleiding zelf beoogd eindniveau, het onderwijsproces, en het gerealiseerde eindniveau. In aansluiting hierop is een visitatieprotocol opgesteld en door alle instellingen goedgekeurd. Dit protocol stelt het eigen verhaal van de opleidingen centraal en vraagt de visitatiecommissie vergelijkenderwijs de opleidingen te beoordelen. Hierbij wordt gekeken of de drie generieke kwaliteitswaarborgen aanwezig zijn en de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor of masteropleiding in het hoger onderwijs. Waar bij eerdere visitaties werd uitgegaan van een groot aantal kwaliteitsaspecten, en het dus relatief gemakkelijk was om op een los onderdeel een goede beoordeling te verkrijgen, vraagt het nieuwe beoordelingskader om een strakkere beoordeling: alleen als de opleiding systematisch en in de breedte de basiskwaliteit voor een bepaalde generieke kwaliteitswaarborg overstijgt kan het oordeel 'goed' worden gegeven. Tegen deze achtergrond is het oordeel 'voldoende' geenszins een miskenning van de door de opleiding geleverde inspanning, maar veeleer een aanduiding dat de opleiding systematisch en in de volle breedte voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief gezien verwacht mag worden.

Het verrichten van een 'peer review' van een opleiding is wel beschouwd een nog schonere taak dan het beoordelen. Immers, voor een peer review mag je als visitatiecommissie naar hartelust een kijkje nemen in de keuken van het onderwijs. Je mag kijken in potten en pannen, her en der iets proeven, en bovenal alles vragen. Dit alles met het oog op verbetering van de kwaliteit, en in dit perspectief moeten dan ook de aanbevelingen in dit rapport worden gezien. De visitatiecommissie heeft bij het uitvoeren van deze taak mogen genieten van pareltjes op onderwijsgebied die zij in alle opleidingen op verschillende plaatsen aantrof. Wij spraken mensen met

visie, wij zijn onder de indruk van het enthousiasme en de gedrevenheid waarmee docenten en bestuurders hun opleiding vormgeven en wij zagen onderwijsonderdelen die internationaal tot voorbeeld mogen strekken.

Als visitatiecommissie past ons dan ook respect voor wat wij hebben mogen zien en dankbaarheid voor de openheid waarmee wij tegemoet werden getreden. De zelfevaluatierapporten die door de opleidingen ter voorbereiding werden geschreven zijn gedegen en van hoog niveau en hebben ons werk aanzienlijk vergemakkelijkt. De organisatie van de bezoeken was uitstekend en de sfeer was constructief. Zoals vaker bij peer review hebben wij als commissie en ook persoonlijk veel van ons werk geleerd. Graag speken wij dan ook onze grote dank uit aan alle betrokkenen.

Als voorzitter dank ik graag mijn medecommissieleden en in het bijzonder ook de studentleden, voor hun zeer deskundige, prettige en constructieve bijdragen. Niet in de laatste plaats zijn wij allen dank verschuldigd aan de VLUHR, en niet in het minst aan onze secretaris Joeri Deryckere.

Prof. dr. Friedo W. Dekker

Leiden, oktober 2014

Voorwoord van de voorzitter van het Bestuurscomité Kwaliteitszorg	3
Voorwoord van de voorzitter	5

DEEL 1 ALGEMEEN DEEL

Hoofdstuk I	De onderwijsvisitatie Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde	11
Hoofdstuk II	Algemene beschouwingen bij het visitatierapport Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde	17
Hoofdstuk III	De opleidingen in vergelijkend perspectief	23
Hoofdstuk IV	Tabel met scores	33

DEEL 2 OPLEIDINGSRAPPORT EN SAMENVATTING

Hoofdstuk I	Universiteit Gent Academische bachelor- en master in de Geneeskunde	39
Hoofdstuk II	Vrije Universiteit Brussel Academische bachelor- en master in de Geneeskunde	77
Hoofdstuk III	Universiteit Hasselt Academische bachelor- en master in de Geneeskunde	113
Hoofdstuk IV	Katholieke Universiteit Leuven Academische bachelor- en master in de Geneeskunde	143
Hoofdstuk V	Universiteit Antwerpen Academische bachelor- en master in de Geneeskunde	185
Hoofdstuk VI	KU Leuven, UA, UGent en VUB Huisartsgeneeskunde	231

BIJLAGEN

Bijlage I	Personalia van de leden van de visitatiecommissie	258
------------------	---	-----

VERIFIEERBARE FEITEN¹

Algemeen

Hoofdstuk I Bezoekschemas

Per instelling

- Hoofdstuk II** Lijst met de opleidingsspecifieke leerresultaten in relatie tot de gevalideerde domeinspecifieke leerresultaten opgesteld volgens de handleiding van de VLUHR, indien beschikbaar, en/of in relatie tot de Vlaamse Kwalificatiestructuur
- Hoofdstuk III** Schematisch programmaoverzicht met vermelding van het aantal studiepunten per opleidingsonderdeel
- Hoofdstuk IV** Omvang van het ingezette personeel in VTE, ingedeeld naar categorie van aanstelling
- Hoofdstuk V** Instroomgegevens, doorstroomgegevens en totaal aantal studenten
- Hoofdstuk VI** De studieduur tot het behalen van het diploma per instromende cohorte en de gemiddelde studieduur per afstuderende cohorte
- Hoofdstuk VII** Overzicht van de belangrijkste activiteiten van de opleiding met betrekking tot internationalisering conform de visie van de opleiding, met minimaal de mobiliteit op basis van internationaal aanvaarde definities (max. 2 pag.)

¹ De verifieerbare feiten zijn terug te vinden op www.vluhr.be/kwaliteitszorg

DEEL 1

Algemeen deel

HOOFDSTUK I

De onderwijsvisitatie Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

1 INLEIDING

De opleiding academische bachelor in de Geneeskunde wordt in Vlaanderen door vijf instellingen aangeboden, de master in de Geneeskunde door vier opleidingen en de master in de Huisartsgeneeskunde wordt gezamenlijk door vier universiteiten aangeboden. In dit visitatierapport brengt de visitatiecommissie Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde verslag uit van haar bevindingen academische bachelor- en masteropleidingen in de Geneeskunde en de master in de Geneeskunde, die zij in het najaar 2013, in opdracht van de Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad (VLUHR), heeft bezocht.

Dit initiatief kadert, conform de decretale opdracht, in de werkzaamheden van de VLUHR met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de externe beoordelingen van het onderwijs aan de Vlaamse universiteiten, hogescholen en andere ambtshalve geregistreerde instellingen.

2 DE BETROKKEN OPLEIDINGEN

Ingevolge haar opdracht heeft de visitatiecommissie academische bachelor- en masteropleidingen in de Geneeskunde en de master in de Huisartsgeneeskunde van de volgende instellingen bezocht:

- I. Universiteit Gent
 - Academische bachelor- en master in de Geneeskunde op 28, 29 en 30 oktober 2013
- II. Vrije Universiteit Brussel
 - Academische bachelor- en master in de Geneeskunde op 11, 12 en 13 november 2013
- III. Universiteit Hasselt
 - Academische bachelor in de Geneeskunde op 20 en 21 november 2013
- IV. Katholieke Universiteit Leuven en KULAK
 - Academische bachelor- en master in de Geneeskunde op 9, 10, 11 en 12 december 2013
- V. Universiteit Antwerpen
 - Academische bachelor- en master in de Geneeskunde op 16, 17 en 18 december 2013

3 DE VISITATIECOMMISSIE

3.1 Samenstelling

De samenstelling van de commissie Geneeskunde werd bekrachtigd door de het Bestuurscomité Kwaliteitszorg van 20 december 2012, 28 februari 2013 en 23 april 2013. De samenstelling van de visitatiecommissie kreeg op 6 mei 2013 een positief advies van de NVAO. De commissie werd vervolgens door het Bestuurscomité van de VLUHR ingesteld bij besluit van 1 juli 2013.

De visitatiecommissie Geneeskunde heeft de volgende samenstelling:

- Tot voorzitter, tevens lid van de visitatiecommissie, wordt benoemd:
 - **Prof. dr. Friedo W. Dekker**, hoogleraar Onderwijs in wetenschappelijke vorming, Klinische Epidemiologie, Universiteit Leiden

- Tot leden van de commissie worden benoemd:
 - Domeindeskundige leden
 - **dr. Ben J.A.M. Bottema**, directeur medische vervolgopleidingen eerste lijn, universitair Medisch centrum St. Radboud Nijmegen
 - **Prof. dr. Christoph Brezinka**, hoofddocent Gynaecologische endocrinologie en reproductieve geneeskunde, Universitair ziekenhuis Innsbruck
 - **Prof. dr. Harry F.P. Hillen**, em. hoogleraar Interne Geneeskunde, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht
 - Onderwijskundig lid
 - **Prof dr. Janke Cohen**, hoogleraar onderzoek van onderwijs in de medische wetenschappen, Faculteit Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen
 - Studentleden
 - **Bas Bruneel**, student Master in de Geneeskunde, UGent (nam deel aan de bezoeken van de VUB, de UHasselt en de UAntwerpen)
 - **Jelle Klein**, student Master in de Geneeskunde, UAntwerpen (nam deel aan de bezoeken van de UGent, en de KU Leuven (m.i.v. Kulak))

Dhr. Joeri Deryckere, stafmedewerker kwaliteitszorg verbonden aan de Cel Kwaliteitszorg van Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad, trad op als projectbegeleider en secretaris van deze visitatie.

Voor korte curricula vitae van de commissieleden wordt verwezen naar bijlage 1.

3.2 Taakomschrijving

Van de visitatiecommissie wordt verwacht dat zij

- gemotiveerde en onderbouwde oordelen geeft over de opleiding aan de hand van het beoordelingskader.
- aanbevelingen formuleert om waar mogelijk te komen tot kwaliteitsverbetering, en
- wanneer van toepassing haar bevindingen over de verschillende opleidingen binnen eenzelfde cluster vergelijkenderwijs weergeeft.
- de bredere samenleving informeert over haar bevindingen.

3.3 Werkwijze

3.3.1 Voorbereiding

Ter voorbereiding van de visitatie werd aan de instellingen gevraagd een zelfevaluatierapport op te stellen. De Cel Kwaliteitszorg van de VLUHR heeft hiervoor een visitatieprotocol ter beschikking gesteld, waarin de verwachtingen ten aanzien van de inhoud van het zelfevaluatierapport uitgebreid zijn beschreven. Het zelfevaluatierapport volgt de opbouw van het accreditatiekader.

De commissie ontving de zelfevaluatierapporten enkele maanden voor het eigenlijke bezoek, waardoor zij de gelegenheid kreeg deze documenten vooraf zorgvuldig te bestuderen en de bezoeken grondig voor te bereiden. De commissieleden werden bovendien verzocht om elk een tweetal afstudeerwerken grondig door te nemen vooraleer de bezoeken plaatsvonden.

De commissie hield haar installatievergadering op 3 september 2013. Op dat ogenblik hadden de commissieleden het visitatieprotocol en de zelfevaluatierapporten reeds in hun bezit. Tijdens deze vergadering werden de commissieleden verder ingelicht over het visitatieproces en hebben zij zich concreet voorbereid op de af te leggen bezoeken. Bijzondere aandacht is besteed aan een eenduidige toepassing van het beoordelingskader en het visitatieprotocol. Verder werd het programma van de bezoeken opgesteld (zie verifieerbare feiten) en werd een eerste bespreking gewijd aan de zelfevaluatierapporten. De commissie heeft aan alle instellingen een steekproef examenvragen opgevraagd, voorafgaand aan het bezoek om haar oordeel over het toetsbeleid terdege te kunnen onderbouwen.

3.3.2 Bezoek aan de instellingen

Tijdens de on site bezoeken aan de instellingen heeft de commissie gesprekken kunnen voeren met de verschillende betrokkenen bij de opleidingen. Het bezoekschema voorzag telkens gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de studenten, de docenten, de alumni, het werkveld en de opleidingsspecifieke ondersteuners. De gesprekken die de commissie heeft gevoerd, waren zeer verhelderend en vormden een noodzakelijke aanvulling bij de lectuur van de zelfevaluatierapporten.

Daarnaast werd telkens een bezoek aan de opleidings specifieke faciliteiten (inclusief bibliotheek, leslokalen, skillslab of vaardigheidscentrum) ingepland. Ten slotte was er telkens een spreekuur waarop de commissie bijkomend leden van de opleiding kon uitnodigen of waarop personen op een vertrouwelijke wijze door de commissie konden worden gehoord.

Ook werd aan de instellingen gevraagd om – als een derde bron van informatie – een aantal documenten ter inzage te voorzien ten behoeve van de commissie. Tijdens de bezoeken is er tijd uitgetrokken om de commissie de gelegenheid te geven om deze documenten te bestuderen. De documenten die ter inzage van de commissie werden gelegd, waren onder meer verslagen van overleg in relevante commissies of organen, een representatieve selectie van handboeken en studiemateriaal, indicaties van de competenties van het personeel, voorbeelden van toets- en evaluatieopgaven, stageverslagen en portfolio's en een bijkomend aantal afstudeerwerken. Daar waar de commissie het noodzakelijk achtte heeft zij bijkomende informatie opgevraagd voorafgaand en tijdens het bezoek om haar oordeel goed te kunnen onderbouwen.

Aan het einde van elk bezoek werden, na intern beraad van de commissie, de voorlopige bevindingen mondeling aan de gevisiteerde opleiding meegedeeld.

3.3.3 Rapportering

Als laatste stap in het visitatieproces heeft de commissie per generieke kwaliteitswaarborg haar bevindingen, overwegingen, het oordeel en verbeteringsuggesties geformuleerd. Een overzicht van de verbeteringsuggesties die de commissie doet ten aanzien van de individuele opleiding is achteraan in het opleidingsrapport opgenomen.

De opleidingsverantwoordelijken van de betrokken opleidingen werden in de gelegenheid gesteld om op het concept van hun opleidingsrapport te reageren alvorens de tekst ervan definitief werd vastgelegd.

In een vergelijkend perspectief geeft de commissie een overzicht van haar bevindingen over de door haar geëvalueerde opleidingen. Zij besteedt daarbij voornamelijk aandacht aan elementen die haar het meest in het oog zijn gesprongen en die zij belangrijk acht en aan opvallende overeenkomsten, dan wel verschillen tussen de door haar geëvalueerde opleidingen.

HOOFDSTUK II

Algemene beschouwingen bij het visitatierapport Geneeskunde

In deze algemene beschouwing wil de commissie haar visie toelichten op een aantal punten die van belang zijn voor de positie en de beoordeling van de medische opleidingen in Vlaanderen.

1 INLEIDING

Dit is de derde visitatieronde die de opleidingen Geneeskunde in Vlaanderen doormaken en de tweede accreditatieronde. Sinds de vorige visitatie hebben de opleidingen een evolutie doorgemaakt. Door de gezamenlijke faculteiten in Vlaanderen is conform de wetgeving een **domeinspecifiek leerresultatenkader** opgesteld dat uitstekend aansluit bij de Europese Directieven voor de medische opleiding en bij de internationale standaarden van de World Federation for Medical Education (WFME). Dit kader biedt heldere eindtermen voor de medische opleiding. Deze eindtermen zijn door de faculteiten goed vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten van de opleidingen. Studenten hebben daardoor goede informatie over de eisen die de faculteiten stellen voor het behalen van de graden van bachelor en master. Bij de beschrijving van de leerdoelen hebben de faculteiten gekozen voor een competentiegerichte opleiding. Daarin worden de verschillende rollen van de dokter benadrukt die nodig zijn voor een goede medische praktijkvoering. De commissie herkent in de kwaliteitskaders, de leerresultaten en de op competenties gebaseerde opleiding een internationaal geïntereerde en op het beroepenveld afgestemde visie, met een duidelijke moderne dynamiek. Mede door deze ontwikkelingen beschouwt de commissie de leerresultaten van de opleidingen Geneeskunde en Huis-

artsgeneeskunde in Vlaanderen in internationaal perspectief als modern en van goed niveau.

De opleidingen Geneeskunde in Vlaanderen volgen de vigerende regelgeving omtrent de **opsplitsing van Bachelor en Master in de Geneeskunde**, wat zichtbaar is in de apart gedefinieerde eindtermen voor elke bachelor- en masteropleiding. Desalniettemin stelt de commissie vast in de zelfevaluatierapporten en tijdens de gesprekken dat heel wat opleidingsverantwoordelijken de bachelor en de master als een continuüm beschouwen. De commissie heeft begrip voor de gekozen oplossing.

Sinds de vorige visitatie is het **accreditatiestelsel aanzienlijk gewijzigd**. Het accreditatiekader dwingt de commissie om tot een oordeel te komen over de drie Generieke Kwaliteitswaarborgen, en dit op een vierpunten-schaal. De commissie erkent en waardeert het feit dat elke opleiding een eigen profiel ontwikkeld en behouden heeft. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch en in de breedte de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is. Omdat er op slechts drie generieke kwaliteitswaarborgen wordt beoordeeld zullen verschillende onderdelen binnen deze drie standaarden elkaar al snel 'uitmiddelen'. Dit systeem leidt er bijna automatisch toe dat het oordeel op een standaard al snel de kwalificatie 'voldoende' krijgt, in de zin dat de opleiding op deze standaard voldoet aan de basiskwaliteit. Voor het oordeel goed of excellent is immers een systematisch en in de volle breedte overstijgen van deze basiskwaliteit vereist.

De visitatiecommissie Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde heeft in het vergelijkende gedeelte van dit rapport een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen. De visitatiecommissie heeft naast de formele rol van toetsing of een opleiding voldoet aan de wettelijke eisen ook een rol als extern deskundig beoordelaar; **peer reviewer**. In die hoedanigheid

probeert de commissie om aanbevelingen te doen die kunnen leiden tot een verdere verbetering van de opleidingen. Daarom zijn in de visitatierapporten specifieke aanbevelingen per opleiding opgenomen. Daarnaast wil de commissie in deze algemene beschouwing de aandacht vestigen op een aantal punten die in haar visie van belang zijn voor de huidige opleiding geneeskunde in Vlaanderen als geheel.

2 VASTSTELLINGEN

2.1 Onderwijsvernieuwing

In de laatste jaren is er toenemend onderzoek gedaan en gepubliceerd over de methodiek en nieuwe ontwikkelingen in het medisch onderwijs. Een aantal van de faculteiten in Vlaanderen heeft aan dit onderzoek bijgedragen. In dat kader heeft de commissie zich de vraag gesteld of de opeenvolgende accreditatierondes in Vlaanderen ook geleid hebben tot onderwijsvernieuwing.

De commissie stelt een verbetering vast, maar geen echte vernieuwing. Op vlak van onderwijsmethodiek is er veel meer geïnvesteerd in onderwijskundige ondersteuning van de faculteiten en een verbetering van het basishandwerk van het onderwijs, met de talrijke initiatieven rond *alignment* in het curriculum, verbetering van de toetsen en de toegenomen docentenprofessionalisering als meest zichtbare elementen. De commissie herkent vernieuwende elementen en uitgesproken accenten, maar ziet over het algemeen relatief traditionele curricula, met hoorcolleges, cursussen en kennisgerichte meest summatieve toetsing. De docenten hebben in de opleidingen Geneeskunde in Vlaanderen nog steeds een grote academische vrijheid, wat zich sterk manifesteert in de keuze van toetsing; kennisgericht, met een voorkeur voor mondeling. Deze keuze voor traditie verhindert niet dat de opleidingen voorzichtige stappen richting vernieuwing zetten: in elke opleiding zag de commissie erg enthousiaste groepen die de ambitie hebben om beter en moderner onderwijs aan te bieden. De grootste uitdaging voor de opleidingen Geneeskunde is om het principe van studentgecentreerdheid niet enkel te belijden, maar ook te vertalen naar de praktijk, die nog steeds sterk docentgestuurd is.

Onderwijsvernieuwing is sterk afhankelijk van het docentenkorps. De commissie trof tijdens de visitatiebezoeken enthousiast personeel aan dat in een spanningsveld zit tussen drie kerntaken: onderzoek, onderwijs en kliniek. Om de kwaliteit van het onderwijs op peil te houden hebben de docenten nood aan onderwijskundige ondersteuning, en de commissie stelt

vast dat er te weinig mensen en middelen geïnvesteerd worden in onderwijskundige ontwikkeling. Dit is vaak afhankelijk van de lokale situatie. De commissie acht het noodzakelijk dat er een duidelijke visie op onderwijs- en onderwijsontwikkeling geformuleerd wordt en dat de verantwoordelijken ervoor kunnen zorgen dat dit beleid ook uitgevoerd wordt. De commissie is van oordeel dat het een uitdaging is om de overwegend degelijke en traditionele medische onderwijsprogramma's verder te vernieuwen en te verbeteren op basis van de nu bekende evidence based medical education.

2.2 Leren in de context en het Z-vormige curriculum

Vooraf voor de medische opleiding is het principe van leren in de context van belang. Studenten zijn meer gemotiveerd en studeren effectiever wanneer vanaf het begin van de opleiding het verband tussen theorie en de medische praktijk uitgangspunt is voor de organisatie van het curriculum. Daarvoor zijn vroege contacten met patiënten en met onderdelen van de geneeskundige zorg van belang. De commissie is van oordeel dat meer contacten met patiënten in de opleidingen kunnen worden geïntroduceerd.

Het verband tussen theorie en praktijk blijft ook in de laatste jaren van de opleiding tijdens de coassistentschappen van belang. In die fase is het principe van 'just in time' leren een aandachtspunt. Het herhalen van de belangrijke aspecten van de basisvakken en de natuurwetenschappelijke principes van de geneeskunde toegespitst op het klinische gebied van het coschap is dan van belang. De commissie is van mening dat de toepassing van dit principe een versterking biedt voor de klinische fase van de studie. Beide elementen van leren in de context met vroege patiëntencontacten en just in time leren zijn kenmerken van een modern Z-vormig curriculum. De commissie pleit ervoor om meer aandacht te besteden aan deze vorm van curriculum ontwerp.

2.3 Verbetering van de klinische stages

Tijdens de klinische fase stelt de commissie vast dat de betrokkenheid van stagemeesters bij het opleidingsproces sterk afhankelijk is van regio tot regio en van individu tot individu. De kwaliteit van het onderwijs is volgens de commissie teveel afhankelijk van de plaats van opleiding en de inbedding. Stagiairs kennen veel wisseling in supervisie, er is een gebrek aan feedback en de studenten overschrijden systematisch de Europese richtlijnen wat de werktijden betreft.. Dit blijft echter in overeenstemming met de Belgische wet, die uitzondering toelaat in een aantal gevallen.

De commissie stelt dat de stages een fundamenteel onderdeel zijn van de opleiding en dat er via meer feedback, een betere toetsing, een intensiever gebruik van KKB's en het portfolio op korte termijn stappen gezet kunnen worden om de kwaliteit van het stageonderwijs te verbeteren. De CanMEDS-rollen dienen volgens de commissie een centrale plaats in te nemen in dit onderwijs, in het kader van de expliciet competentiegerichte keuze die de opleidingen gemaakt hebben wat de doelstellingen betreft. De commissie begrijpt dat er tussen de dagelijkse organisatie en de ideale uitvoering van de klinische stages praktische bezwaren bestaan van onder andere financiële aard. Omdat een groot deel van de klinische opleiding buiten de universiteit plaatsvindt, beveelt de commissie aan om de regelgeving, de organisatie en de financiering van de gemengde universitaire en niet universitaire opleiding geneeskunde te verbeteren.

2.4 Selectie voor de opleiding en de specialisatie

Voor de medische opleidingen in Vlaanderen hebben de overheid en de medisch professionele organisaties keuzes gemaakt voor de selectie van studenten en voor de selectie van assistenten voor de specialistenopleidingen. Naar het oordeel van de commissie verdienen beide selectieprocedures heroverweging. De selectieprocedure vooraf aan de opleiding is sterk kennisgericht met een toelatingsexamen. Dit heeft geleid tot een beperkte instroom van allochtone studenten. Naar het oordeel van de commissie is diversiteit van studenten in een multiculturele samenleving een groot goed.

De commissie constateert dat er geen vast aantal studenten instroomt en dat studenten vrij kunnen kiezen tussen de opleidingen. Deze vrijheid heeft een belangrijke consequentie. De variabiliteit in het aantal instromende studenten maakt het voor de opleidingen zeer moeilijk om de organisatie van het onderwijs duurzaam en stabiel te maken. De commissie acht het wenselijk dat een minimaal aantal studenten naar een bepaalde instelling gaat, gezien de enorme impact die de wisselende studentenaantallen hebben op de organisatie van het onderwijs.

De commissie stelt vast dat de selectie voor de specialistische vervolgoopleidingen een belangrijke rol speelt in het onderwijs: selectie en onderwijs worden in de meeste opleidingen gecombineerd. De commissie erkent dat de selectiestages het gevolg zijn van een praktisch probleem, maar stelt dat er grote bezwaren zijn tegen het koppelen van onderwijs en selectie. Het spanningsveld tussen het behalen van de doelstellingen van de oplei-

ding en de selectie voor de specialisatie is volgens de commissie te groot. Voor de specialistische opleiding huisartsgeneeskunde houdt dit overigens ook het risico van de 'tweede keuze' in.

2.5 Het toetsstelsel, verminderen van mondelinge toetsen

Zoals ook de vorige visitatiecommissie in haar aanbevelingen liet opmerken stelt de huidige visitatiecommissie dat het aandeel mondelinge examens drastisch teruggedrongen dient te worden. Ze baseert zich hiervoor op de wetenschappelijke literatuur over mondelinge examens¹. Op basis van deze informatie stelt de commissie dat de klassieke mondelinge examens slecht scoren op vlak van betrouwbaarheid en validiteit wat kennistoetsing betreft. De validiteit van een mondeling examen is sterk afhankelijk van hoe streng de toetsmatrijs opgesteld is en van de mate van onafhankelijkheid van de expertise van één examinerend persoon. Mondelinge examens moeten volgens de commissie duidelijk omschreven zijn en worden bij voorkeur ook door meerdere mensen afgenomen op meerdere momenten. Indien een opleiding het geïntegreerd klinisch redeneren of de communicatieve vaardigheden van de studenten wil testen dient dit ook als hoofddoel te worden geformuleerd in de toetsmatrijs. De commissie is van oordeel dat kennistoetsing niet samengaat met mondeling examineren. Andere competenties kunnen wel getoetst worden via een mondeling examen, indien dit zoals eerder vermeld duidelijk omschreven wordt in de toetsmatrijs.

1 WASS (V) & ARCHER (J), 'Assessing learners', in: Medical Education, Theory and Practice, 2011, DORNAN (T.) e.a., ed., pp. 229-255, Churchill Livingstone Elsevier en VAN DER VLEUTEN (C.P.M) & SCHUWIRTH (L.W.T.), Assessing professional competence: from methods to programmes, in: Medical Education, 2005, Blackwell Publishing Ltd.

HOOFDSTUK III

De opleiding(en) Geneeskunde in vergelijkend perspectief

In dit hoofdstuk geeft de commissie in vergelijkend perspectief een overzicht van haar bevindingen over de academische opleidingen Geneeskunde in Vlaanderen. Zij besteedt hierbij voornamelijk aandacht aan elementen die haar het meest in het oog zijn gesprongen of die zij belangrijk acht, en aan opvallende overeenkomsten dan wel verschillen tussen de instellingen. Per generieke kwaliteitswaarborg geeft de visitatiecommissie haar bevindingen weer en verwijst hierbij naar de toestand binnen de verschillende opleidingen. De wijze van voorstellen geeft de opleidingen de mogelijkheid zich, althans voor wat betreft de aangehaalde punten, ten opzichte van elkaar te positioneren. Het is geenszins de bedoeling van de commissie om de individuele rapporten van de opleidingen aan de verschillende instellingen in detail te herhalen, al zullen bepaalde delen uit dit rapport wel terugkomen in de opleidingsrapporten. Voor een volledige onderbouwing van de oordelen en de scores van de commissie, verwijst de commissie naar de opleidingsrapporten.

Alle hier betrokken opleidingen worden aangeboden door de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent, de Universiteit Hasselt en de Vrije Universiteit Brussel.

De master-na-masteropleiding Huisartsgeneeskunde wordt niet meegenomen in het vergelijkend perspectief, aangezien de opleiding aangeboden wordt als een vervolgopleiding op de basisopleidingen Geneeskunde.

GENERIEKE KWALITEITSWAARBORG 1 - BEOOGD EINDNIVEAU

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau als goed voor de bachelor- en masteropleidingen van de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Antwerpen, de Universiteit Gent en de Universiteit Hasselt. De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau als voldoende voor de Vrije Universiteit Brussel.

De **domeinspecifieke leerresultaten (DLR)** van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde werden uitgewerkt op Vlaams niveau, binnen een werkgroep van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR). Deze leerresultaten zijn zowel voor bachelor als master goed uitgewerkt en worden door alle opleidingen vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten voor de Bachelor en de Master. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde zijn verder conform de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleidingen Geneeskunde waren actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan Artsopleiding Nederland 2009. Via focusgroepgesprekken van de VLIR werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld.

Alle opleidingen hebben de ambitie om **bachelorstudenten** af te leveren die klaar zijn om een vervolgopleiding aan te vatten. De UGent wil dat haar bachelors zich de beginselen van het medisch handelen eigen gemaakt hebben en de opleiding profileert zich verder door studenten vroeg kennis te laten maken met de klinische, maatschappelijke en wetenschappelijke context van het medisch handelen. De opleiding aan UHasselt profileert zich door expliciet aandacht te besteden aan de persoonlijke ontwikkeling van de student, *formative learning* en de maatschappelijke context van het toekomstig medisch handelen. Daarbij kiest de opleiding speerpunten bovenop de domeinspecifieke leerresultaten, waarbij sterk ingezet wordt op aandacht voor persoonlijke ontwikkeling van de student en het verwerven van beroepscompetenties. De opleiding aan de KU Leuven streeft ernaar bachelor aspirant-artsen af te leveren, die de basiselementen van de geneeskunde verworven hebben en die klaar zijn om de stap te zetten naar het geïntegreerd klinisch redeneren. Aan de UA wordt door de opleiding de keuze gemaakt om een aantal subcompetenties uit te lichten en verder uit te werken in het programma, met specifieke accenten in een selectie van CanMEDS-rollen. De commissie beveelt de opleidingen te Hasselt en Brussel aan om het te behalen eindniveau conform de Miller-niveau's voor

de opleiding wel expliciet te definiëren. Het bachelorniveau te Brussel is volgens de commissie ook voorzichtig gedefinieerd en mag ambitieuzer. Algemeen beschouwd merkt de visitatiecommissie op dat de opleidingen de bachelor- en masteropleidingen geneeskunde als een continuüm zien, maar ze constateert ook dat alle opleidingsverantwoordelijken voor beide opleidingen aparte leerresultaten gedefinieerd hebben. In de **masterfasen** gaan de opleiding aan de slag met wat ze de bouwstenen uit de bachelor noemen. De CanMEDS-rollen blijven de rode draad doorheen de masteropleiding en de leerlijnen die starten in de bachelor lopen door in de master. Hoewel er nog steeds een sterke theoretische component aanwezig is in de master, verschuift het zwaartepunt naar de praktijk, waar studenten via werkplekleren de nodige competenties dienen te verwerven. De opleidingen kiezen voor een integratie van vaardigheden, kennis en gedrag in de master, met de nadruk op het ontwikkelen van klinisch redeneren.

Elke opleiding kiest voor duidelijke accentverschillen en heeft volgens de commissie een degelijk uitgewerkt **profiel**, die zeker herkenbaar zijn. Aan de KU Leuven wordt gekozen voor een focus op theoretische, basiswetenschappelijke kennis, het streven naar een wetenschappelijke attitude en aandacht voor geïntegreerd klinisch redeneren. De opleiding te Antwerpen benadrukt het belang van de arts als communicator en collaborator, waarbij telkens ook de integratie met klinische kennis en de rol van medisch expert wordt benadrukt. In de bacheloropleiding te Hasselt wordt de nadruk gelegd op de drie competenties 'zelfmanagement', 'zelfreflectie' en 'het ontwikkelen van ethische competenties'. Studenten aan de Universiteit Gent worden opgeleid tot veranderingsactoren, met aandacht voor *social accountability*. Aan de VUB tenslotte worden studenten opgeleid tot autonome professionals met een duurzame humanistische visie, met een focus op grootstadsgeneeskunde die multicultureel en globaal is.

GENERIEKE KWALITEITSWAARBORG 2 - ONDERWIJSPROCES

De commissie beoordeelt het onderwijsproces voor alle opleidingen als voldoende.

De opleidingen worden aangestuurd door teams van enthousiaste docenten, assistenten, studenten en ondersteunend personeel in de vorm van een opleidingscommissie, onderwijscommissie of managementteam. De commissie stelde vast dat de opleidingsverantwoordelijken een duidelijke voortrekkersrol opnemen bij het inrichten van de opleidingen en hier ook

steeds meer ruimte voor krijgen. De opleidingscommissies sturen frequenter dan vroeger en doen daarbij vooral beroep op uitvoerig overleg met de docenten. De 'academische vrijheid' van de docenten is nog steeds een factor waar opleidingsverantwoordelijken rekening mee houden. Globaal gezien stelt de commissie vast dat de opleidingscommissies een sturende rol spelen, maar daarbij bouwen op uitvoerig overleg met de docenten en rekening houdend met de academische vrijheid. De sterke overlegcultuur kan rekenen op waardering van de commissie, maar een meer directe sturing en inperking van de autonomie van de docenten op vlak van onderwijskundige beslissingen lijkt wenselijk. De visitatiecommissie merkt op dat in de organisatie van het onderwijsproces en de realisatie van de doelstellingen niet gekozen wordt voor vernieuwende onderwijsconcepten, maar dat alle opleidingen wel vertrekken vanuit de juiste ambitie. De opleidingen in Vlaanderen kiezen voor een competentiegericht, studentgecentreerd- en gestuurd onderwijs in een geïntegreerd curriculum.

De **vertaling van de onderwijsvisie** naar het uiteindelijke programma toont volgens de commissie de transitie waar de opleidingen zich in bevinden aan. Globaal gezien kiezen de opleidingsverantwoordelijken voor een inhoudelijke structuur gebaseerd op de CanMEDS-rollen, met medisch deskundige, wetenschapper, communicator professional, gezondheidspromotor, manager en teamspeler als competentiegebieden. Deze 'rollen van de arts' worden gekoppeld aan blokken en lijnen, die beginnen in de eerste bachelorfase en doorlopen tot de laatste masterfase. De commissie kon vaststellen dat alle competenties aan bod komen in het curriculum en dat er gekozen wordt voor een spiraalvormige opbouw, waarbij de materie steeds complexer terugkomt in het curriculum.

Elke opleiding maakt een aantal specifieke keuzes wat de organisatie van het onderwijs betreft. In Hasselt en Antwerpen wordt het onderwijs aangeboden in modulevorm, waardoor studenten een paar weken werken rond één bepaald onderwerp. De commissie waardeert de duidelijke keuze voor het afsluiten van de modules met de evaluatie ervan, zoals in de initiële bachelorfasen te Hasselt gebeurt. De opleidingen Geneeskunde kiezen met uitzondering van Hasselt voor het klassieke semestersysteem. De visitatiecommissie moedigt de opleidingen aan om te kijken naar alternatieven voor de organisatie van het onderwijs.

Alle opleidingen hebben werk gemaakt van een gemedicaliseerde bachelor, waarin het aandeel basiswetenschappen teruggedrongen is en waar gekozen wordt voor een klinische context. De commissie vond dat die klinische

context in de bachelor sterk terug aan de UGent, waar studenten reeds vroeg in contact gebracht worden met een patiënt die ze doorheen hun loopbaan zullen opvolgen. Desalniettemin stelt de commissie vast dat het contact met patiënten in het theorieonderwijs in elke opleiding ontbreekt. Ze beveelt alle opleidingen dan ook collectief aan om te kiezen voor een meer patiëntgeoriënteerde aanpak van het theoretisch onderwijs. De opleidingen hebben inspanningen geleverd om het aantal hoorcolleges terug te dringen, maar de commissie stelt vast dat dit nog steeds de dominante vorm is van kennisoverdracht, voornamelijk in de bacheloropleidingen, met uitzondering van de UHasselt. De visitatiecommissie vraagt de opleidingen om op zoek te gaan naar alternatieven.

Globaal stelt de commissie vast dat de CanMEDS-rollen en het competentiegericht onderwijs duidelijk aanwezig zijn in de curricula en gecheckt worden met een duidelijke matrix. Tijdens de visitatiebezoeken merkt de visitatiecommissie op dat elke opleiding duidelijke accentverschillen legt en een aantal competenties extra wil belichten. Tegelijkertijd worden niet alle rollen overal even consequent belicht. De commissie adviseert de opleidingen om hier voldoende aandacht aan te besteden. In de **bachelorfase** merkt de commissie op dat de rol van **medisch expert** in Leuven telkens onderbouwd werd met stevige cursussen met een sterke theoretische en basiswetenschappelijke diepgang. Aan de VUB was de commissie zeer ingenomen met hoe reeds in de bachelor de rol van **wetenschapper** een prominente plaats krijgt en hoe er elk jaar opgebouwd wordt richting de bachelorproef. Daarbij wenst de commissie haar waardering uit te spreken voor het EPISTAT-project in het eerste jaar; een groepsopdracht waarbij studenten onder begeleiding zelf een onderzoek in elkaar dienen te steken, rekening houdend met de nodige vereisten. De rol **communicator** was in de bacheloropleiding van de UA goed opgebouwd volgens de commissie en bekleedt een prominente positie in de klinische lijn en vaardigheidstrainingen, met een toenemende complexiteit en een duidelijke opvolging met het bachelorportfolio. In de **masterfase** vond de commissie aan de Universiteit Antwerpen de IPSIG-week, het interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg en de algemene uitwerking van de rol **samenwerker** erg goed uitgewerkt. Doorheen de hele masterfase kwam het samenwerken duidelijk naar voor als sterk punt van de masterfase. Aan de UGent trof de commissie zowel in de bachelor- als de masterfase een continue aandacht voor maatschappelijke en ethische problematiek. De commissie wenst haar waardering uit te spreken voor de wijze waarop *social accountability* een plaats kreeg in het curriculum van de UGent en hoe de opleiding in elke fase van de opleiding inspeelt op de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de student.

De opleidingen bieden elk verschillende **afstudeerrichtingen** aan in de vierde masterfase, die met de omschakeling naar het zesjarig curriculum zullen verdwijnen of geïntegreerd worden in de vervolgoopleidingen. De studenten hebben in elke opleiding de keuze uit verschillende opties die hen voorbereiden op specifieke vervolgoopleidingen. De afstudeerrichting 'ziekenhuisarts' of 'prespecialisatie' geeft studenten een voorbereiding op een vervolgoopleiding tot specialisatiearts. In de afstudeerrichtingen 'huisarts' of 'huisartsgeneeskunde' krijgen studenten een specifieke inleiding tot de huisartsgeneeskunde en een voorbereiding op de interuniversitaire master in de Huisartsgeneeskunde. Aan de UGent en de KU Leuven wordt een afstudeerrichting maatschappelijke gezondheidszorg georganiseerd en aan de VUB een afstudeerrichting sociale geneeskunde. Het aantal studenten is in deze afstudeerrichtingen echter beperkt, terwijl de opleidingsverantwoordelijken wel een duidelijke meerwaarde zien in de afstudeerrichting. De commissie acht het wenselijk dat de opleidingsverantwoordelijken hiervoor interuniversitair samenwerken om gebruik te maken van de schaalvergroting. De opleidingen geven echter mee dat met de evolutie naar het zesjarig curriculum deze afstudeerrichtingen op termijn zullen verdwijnen. Studenten hebben aan de KU Leuven ten slotte de mogelijkheid om een afstudeerrichting 'wetenschappelijk onderzoek' te volgen. In deze afstudeerrichting zijn echter de voorbije vijf jaar geen studenten geregistreerd. De commissie vraagt de opleidingsverantwoordelijken dan ook om deze optie te heroverwegen.

Een cruciaal element van alle opleidingen is de organisatie van het klinisch onderwijs en de stage in de bachelor- en masterfasen. Alle opleidingen spenderen tijd om studenten de medisch-technische vaardigheden aan te leren, maar de visitatiecommissie wil de opleidingen aanbevelen om te kiezen voor het just-in-time leren, waarbij studenten onderwijs in kennis, vaardigheden en attitude direct relevant voor de klinische stages (nogmaals) aangeboden krijgen. Tijdens de stages, die voornamelijk in de latere masterfasen georganiseerd worden, krijgen de studenten alle nodige competenties aangeleerd. De visitatiecommissie stelt vast dat het portfolio een steeds prominentere plaats krijgt, maar is van oordeel dat deze als begeleidingsinstrument onderontwikkeld is, nog niet gedigitaliseerd en vaak verouderd van structuur. De visitatiecommissie vraagt dat alle opleidingen werk maken van een betere structuur en kwaliteit van de feedback op stages. Deze feedbackmomenten dienen overal structureel en formeel ingebouwd te worden en zowel stagebegeleiders als studenten dienen getraind te worden in het geven en ontvangen van feedback. Tijdens de visitatiebezoeken merkte de commissie op dat de opleidingen studenten de

mogelijkheid geven om een opt-out te tekenen, waardoor ze langer dan de in de richtlijn voorgeschreven **48u per week** kunnen werken, tot 60u. De commissie stelt dat opleidingen het mogelijk moeten maken dat studenten binnen de 48u hun doelstellingen moeten kunnen halen en dat er geen druk kan uitgevoerd worden op de studenten om de opt-out te tekenen.

De commissie stelt vast dat internationale uitwisseling geen echte prioriteit is voor de opleidingen, door de nationale regelgeving omtrent het beroep en de moeilijkheid die het ontvangen van buitenlandse studenten met zich meebrengt. Desalniettemin haalt elke opleiding ruim de 2020-norm, met wisselende percentages tussen de verschillende opleiding. De opleiding aan de VUB, die zich expliciet wil profileren met internationalisering, realiseert voor ongeveer 1/3 van haar studenten een stage in het buitenland, wat ze net als de commissie relatief weinig vindt.

Overal trof de commissie enthousiast en kwalitatief **personeel** aan dat betrokken is bij het onderwijs, het onderzoek en de kliniek. Elke opleiding heeft heldere procedures om docenten aan te werven en houdt hierbij rekening met verschillende criteria. De docenten zijn betrokken bij de opleidingen en overal is een helder systeem van evaluatie uitgewerkt. Bij bevorderingen lijkt het onderwijs een steeds belangrijker rol te spelen, maar de commissie stelt vast dit nog steeds niet de *primum movens* is. Aan de Universiteit Antwerpen werd voorzichtig het initiatief gelanceerd om docenten een BKO (Basis Kwalificatie Onderwijs) te laten halen, iets waar de commissie haar waardering voor uitspreekt. Elke opleiding heeft overigens een uitgebreid professionaliseringsaanbod, zowel op centraal universitair niveau als op opleidingsniveau. Docenten maken hier volgens de commissie overal slechts beperkt gebruik van en ze beveelt de opleidingen aan om zowel nieuwe als langer residerende docenten te verplichten professionalisering te volgen. Dit kan volgens de commissie via rolspecifieke training van de docenten. De commissie heeft tijdens de bezoeken de opleidingen gewezen op het risico dat de grote hoeveelheid docenten met een beperkte aanstelling van 5% tot 10% specifiek toegekend voor onderwijs betekent voor de samenhang binnen de opleiding. Ze begrijpt dat dit past in het kader van de financiering van het personeel, dat voornamelijk in het ziekenhuis tewerkgesteld is, maar de commissie stelt dat de controle van de opleidingen op het personeelsbeleid op deze manier te beperkt is.

De opleidingen hebben volgens de commissie geïnvesteerd in een degelijke leeromgeving voor de studenten, zowel wat de infrastructuur als de begeleiding betreft. Globaal stelt de commissie dat de infrastructuur

waar de opleidingen over beschikken voldoende is en dat er volop geïnvesteerd wordt om verouderde gebouwen te vernieuwen of te vervangen. De leslokalen en auditoria zijn voorzien met mogelijkheden voor audiovisuele ondersteuning, maar zijn eerder beperkt wat e-learning betreft. De commissie vraagt de opleidingen om hier meer in te investeren. De **bibliotheekinfrastructuur** is op elke campus in orde, maar de commissie uit haar bezorgdheid over de beperkte toegankelijkheid die studenten aan de Universiteit Hasselt hebben tot de literatuur. De **skillslabs** aan de KU Leuven, KULAK, de Universiteit Antwerpen, de UHasselt en de VUB zijn volgens de commissie degelijk uitgewerkt. Aan de UGent kampt de opleiding met een plaatsgebrek in het skillslab, maar zijn alle basale voorzieningen voorhanden.

Alle opleidingen hebben de nodige begeleiding en ondersteuning voor studenten uitgewerkt. De commissie spreekt haar waardering uit voor de aanpak aan de Universiteit Hasselt, waarbij studenten na het eerste examen na het eerste blok uitgenodigd worden voor een persoonlijk begeleidingsgesprek over onderwijs- en persoonlijke ontwikkeling. Ook in Leuven en Kortrijk krijgen studenten een persoonlijke uitnodiging voor een gesprek, indien ze minder dan 60% scoren bij de examens. Deze persoonlijke aanpak past in de kleinschaligheid van de opleidingen, maar de commissie stelt dat deze proactieve aanpak als voorbeeld kan dienen voor andere opleidingen. De studenten zijn bij elke respectievelijke opleiding betrokken bij het opstellen van het zelfevaluatie rapport en het bestuur van de opleiding. De commissie trof in Gent een sterk georganiseerde studentenvertegenwoordiging aan in de vorm van het SWOP, dat een grote impact had op de totstandkoming van het zesjarig curriculum. Aan de KU Leuven, de Universiteit Antwerpen, de UHasselt en de VUB trof de commissie betrokken en georganiseerde studentenvertegenwoordiging aan. Door de kleinschaligheid van de opleiding te Hasselt is er geen georganiseerde studentenraad op opleidingsniveau, maar wel faculteitsoverschrijdend.

Globaal gezien stelt de commissie vast dat de opleidingen de meeste aanbevelingen opgevolgd hebben. De UGent, UHasselt, KU Leuven en de Universiteit Antwerpen hebben de aanbevelingen systematisch opgevolgd. De commissie merkt op dat aan de VUB slechts een beperkt aantal aanbevelingen opgevolgd werden, die tijdens deze visitatieronde nogmaals herhaald worden. Door te werken met een duidelijke PDCA-cyclus kunnen deze aanbevelingen volgens de commissie nauwkeuriger opgevolgd worden. De commissie wil de opleidingen adviseren om vroeger aan de slag te gaan met de aanbevelingen en niet te wachten tot de volgende visitatie om veranderingen te implementeren.

GENERIEKE KWALITEITSWAARBORG 3 - GEREALISEERD EINDNIVEAU

De commissie beoordeelt het gerealiseerd eindniveau voor alle opleidingen als voldoende.

De visitatiecommissie stelt vast dat de opleidingen zich allen aansluiten bij het centrale toetsbeleid van hun respectievelijke instelling, met competentiegericht toetsen als voornaamste uitgangspunt. De commissie merkt op dat de opleidingen de voorbije jaren geïnvesteerd hebben in hun toetsing en globaal een degelijk beleid uitgewerkt hebben. De organisatie van de evaluatie vindt met uitzondering van Hasselt op het einde van elk semester plaats. Het modulaire systeem dat in Hasselt gehanteerd wordt geeft volgens de commissie de mogelijkheid om frequent en longitudinaal te toetsen, een systeem waar de commissie haar waardering voor wenst uit te spreken. De opleidingen toetsen globaal gezien gevarieerd en adequaat de competenties van de studenten. De commissie stelt vast dat de opleidingen reeds inspanningen geleverd hebben om formatief te toetsen, maar dat de toetsing hoofdzakelijk nog summatief gebeurt. De frequentie van de formatieve toetsing kan volgens de commissie gevoelig opgedreven worden. Ze beveelt de opleidingen globaal aan om het concept *assessment for learning* verder uit te werken door meer in te zetten op formatieve toetsing doorheen het hele curriculum en minder nadruk te leggen op de eindtoetsing. De keuze voor het geïntegreerd, competentiegericht toetsen dat in het toetsbeleid van elke opleiding centraal staat is nog niet overal zichtbaar in de toetsprogramma's. Het portfolio krijgt een steeds prominere plaats in de opleiding, maar kan volgens de commissie nog verder uitgewerkt worden als instrument voor feedback en reflectie en gedigitaliseerd worden. De commissie vraagt tenslotte net als de vorige commissie om het aandeel aan mondelinge examens nog verder terug te dringen.

Op vlak van **kwaliteitsbewaking** hebben de opleidingen vooruitgang gemaakt, in het bijzonder wat de analyse van de examens nadien betreft en het opstellen van toetsmatrijzen. De autonomie van de docenten speelt globaal wel nog een grote rol, en docenten hebben de vrijheid om de inhoud van de toetsing zelf te bepalen. De commissie vraagt dat de opleidingsverantwoordelijken hier een sterker sturende rol in spelen, inzetten op een controle van de vragen in een toetsmatrijs voorafgaand aan het examen. De commissie stelt vast dat hoewel toetsmatrijzen wel opgesteld worden, ze niet altijd als instrument gebruikt worden. De commissie vraagt dat docenten hiertoe gestimuleerd worden door de opleidingsverantwoordelijken.

Op het einde van de bachelor dienen de studenten aan de KU Leuven, UHasselt en de VUB een **bachelorproef** in, waarmee ze dienen aan te tonen een aantal doelstellingen rond wetenschappelijk onderzoek te kunnen behalen. De commissie waardeert deze proeven en merkt op dat de hoewel de bachelorproeven wisselen van kwaliteit, de doelstellingen wel behaald worden. De **masterproeven** die de commissie kon inkijken zijn van een hoge kwaliteit. De focus van de opleidingen op de eindtoetsing uit zich in weldoordachte masterproefconcepten, waarbij de paper vaak gekoppeld wordt aan andere toetsingen van het eindniveau. De commissie benadrukt het belang van de wetenschappelijke paper en vraagt dat de opleidingen hier voldoende studiepunten voor uittrekken en dat studenten telkens een individueel werk afleveren.

De visitatiecommissie stelt bij alle opleidingen een hoog **diplomarendement** en een hoog slaagpercentage vast. Een overgrote meerderheid van de studenten stapt in de vervolgopleiding, waarvoor ze een selectieprocedure dienen te doorlopen. De visitatiecommissie wenst de opleidingen te waarschuwen voor de negatieve effecten van een vermenging van deze selectie met het onderwijs. Studenten focussen zich vaak te vroeg op één specifieke discipline. De opleidingen dienen hier volgens de commissie aandacht aan te besteden.

HOOFDSTUK IV

Tabel met scores

In de hierna volgende tabel wordt het oordeel van de commissie op de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het accreditatiekader weergegeven. Per generieke kwaliteitswaarborg (GKW) wordt in de tabel aangegeven of de opleiding hier volgens de commissie onvoldoende, voldoende, goed of excellent scoort. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntschaal. In de opleidingsrapporten is inzichtelijk gemaakt hoe de commissie tot haar oordeel is gekomen. Het is dan ook duidelijk dat de scores in onderstaande tabel gelezen en geïnterpreteerd moeten worden in samenhang met de onderbouwing ervan in de opleidingsrapporten.

Verklaring van de scores op de generieke kwaliteitswaarborgen:

Voldoende (V)	De opleiding voldoet aan de basiskwaliteit
Goed (G)	De opleiding overstijgt systematisch de basiskwaliteit
Excellent (E)	De opleiding steekt ver uit boven de basiskwaliteit en geldt als een (inter)nationaal voorbeeld
Onvoldoende (O)	de generieke kwaliteitswaarborg is onvoldoende aanwezig

Regels voor het bepalen van de scores voor het eindoordeel:

Voldoende (V)	het eindoordeel over een opleiding is 'voldoende' indien de opleiding aan alle generieke kwaliteitswaarborgen voldoet.
Goed (G)	het eindoordeel over een opleiding is 'goed' indien daarenboven ten minste twee generieke kwaliteitswaarborgen als 'goed' worden beoordeeld, waaronder in elk geval de derde: gerealiseerd eindniveau.
Excellent (E)	het eindoordeel over een opleiding is 'excellent' indien daarenboven ten minste twee generieke kwaliteitswaarborgen als 'excellent' worden beoordeeld, waaronder in elk geval de derde: gerealiseerd eindniveau.
Onvoldoende (O)	het eindoordeel over een opleiding – of een opleidingsvariant – is 'onvoldoende' indien alle generieke kwaliteitswaarborgen als 'onvoldoende' worden beoordeeld.
Voldoende met beperkte geldigheidsduur	het eindoordeel over een opleiding – of een opleidingsvariant – is 'voldoende met beperkte geldigheidsduur', d.w.z. beperkter dan de accreditatietermijn, indien bij een eerste visitatie één of twee generieke kwaliteitswaarborgen als 'onvoldoende' worden beoordeeld.

	GKW 1 - Beoogd eindniveau	GKW 2 - Onderwijs- proces	GKW 3 - Gerealiseerd eindniveau	Eindoordeel
UA Bachelor	G	V	V	V
UA Master	G	V	V	V
UGent Bachelor	G	V	V	V
UGent Master	G	V	V	V
UHasselt Bachelor	G	V	V	V
KU Leuven Bachelor	G	V	V	V
KU Leuven Master	G	V	V	V
VUB Bachelor	V	V	V	V
VUB Master	V	V	V	V

DEEL 2

Opleidingsrapporten

UNIVERSITEIT GENT

Geneeskunde

SAMENVATTING

Bachelor in de Geneeskunde

Op 28, 29 en 30 oktober werd de Bachelor in de Geneeskunde van de UGent, in het kader van een onderwijsvisitatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt aangeboden aan de UGent op de campus aan het Universitair Ziekenhuis. De opleiding zit ingebed in de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de universiteit.

De opleiding profileert zich met een duidelijk eigen karakter, waarin veel aandacht besteed wordt aan het transformatief leren en de *social accountability*. De opleiding schuift gelijke kansen en maatschappelijke aansprakelijkheid als belangrijk aandachtspunt naar voor. De negen competenties die de rode draad vormen doorheen de bacheloropleiding zijn apart gedefinieerd en vertrekken van de zeven rollen van de arts: medisch expert, wetenschapper, professional, communicator, teamspeler, gezondheidspromotor en manager. Studenten worden aan de UGent niet enkel opgeleid

tot experts en hulpverleners, maar ook tot veranderingsactoren die de processen binnen het gezondheidszorgsysteem kunnen veranderen. Een globale blik is belangrijk, net als aandacht voor maatschappelijke context en de gemaakte keuzes in de gezondheidszorg. De opleiding wil studenten voorbereiden op *global health*. De ambitie van de opleiding is helder verwoord en wordt gedragen door studenten en docenten in de opleiding.

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde telt in het academiejaar 2012–2013 761 ingeschreven studenten.

Programma

Het programma van de bacheloropleiding bestaat uit 180 studiepunten, die verspreid over drie opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten aan de studenten aangeboden worden.

De opleiding baseert haar programma op het centrale onderwijsconcept van de UGent: 'creatieve kennisontwikkeling'. Via een student-georiënteerd en student-gestuurd leerproces willen de opleidingsverantwoordelijken kennis ontwikkelen als een creatieve competentie, waarbij een kritische houding belangrijk is. De opleiding kiest voor een thematisch geïntegreerd curriculum, waarin biologie, ecologie, sociologie en psychologie een plaats hebben en de verantwoordelijkheid van de arts centraal staat.

Het programma in de bachelor is opgebouwd volgens een structuur van **blokken en lijnen**. Over de drie bachelorfasen heen worden 18 thematische blokken aangeboden en vier lijnen. De thematische blokken volgen de traditionele opbouw en vertrekken van de negen competenties uit de bachelor. Studenten worden doorheen de bachelor geconfronteerd met de 'normale functie', gevolgd door de 'pathologische functie', om vervolgens te eindigen bij de ziektebeelden. In de blokken worden verwante disciplines samen aangeboden, maar is er geen echte multidisciplinaire integratie. De vier lijnen zijn een sterk punt in het curriculum en bieden de mogelijkheid tot verdieping van de blokken. In de V-lijn komen de klinische, technische en communicatieve vaardigheden aan bod, in de P-lijn het probleemoplossend vermogen, in de Z-lijn het zelfstandig wetenschappelijk werk en in de E-lijn ten slotte komen exploratie, ethiek en professionele ontwikkeling aan bod. De commissie waardeert de aandacht die de opleiding spendeert aan wetenschappelijke vorming. Wetenschap krijgt via de P-lijn en de Z-lijn van bij het begin een plaats in de opleiding en zorgt ervoor de studenten gradueel opgeleid kunnen worden tot kritische wetenschappelijke denkers.

De opleiding kiest voor een variatie aan werkvormen om haar ambitie te realiseren. Het aantal grootschalige hoorcolleges is beperkt tot maximaal 10u per week in acht hoorcolleges, met voldoende ruimte voor zelfstudie. Het belangrijkste lesmateriaal in het programma zijn de 'blokboeken'. De kwaliteit van het leermateriaal is in orde, maar de instrumenten zijn nog niet voldoende gericht op activerend onderwijs of levenslang leren. De toenemende keuze van de opleiding voor tutorials, studium generale en werkcolleges is wel een duidelijk positieve evolutie. Studenten merken op dat de blokboeken hen vooral zekerheid verschaffen over wat er op het examen gevraagd zal worden. De blokboeken maken deel uit van een doorgestuurd leerproces, dat niet overeenstemt met de ambitie van de opleiding. Het lijnonderwijs bevat immers wel de variatie aan vernieuwende onderwijsvormen, waardoor de nadruk op maatschappelijke verantwoordelijkheid in de verschillende initiatieven mooi aan bod komt. Studenten hebben in de bachelor reeds een belangrijke kennismaking met de praktijk via het contact met een muco-patiënt, stage in een woon- en zorgcentrum en projecten in arme Gentse wijken.

Beoordeling en toetsing

De opleiding volgt het centrale **toetsbeleid** van de UGent, dat gebaseerd is op een competentiemodel en expliciteert welke competenties verwacht worden van studenten die afstuderen aan de universiteit. Binnen de **bacheloropleiding** wordt een breed gamma aan instrumenten gehanteerd om de beoogde leerresultaten te evalueren, zowel op vlak van kennis, vaardigheden en attitudes. Er wordt expliciet gekozen voor gedragsaspecten die observeerbaar en dus ook meetbaar zijn: omgaan met werk, omgaan met anderen, omgaan met eigen functioneren en omgaan met de instelling en het gezondheidssysteem. De opleiding wil onprofessioneel gedrag en problemen die betrekking hebben op de persoonlijke professionele ontwikkeling zo vroeg mogelijk detecteren.

Door het semestersysteem dat de opleiding hanteert wordt tijdens de bachelor voornamelijk tijdens de examenperiode op het einde van het semester getoetst. De grote eindtoetsen zorgen ervoor dat studenten op korte tijd veel moeten studeren.

Begeleiding en ondersteuning

De voorzieningen voor en omkadering van de studenten voldoen, maar de infrastructuur komt wat verouderd over. De collectie van de bibliotheek is vlot elektronisch toegankelijk en studenten hebben ook van thuis uit

toegang. De opleiding heeft een **studieland** ingericht in het Universiteitsziekenhuis, maar het ontbreekt de studenten momenteel aan een aparte ruimte voor zelfstudie in stilte en lokalen waar groepswerken kunnen doorgaan. De opleiding heeft wel de ambitie om binnenkort een innovatief onderwijslandschap in te richten op de campus. Het skillslab wordt frequent geconsulteerd en heeft ook alle basisvoorzieningen. Er is geen mogelijkheid tot ICT gestuurde simulatie, met uitzondering van het reanimatieonderwijs, en het mist een observatieruimte en de mogelijkheid tot videoregistratie voor de communicatie met patiënten. Het **skillslab** staat onder grote druk door het aantal studenten en heeft nood aan voldoende ondersteuning en uitbreiding om studenten de kans te geven om zich voor te bereiden om de medische professie van de toekomst. Het leerprogramma van de opleiding voor het reanimatieonderwijs is erg goed aangepakt door de opleiding en het ziekenhuis.

De opleiding is er volgens de commissie in geslaagd om een samenhangende en toegankelijke **leeromgeving** te ontwikkelen. De curriculummanager van de opleiding is het eerste aanspreekpunt van de studenten, waarna indien nodig doorverwezen kan worden naar de opleidingscommissie of de studentenpsychologen van de universiteit. De studenten kunnen rekenen op het 'monitoraat', dat bestaat uit een trajectbegeleider en twee studiebegeleiders. Deze begeleiders helpen de studenten voornamelijk op vlak van studierendement en studievoortgang. Studenten met een functiebeperking kunnen gebruik maken van het universiteitsbrede 'Bijzonder Statuut', dat hen in staat stelt om te studeren ondanks bepaalde beperkingen. Studenten die instromen uit andere bacheloropleidingen moeten bijgeschoold worden in Neus-Keel-Oor (NKO) en Dermatologie, aangezien Gentse studenten dit reeds in de bachelor klinisch gezien hebben. Doordat zij-instromers in augustus het examen kunnen afleggen lopen zij geen studieuurvertraging op.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Van alle studenten die aan de bacheloropleiding starten, behalen tussen de 85% en de 90% hun diploma binnen de normale studieduur van drie jaar. Een meerderheid van de overige studenten behaalt het diploma later via een GIT-traject. De studenten die het diploma bachelor in de Geneeskunde behalen stromen niet door naar de arbeidsmarkt: 99% van de studenten stroomt door naar de vervolgopleiding in de master.

Master in de Geneeskunde

Op 28, 29 en 30 oktober werd de Master in de Geneeskunde van de UGent, in het kader van een onderwijsvisiteatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgeleijst.

Profilering

De opleiding Master in de Geneeskunde wordt aangeboden aan de UGent op de campus aan het Universitair Ziekenhuis. De opleiding zit ingebed in de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de universiteit.

De opleiding heeft een duidelijke heldere visie, met een uitgesproken focus op de dokter van de toekomst, als wereldburger en sociaal verantwoordelijk individu. De bachelor- en masteropleiding worden door de opleidingsverantwoordelijken als een continuüm beschouwd, maar toch zijn er voor de beide opleidingen aparte doelstellingen uitgewerkt. In de masteropleiding vertrekt de opleiding van de zeven CanMEDS-rollen en 32 uitgeschreven deelcompetenties. De rollen zijn vertaald naar zeven competentiegebieden: 'De medische expert', 'Wetenschapper', 'Professional', 'Communicator', 'Teamspeler', 'Gezondheidspromotor' en 'Manager'.

Met haar profiel wil de opleiding naast experts en hulpverleners voornamelijk veranderingsactoren opleiden en spendeert ze daarom aandacht aan transformatief leren en het concept van *social accountability*. Een globale blik is belangrijk, net als aandacht voor maatschappelijke context en de gemaakte keuzes in de gezondheidszorg.

De opleiding Master in de Geneeskunde telt in het academiejaar 2012-2013 898 ingeschreven studenten.

Programma

Het programma van de masteropleiding bestaat uit 240 studiepunten, die verspreid over vier opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten aan de studenten aangeboden worden. De opleiding biedt drie afstudeerrichtingen aan als oriëntaties in het laatste jaar: huisarts, ziekenhuisarts en maatschappelijke gezondheidszorg. De opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde evolueren van een zevenjarige opleiding naar een zesjarige opleiding en de oriëntaties worden in de toekomst geïntegreerd in de vervolgopleiding.

De opleiding Master in de Geneeskunde bouwt verder op de fundamenteen uit de Bachelor en het centrale onderwijsconcept van de UGent: 'creatieve kennisontwikkeling'. Het programma hanteert dezelfde blokken- en lijnstructuur. De masteropleiding is vrij hiërarchisch gestructureerd, met een steeds toenemende complexiteit van de materie en een groeiende verantwoordelijkheid bij de studenten. De eerste twee masterjaren zijn vrij theoretisch opgebouwd, met thematische blokken als fundamenteen van het curriculum en een uitgesproken aandacht voor het competentiegebied '**Medisch expert**'. Het derde masterjaar bestaat voornamelijk uit klinisch onderwijs in de vorm van stages. Het competentiegebied '**Wetenschapper**' staat centraal in de Z-lijn, die tijdens de masterjaren volledig ingevuld wordt door de masterproef. Studenten werken in het eerste en het tweede masterjaar aan deze proef, die bestaat uit een wetenschappelijk literatuuronderzoek of experimenteel onderzoek. De thema's worden gekozen door de studenten in overleg met de promotor. Naast een openbare verdediging met jury presenteren de studenten jaarlijks hun onderzoeksresultaten op een symposium, waarop alle studenten welkom zijn. In de P-lijn worden studenten getraind op *evidence based medicine*, waarbij beroep gedaan wordt op verschillende competentiegebieden. In de E-lijn wordt het studium generale van de bachelorfase in de eerste masterfase doorgezet en worden studenten ook in verschillende competentiegebieden getraind. De E-lijn heeft een sterk verbredend karakter, waarbij zowel arbeidsgeneeskunde, maatschappelijk relevante onderwerpen, keuzepakketten en *medical humanities* aan bod komen.

De technische, communicatieve en klinische vaardigheden komen voornamelijk aan bod in de V-lijn, waarin expliciet gekozen wordt voor een integratie. De stages vormen een fundamenteel onderdeel van de masteropleiding, waarin aan verschillende competentiegebieden gewerkt wordt. De opleiding kiest voor **observatiestages** en **thematische stages**. Tijdens de observatiestages worden de studenten 21 halve dagen gekoppeld aan een stafid en volgen ze alle activiteiten die op dat ogenblik uitgeoefend worden. In de tweede masterfase zijn er thematische stages in de vorm van vijf dagen huisartsgeneeskunde, een halve dag op de palliatieve eenheid en 12u stage op de Huisartsenwachtpost in Gent. Het **basisstagejaar** is in de derde masterfase en bestaat uit 40 stageweken en studenten zijn verplicht om acht weken interne geneeskunde te volgen, vier weken bewegingsstelsel, vier weken heelkunde, drie weken huisartsgeneeskunde vier weken pediatrie, vier weken psychiatrie, één week radiologie en vier weken spoeddienst. Aanvullend is er een eerste keuzeblok uit gynaecologie-verloskunde, neus-keel-oor/dermatologie of neurologie, een tweede keuze-

blok kan door de student vrij ingevuld kan worden. De opleiding volgt de Belgische wetgeving omtrent de werktijden, die de Europese richtlijn van 48u volgt, maar een vrijwillige opt-out mogelijk maakt. Bij een grote groep studenten, volgens de bevraging van de opleiding 1/4 van de studentenpopulatie, lukt het niet om de stage binnen de 48u te realiseren. Studenten moeten echter in staat zijn om binnen de 48u de leerdoelen te behalen, wat bij een meerderheid van de studenten ook lukt.

Voor **uitwisselingen** wordt beroep gedaan op partnerinstellingen uit het buitenland. Er zijn meer uitgaande dan inkomende studenten. Dit onevenwicht komt er voornamelijk door de taalbarrière die het Nederlands opwerpt voor buitenlandse studenten. De kennis van het Nederlands wordt verwacht van inkomende studenten, gezien de noodzaak hiervoor in bepaalde diensten. Voor laboratoriumwerk kan een uitzondering gemaakt worden. De opleiding stelt dat 65% van haar studenten een buitenlandse ervaring heeft opgedaan, hetzij via Erasmus, hetzij via een overzeese uitwisseling.

De opleiding kiest voor een variatie aan werkvormen om haar ambitie te realiseren. Het aantal grootschalige hoorcolleges is beperkt tot maximaal 10u per week in acht hoorcolleges, met voldoende ruimte voor zelfstudie. Het belangrijkste lesmateriaal in het programma zijn de 'blokboeken'. De kwaliteit van het leermateriaal is in orde, maar de instrumenten zijn niet gericht op activerend onderwijs of levenslang leren. Studenten merken op dat de blokboeken hen vooral zekerheid verschaffen over wat er op het examen gevraagd zal worden. De blokboeken maken deel uit van een docentgestuurd leerproces, dat niet overeenstemt met de ambitie van de opleiding. Het lijnonderwijs bevat immers wel de variatie aan vernieuwende onderwijsvormen, waardoor de nadruk op maatschappelijke verantwoordelijkheid in de verschillende initiatieven mooi aan bod komt. Studenten hebben in de bachelor reeds een belangrijke kennismaking met de praktijk via het contact met een muco-patiënt, stage in een woon- en zorgcentrum en projecten in arme Gentse wijken.

Beoordeling en toetsing

De opleiding volgt het centrale **toetsbeleid** van de UGent, dat gebaseerd is op een competentiemodel en expliciteert welke competenties verwacht worden van studenten die afstuderen aan de universiteit. Net als in de bacheloropleiding wordt tijdens de Master geopteerd voor een breed gamma aan toetsinstrumenten. Door het semestersysteem dat de oplei-

ding hanteert wordt tijdens de eerste twee masterjaren voornamelijk op het einde van het semester getoetst, met een nog sterke nadruk op kennisreproductie. De toetsing tijdens de klinische stage gebeurt hoofdzakelijk via de stage, maar ook via het Geïntegreerd Klinisch Eindexamen of GKE. Met deze eindtoetsing, die bestaat uit vier onderdelen, worden studenten getoetst op het eindniveau van de basisarts. Er is een multiple choice examen met 120 vragen, een stationsexamen voor klinische vaardigheden, een integratiecluster voor de communicatieve vaardigheden en de 'long cases', die het klinisch-diagnostisch en therapeutisch functioneren van de student evalueren. Het eindniveau wordt via deze toetsen gegarandeerd, maar het effect van toetsing kan sterker zijn als ze op formatieve wijze doorheen het curriculum georganiseerd zou worden.

De opleiding hanteert een portfolio, dat vooral gericht is op het gebruiken van kennis en bestaat uit een verzameling aan casussen. Deze casussen worden besproken op zogenaamde 'terugkomdagen' tijdens de stage en worden ook gebruikt in het GKE. Het portfolio kan echter systematisch uitgebouwd worden en intensiever gebruikt worden om inzicht te leveren in de groei van de student op vlak van de competenties.

Begeleiding en ondersteuning

De voorzieningen voor en omkadering van de studenten zijn voldoende, maar de infrastructuur komt wat verouderd over. De collectie van de bibliotheek is vlot elektronisch toegankelijk en studenten hebben ook van thuis uit toegang. De opleiding heeft een **studieland** ingericht in het Universiteitsziekenhuis, maar het ontbreekt de studenten momenteel aan een aparte ruimte voor zelfstudie in stilte en lokalen waar groepswerken kunnen doorgaan. De opleiding heeft wel de ambitie om binnenkort een innovatief onderwijslandschap in te richten op de campus. Het **skillslab** wordt frequent geconsulteerd en heeft ook alle basisvoorzieningen. Er is geen mogelijkheid tot ICT gestuurde simulatie, met uitzondering van het reanimatieonderwijs, en het mist een observatieruimte en de mogelijkheid tot videoregistratie voor de communicatie met patiënten. Het skillslab staat onder grote druk door het aantal studenten en heeft nood aan voldoende ondersteuning en uitbreiding om studenten de kans te geven om zich voor te bereiden om de medische professe van de toekomst. Het leerprogramma van de opleiding voor het reanimatieonderwijs is erg goed aangepakt door de opleiding en het ziekenhuis.

De opleiding is er volgens de commissie in geslaagd om een samenhangende en toegankelijke **leeromgeving** te ontwikkelen. De curriculummanager

van de opleiding is het eerste aanspreekpunt van de studenten, waarna indien nodig doorverwezen kan worden naar de opleidingscommissie of de studentenpsychologen van de universiteit. De studenten kunnen rekenen op het 'monitoraat', dat bestaat uit een trajectbegeleider en twee studiebegeleiders. Deze begeleiders helpen de studenten voornamelijk op vlak van studierendement en studievoortgang. Studenten met een functiebeperking kunnen gebruik maken van het universiteitsbrede 'Bijzonder Statuut', dat hen in staat stelt om te studeren met een aantal faciliteiten tot hun beschikking.

Studenten nemen deel aan het bestuur van de opleiding in de opleidingscommissie en hebben zich georganiseerd in het SWOP, de Studenten-Werkgroep Opleiding. Er is een intense participatie van studenten in de organisatie van het onderwijs en zij kijken met een ervaringsgerichte blik naar het programma. De opleiding speelt snel in op bezorgdheden van de studenten.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement van de Master in de Geneeskunde is goed en conform internationale standaarden. De faculteit heeft een actief beleid om het beoogde studierendement te halen. Van alle studenten die aan de masteropleiding starten behalen tussen 90% en 95% van de studenten hun diploma binnen de nominale studieduur van vier jaar. 99% van de studenten stroomt uiteindelijk door naar de vervolgopleidingen.

De stagementoren en de vertegenwoordigers uit het beroepenveld geven aan dat het niveau van vaardigheden, kennis en communicatie bij de studenten de voorbije jaren toegenomen is. Studenten zijn oplossingsgericht en zoeken frequenter dingen op. Het beroepenveld geeft wel aan dat de kennis van en inzicht in het functioneren van de gezondheidszorg beter kan.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde

Academische bachelor geneeskunde en de academische master geneeskunde

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de academische bachelor- en master opleidingen Geneeskunde aan de Universiteit Gent (UGent). De visitatiecommissie bezocht deze opleiding op 28, 29 en 30 oktober 2013.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleidingen aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding met alle daaronder ressorterende varianten, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatie-rapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het

werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau voor interne kwaliteitszorg, internationalisering en studiebegeleiding. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd. Tevens is door de commissie een bezoek gebracht aan de opleidings-specifieke faciliteiten, zoals de leslokalen, het skillslab en de bibliotheek. Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeteruggesties.

Situering van de opleiding

De opleiding Geneeskunde behoort tot één van de 10 opleidingen van de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Gent. De faculteitsraad is belast met de organisatie en coördinatie van het onderwijs en van het onderzoek, maar de Opleidingscommissie Geneeskunde (OCG) is het meest concrete bestuurlijke orgaan van de opleiding.

De opleiding telde in het academiejaar 2012–2013 761 ingeschreven studenten in de bachelor en 898 ingeschreven studenten in de master. De bachelor telt 180 studiepunten verdeeld over drie jaren. De master telt in het uitdovend curriculum 240 studiepunten in vier jaar, in het nieuwe curriculum telt het 180 studiepunten in drie jaar.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 - Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als GOED.

De opleiding volgt de **domeinspecifieke leerresultaten (DLR)** die op Vlaams niveau vastgelegd zijn voor de bachelor en de master Geneeskunde. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor geneeskunde zijn verder conform de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleiding Geneeskunde te Gent was actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan Artsopleiding van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra uit 2009. Via focusgroepgesprekken van de Vlaamse

Interuniversitaire Raad (VLIR) werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld. De DLR zijn ook vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten voor de bachelor en de master, die volgens de commissie aansluiten bij de eisen van het Vlaams kwalificatieraamwerk. De opleiding voldoet met haar beoogd eindniveau aan de eisen van het internationale vakgebied door te werken met de CanMEDS-rollen, die naar analogie met het Raamplan Artsopleiding van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra fungeren als referentiekader voor de Vlaamse geneeskundeopleidingen.

De commissie stelt vast dat zowel voor de bachelor als voor de master specifieke leerresultaten ontwikkeld werden die voldoen aan de vereisten. Studenten die afstuderen als **bachelor in de geneeskunde** hebben zich de beginselen van het medisch handelen eigen gemaakt, zowel op vlak van kennis, vaardigheden als attitudes. De opleiding wil zich verder profileren door studenten al vroeg kennis te laten maken met de klinische, maatschappelijke en wetenschappelijke context van het medisch handelen. De studenten behalen aan het einde van de bacheloropleiding negen specifieke leerresultaten, die afgestemd zijn op de DLR en de Vlaamse kwalificatiestructuur. Voor de **master in de geneeskunde** baseert de opleiding zich op de zeven CanMEDS-rollen en 32 uitgeschreven deelcompetenties. De rollen zijn vertaald naar zeven competentiegebieden: 'De medische expert', 'Wetenschapper', 'Professional', 'Communicator', 'Teamspeler', 'Gezondheidspromotor' en 'Manager'. De commissie stelt vast dat de opleidingsspecifieke leerresultaten voor de master voldoen aan de DLR en aan de Vlaamse kwalificatiestructuur. De opleiding heeft de relatie tussen domeinspecifieke leerresultaten, de opleidingsspecifieke leerresultaten (OLR) en het onderwijsprogramma overtuigend aangetoond in de matrix van het curriculum. De commissie stelt vast dat de opleiding moeite heeft met de opdeling die verplicht gemaakt wordt tussen de 'twee cycli'. De opleiding stelt dat de kracht van haar verhaal is dat de klinische context vroegtijdig gelinkt wordt aan de basiswetenschappen en dat de opleiding geneeskunde als een continuüm beschouwd dient te worden. Ondanks deze opvatting heeft de opleiding separate OLR gedefinieerd voor de bachelor en de master. Het gedefinieerde niveau van de eindtermen komt goed overeen met de Dublin Descriptoren.

De commissie waardeert het eigen karakter waarmee de opleiding zich profileert. De opleiding besteedt in het onderwijs veel aandacht aan de ontwikkeling van het transformatief leren en *social accountability*. (Lancet 2010). Gelijke kansen en maatschappelijke aansprakelijkheid zijn voor de

opleiding een belangrijk aandachtspunt. De opleiding stelt dat ze naast experts en hulpverleners voornamelijk veranderingsactoren wil opleiden, die de processen binnen het gezondheidszorgsysteem ook kunnen veranderen. Studenten moeten ervaring opdoen in *change management* en actief kritisch reflecteren, zowel over zichzelf als over de processen waar ze aan deelnemen. Daarbij moeten studenten niet enkel een lokaal perspectief hebben maar ook een globale blik hanteren. De opleiding wil het belang van de maatschappelijke context en de keuzes in de gezondheidszorg benadrukken naar de studenten toe en hen voorbereiden op *global health*.

De opleiding heeft op een heldere en vernieuwende manier het verband tussen DLR, OLR, curriculum en eigen profiel beschreven in een goed leesbare zelfevaluatie, waarbij ze ook een sterke- en zwakte analyse met toekomstperspectief aan toegevoegd heeft. De commissie stelt vast dat het beoogde eindniveau van de opleiding voldoet aan de basisvereisten en conform het domeinspecifieke leerresultatenkader en de Vlaamse kwalificatiestructuur is. De opleiding richt haar niveau in overeenstemming met de vigerende wetgeving en richtlijnen in, zowel op Vlaams, Federaal als Europees niveau. De commissie stelt dan ook vast dat de opleiding wat het beoogde niveau betreft voldoet aan de eisen van het internationale vakgebied en aan de eisen van de beroepsgroep.

Concluderend is de commissie van mening dat de opleiding kiest voor een duidelijk uitgewerkt profiel en een heldere visie, met de uitgesproken focus op de dokter van de toekomst, als wereldburger en sociaal verantwoordelijk individu. De opleiding levert een actieve bijdrage aan nieuwe ontwikkelingen in het medisch onderwijs. Meerdere docenten zijn nauw betrokken bij nationale en vooral internationale organisaties op het gebied van medisch onderwijs. Volgens de commissie voldoet de opleiding zeker aan de basiskwaliteit voor het beoogde eindniveau. Door de kritische zelfreflectie, de goed verantwoorde matrix van het onderwijsprogramma en de uitgesproken en moderne profilering overstijgt de opleiding systematisch de basiskwaliteit voor deze kwaliteitswaarborg, waardoor de commissie dan ook de score goed wil toekennen aan de opleiding voor deze GKW. Verder in het rapport gaat de visitatiecommissie verder in op hoe dit profiel en deze visie vertaald worden in de praktijk.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleidingen Bachelor en Master in de geneeskunde als VOLDOENDE.

De faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen is verantwoordelijk voor de inrichting van het onderwijs en het onderzoek, maar de sturing van het onderwijsproces gebeurt door de opleidingscommissie, die de faculteitsraad adviseert. De opleiding werkt met blok- en lijncommissies, die onder leiding van een blok- of lijncommissievoorzitter voor de **concrete** uittekening van de activiteiten binnen het blok of binnen de lijn zorgen. De opleiding volgt het onderwijsconcept 'creatieve kennisontwikkeling' van de UGent en heeft haar programma uitgewerkt op basis van het onderwijskundig concept 'sociaal constructivisme'. Daarbij kiezen de opleidingsverantwoordelijken voor probleemgericht leren, aangevuld met een focus op gemeenschapsgerichtheid waarmee studenten aangeleerd worden op te treden als *change agents*. De opleiding gaat uit van een student-georiënteerd en student-gestuurd leerproces, kennis ontwikkelen wordt door de opleiding gezien als een creatieve competentie die focust op de ontwikkeling van een kritische houding. Naar aanleiding van de opmerkingen van de vorige visitatiecommissie zijn de opleidingen geneeskunde in Vlaanderen geëvolueerd van een zevenjarige naar een zesjarige opleiding. Op 1 oktober 2012 ging de zesjarige opleiding van start, waardoor de opleidingen geneeskunde momenteel in een 'overgangsfase' zitten. De bacheloropleiding bestaat nog steeds uit 180 studiepunten verspreid over drie jaar. De masteropleiding bestaat in het zesjarig curriculum uit 180 studiepunten verspreid over drie jaar, terwijl ze in het zevenjarig curriculum nog bestaat uit 240 studiepunten verspreid over vier jaar. Op het moment van de visitatie volgden twee studentencohorten reeds het zesjarig curriculum.

De commissie stelt vast dat de opleiding bestaat uit een programma dat enerzijds op een biomedische pijler steunt en anderzijds op een psychosociale pijler. De opleiding wil een thematisch geïntegreerd curriculum ontwikkelen waarin biologie, ecologie, sociologie en psychologie een plaats hebben en waar de sociale verantwoordelijkheid van de arts centraal staat. Het **bachelorcurriculum** is opgebouwd volgens de moderne structuur van blokken en lijnen, waarbij de blokcommissievoorzitters een selectie maken van de eindtermen en die inpassen in de blokken en lijnen. Dit gebeurt via een matrixbenadering. Over de drie studiejaar heen worden 18 thematische blokken en vier lijnen aangeboden. In de V-lijn komen de klinische, technische en communicatieve vaardigheden aan bod, in de

P-lijn het probleemoplossend vermogen, in de Z-lijn het zelfstandig wetenschappelijk werk en in de E-lijn ten slotte komen exploratie, ethiek en professionele ontwikkeling aan bod. De commissie waardeert de aandacht die de opleiding spendeert aan wetenschappelijke vorming. Wetenschap krijgt via de P-lijn en de Z-lijn van bij het begin een plaats in de opleiding en zorgt ervoor de studenten gradueel opgeleid kunnen worden tot kritische wetenschappelijke denkers. De negen competenties worden in een matrix gekoppeld aan de opleidingsonderdelen.

De **blokken** volgen de traditionele opbouw en beginnen bij de negen competenties, die centraal staan in het bachelorprogramma. De focus ligt op de eerste competentie, met name het begrijpen van de normale en de afwijkende biologische structuur en functie. De opbouw begint bij de normale functie, gevolgd door de pathologische functie. Later volgen de kliniek en de patiënten. De opleiding werkt niet expliciet met de CanMEDS-rollen in de bachelor, maar koppelt via een matrix de DLR aan de opleidingsonderdelen. Met de blok- en lijnstructuur maakt de opleiding het mogelijk om geïntegreerd onderwijs aan te bieden aan studenten. De commissie stelt vast dat de integratie in de blokken beperkt is tot een horizontale integratie van verwante vakken. De commissie stelt dat aan de slag gaan met multidisciplinaire geïntegreerde blokken een meerwaarde zou betekenen voor het onderwijs in het bachelorcurriculum, door de kliniek en de patiënten nog vroeger in het curriculum aan bod te laten komen. Het **lijnonderwijs** is volgens de commissie een sterk punt in het curriculum, dat duidelijk verder gaat dan de traditionele structuur van de blokken. De professionele ontwikkeling en *social accountability* komen samen met het zelfstandig wetenschappelijk werk sterk naar voor in deze lijnen. Over het algemeen beschouwd vindt de commissie de keuze om studenten vanaf eerste bachelor longitudinaal een patiënt te laten opvolgen een positieve keuze en stelt dat de koppeling van de klinische context aan de theorie ook in de blokken expliciet mag gebeuren.

De studenten worden voorbereid op de praktijk en stages via de **V-lijn**, waarin de vaardigheden aangeleerd worden. De eerste bachelorfase bestaat voornamelijk uit EHBO, communicatie en de basis van het locomotorisch onderzoek. Studenten worden in de tweede fase geconfronteerd met complexer lichamelijk onderzoek, een spiraal die zich verder zet in de derde bachelorfase, waar studenten onder andere consultvoering leren. Het skillslab is een belangrijke plaats om deze vaardigheden te oefenen en in de V-lijn worden disciplineoverschrijdende connecties gelegd met de blokken. De aangeleerde vaardigheden worden aan het eind van de V-lijn ook getoetst

in zogenaamde stations, waarover meer in GKW 3. De opleiding kiest reeds in de eerste bachelor voor een kennismaking met de praktijk via het contact met een patiënt met mucoviscidose en een 1-daagse stage huisartsgeeneeskunde. In de tweede bachelorfase lopen de studenten gedurende twee weken stage in een woon- en zorgcentrum. De commissie waardeert in het bijzonder het project 'Gemeenschapsgerichte Eerstelijnsgezondheidszorg', een project waarbij studenten op bezoek gaan bij gezinnen die in armoede leven, de hulpverleners betrokken bij het gezin bezoeken en dit in een interdisciplinaire groep studenten bespreken. Tijdens hun opleiding krijgen studenten voldoende mogelijkheden om hun vaardigheden te trainen, via zogenaamde introductiesessies, maar ook via boostersessies, waarin studenten de kans krijgen om een aantal specifieke vaardigheden te oefenen met een trainer en met student-assistenten. Er kan ook plaats gereserveerd worden in zelfstandige oefensessies, waar studenten gemiddeld twee maal per jaar gebruik van maken. Het vaardigheidsonderwijs in de V-lijn is volgens de commissie goed uitgewerkt, maar er kan nog meer gekozen worden voor leren in de context door studenten vroeger in contact te brengen met patiënten, als toegevoegde waarde aan het onderwijs. De commissie beveelt de opleiding aan om het professioneel gedrag van de studenten bij te houden in een portfolio, als aanvulling op het curriculum.

Het probleemoplossend vermogen in de **P-lijn** focust in de eerste fase op informatieverwerking en design van wetenschappelijk onderzoek, waar in de tweede fase op verder gebouwd wordt met medische statistiek en principes van besliskunde, om in de derde fase af te sluiten met tutorials medische probleemoplossing. De Z-lijn behandelt het zelfstandig wetenschappelijk werk dat de studenten dienen uit te voeren en begint in de bachelorfase met een aantal persoonlijke werken rond een specifiek thema: Gezondheid en maatschappij in de eerste fase en een biomedisch onderwerp in de tweede fase. In de derde fase voeren de studenten een statistische analyse uit. De laatste lijn, de E-lijn, focust op exploratie in de gezondheidszorg en ethiek. Tijdens de bachelorfasen wordt de structuur van de Belgische gezondheidszorg progressief toegelicht. Een cruciaal onderdeel van de E-lijn in deze fasen is het zogenaamde Studium Generale, waarmee de docenten studenten in contact willen brengen met allerlei aspecten van cultuur die met Welzijn en Gezondheid te maken hebben en die niet in de andere opleidingsonderdelen aan bod komen. De docenten willen studenten een bredere kijk op de wereld geven, voornamelijk door aandacht te besteden aan geschiedenis van de geneeskunde, wetenschapsfilosofie en ethiek. De doorgedrongen specialisatie zorgt ervoor dat de blik van de studenten vaak verengt, een van de redenen waarom de op-

leiding studenten aanzet om een open mind te hanteren en te kijken naar de positie van de arts in de samenleving. Studenten worden aangemoedigd om eigen initiatief te nemen, oefenen in persoonlijke stellingname en wakkeren hun gezonde nieuwsgierigheid aan, niet enkel op medisch vlak, maar ook op maatschappelijk en ethisch vlak.

De vorige visitatiecommissie haalde aan dat er **te weinig keuzeonderwijs** gegeven werd en maakte de prioritaire aanbeveling om een speciaal wetenschappelijk traject te maken voor studenten. Studenten hebben de mogelijkheid om in de vierde masterfase in een formeel keuzeopleidingsonderdeel te kiezen uit het volledige aanbod van de universiteit. De faculteit heeft een honours programme ingevoerd, waarin excellente studenten vanaf de tweede bachelorfase een apart traject kunnen volgen waarin ze meer keuze krijgen. De visitatiecommissie waardeert de invoering van dit traject, maar stelt vast dat dit uiteraard maar een beperkte groep studenten bereikt. In het kader van de opdrachten in de Z-lijn in de eerste en tweede bachelorfase biedt de opleiding ook keuzemogelijkheden aan, net als voor het onderwerp van de masterproef.

Het **mastercurriculum** bouwt verder op het bachelorcurriculum en hanteert dezelfde blokken- en lijnstructuur. De master is vrij hiërarchisch gestructureerd, met een steeds toenemende complexiteit en een groeiende verantwoordelijkheid bij de studenten. De commissie stelt vast dat de eerste twee masterjaren net als de bachelorjaren vrij theoretisch opgebouwd zijn, met opnieuw de thematische blokken als fundamenteën van het curriculum. De opleiding heeft ervoor gekozen om de lijnen die in de bachelorjaren opgestart zijn verder te zetten als continuum in de master. Het derde masterjaar is hoofdzakelijk opgebouwd uit klinisch onderwijs in de vorm van stages, aangevuld met een opleidingsonderdeel 'Reflecties over de klinische praktijk' en het 'Geïntegreerd Klinisch Eindexamen' (GKE). De CanMEDS-rollen krijgen in de master een expliciete plaats in de vertaling van de zeven competentiegebieden van de opleiding naar het curriculum.

Het eerste competentiegebied, dat van **medisch expert**, staat centraal in de blokken van de eerste twee masterjaren van de opleiding. Multidisciplinaire blokken als 'Problemen van hart, longen, bloedvaten, bloedvormende organen en nieren I & II' en 'Problemen van de oudere' vertrekken van die thematische benadering van de medisch expert, met een focus op het verwerven van kennis en inzicht. Tijdens die blokken legt de opleiding telkens de link met de rol van gezondheidspromotor en manager.

Het competentiegebied **wetenschapper** komt hoofdzakelijk terug in de Z-lijn, die in de masterjaren volledig ingevuld wordt door de masterproef, waarvoor studenten reeds in de derde bachelorfase een onderwerp kunnen kiezen. Vanaf het eerste masterjaar wordt de masterproef geschreven, om in de tweede fase te worden afgewerkt. De student vertrekt van een wetenschappelijk literatuuronderzoek, maar in enkele gevallen kan vertrokken worden van een experimenteel onderzoek, waarbij de student zelf (een deel van) de resultaten bekamt. De commissie treft tijdens het bezoek nog een aantal narrative reviews aan, maar de opleiding heeft de ambitie om studenten enkel te laten kiezen tussen een systematic review of het experimenteel onderzoek. De inplanning van de masterproef in de tweede masterfase, voor studenten op stage vertrekken, heeft volgens de commissie geen impact op de kwaliteit van de masterproef. De thema's worden gekozen door de studenten in overleg met hun promotor. De onderwerpen worden door de docenten aangereikt, maar worden beoordeeld door een commissie wetenschappelijk onderzoek. Studenten organiseren in de loop van het jaar een symposium waarop de masterproeven voorgesteld kunnen worden aan de medestudenten, een initiatief dat de commissie waardeert. De begeleiding is adequaat, en de opleiding heeft een degelijk plagiaatbeleid uitgewerkt. Studenten zijn verplicht om hun masterproef elektronisch op te laden en te laten scannen, waarop alles gearchiveerd wordt.

In de eerste twee masterfases ligt de nadruk in de **P-lijn** op klinische lessen en oefeningen in *evidence based medicine*, waarbij de studenten getraind worden in de rollen van **wetenschapper, professional, teamspeler en manager**. De klinische lessen bestaan zowel uit monodisciplinaire lessen, die vertrekken vanuit het perspectief van de specialist, als multidisciplinaire lessen, die vertrekken vanuit de huisartsgeneeskunde. De gehanteerde methodologie bestaat uit de verheldering van de hulpvraag van een aanwezige patiënt, waarna een diagnostisch landschap opgesteld wordt en studenten proberen een diagnose te stellen. In de multidisciplinaire setting wordt aandacht besteed aan continuïteit van de zorg en ligt de nadruk op de context.

Het studium generale in de **E-lijn** loopt door naar de eerste masterfase. De opleiding focust ook in deze lijnen op verschillende rollen, waar **professionaal, communicator, teamspeler, gezondheidspromotor en manager** aan bod komt. In dit eerste jaar wordt sterk ingezet op arbeidsgeneeskunde, om studenten een inzicht te verschaffen in de structuur en organisatie van de preventieve gezondheidszorg. Studenten moeten een beleidsnota

uitwerken, in groep, rond een maatschappelijk relevant onderwerp. Bij het schrijven van die nota krijgen studenten tools aangereikt van de WHO en worden ze aangezet om na te denken over verschillende contextfactoren, zoals gezondheidseconomie en dergelijke meer. In de tweede masterfase speelt het keuzepakket met acht verschillende disciplines een belangrijke rol om de interesse van studenten aan te wakkeren. In de interprofessionele oefening zorgstrategie werken studenten geneeskunde samen met studenten voedkunde, verpleegkunde, gezondheids promotie en beheer en beleid aan de uitwerking van een zorgstrategisch plan. Tenslotte werken studenten aan een paper uit de *medical humanities* rond een bepaalde thematiek of vraagstelling.

In de masterfase wordt in de **V-lijn** verder gebouwd aan de technische en communicatieve vaardigheden, met een bijkomende focus op de klinische vaardigheden. De opleiding streeft in de eerste en tweede masterfase in de V-lijn expliciet naar een integratie van communicatieve en klinische vaardigheden, in het kader van geïntegreerde consultvoering. De opleiding zet voornamelijk in op de training van communicatie en klinische vaardigheden, een focus die ook opgemerkt wordt door de vertegenwoordigers van het werkveld. De **stages** vormen een fundamenteel onderdeel van de masteropleiding, waarin aan verschillende competentiegebieden gewerkt wordt: **medisch expert, professional, communicator, teamspeler en manager**. De opleiding richt de stages als observatiestages en als thematische stages in. Tijdens de observatiestages worden studenten 21 halve dagen gekoppeld aan een stafid en volgen ze alle activiteiten die op dat ogenblik uitgeoefend worden. Het stafid speelt daarin een belangrijke rol als rolmodel voor de student en draagt op die manier bij tot de persoonlijke professionele ontwikkeling van de student. De thematische stages bestaan uit vijf dagen huisartsgeneeskunde in de tweede masterfase, een halve dag stage op de palliatieve eenheid en 12u stage op de Huisartsenwachtpost in Gent. De derde masterfase is het basisstagejaar, dat bestaat uit 40 stageweken, gericht op het verwerven van klinische vaardigheden en kliniekervaring voor de vervolgopleiding. Studenten zijn verplicht om acht weken interne geneeskunde te volgen, vier weken bewegingsstelsel, vier weken heelkunde, drie weken huisartsgeneeskunde vier weken pediatrie, vier weken psychiatrie, één week radiologie en vier weken spoeddienst. Aanvullend is er een eerste keuzeblok uit gynaecologie-verloskunde, NKO/dermatologie of neurologie, een tweede keuzeblok kan door de student vrij ingevuld kan worden. Studenten lopen bij voorkeur stage in een algemeen ziekenhuis.

De commissie wenst haar bezorgdheid uit te drukken omtrent de kwaliteit van de **stages** die de studenten doorlopen, een punt van zorg dat ook bij de vorige visitatie werd vermeld. Werkplekleren is een van de belangrijkste onderwijsvormen in de masterfase en gestructureerde feedback is hier een onontbeerlijk onderdeel van. De commissie stelt echter vast dat deze feedback tijdens de stages weinig structuur vertoont en dat de kwaliteit te veel afhangt van de stageplek en van de stagementoren. Om de garantie op een kwalitatief goede stage te verhogen acht de commissie het van belang dat de stagementoren formeel opgeleid worden en dat de opleiding een duidelijk onderwijsprogramma met formele onderwijsmomenten inricht. De stages hebben volgens de commissie baat bij een formatief toetsprogramma dat duidelijk de groei van de studenten zichtbaar maakt. Studenten moeten meer garantie krijgen op structurele ondersteuning in de vorm van feedback, ongeacht de stageplaats en de stagebegeleider. Omtrent de werktijden van studenten volgt de opleiding de Belgische wetgeving, die de Europese richtlijn van 48u opvolgt maar een vrijwillige opt-out mogelijk maakt. Op basis van de gesprekken met de studenten en het werkveld stelt de commissie vast dat de vastgelegde norm van 48u regelmatig overschreden wordt in een aantal disciplines. Het terugkerend patroon is dat de studenten 50u werken in het ziekenhuis, 60u als ze dienst hebben, waar de terugkomdagen en de zelfstudie tijdens de stage nog bovenop komen. De werktijden van studenten worden door de opleiding opgevolgd, maar de verantwoordelijkheid wordt voornamelijk bij de ziekenhuizen en de studenten gelegd. De commissie stelt dat studenten in staat moeten zijn om binnen de 48u de leerdoelen te halen. De commissie vraagt de opleiding om dit nauwlettend in de gaten te houden op alle stageplekken. De afsluiting met terugkomdagen en het opleidingsonderdeel 'Reflectie over de klinische praktijk' zijn volgens de commissie initiatieven die nodig zijn om studenten bijkomende omkadering te geven en het Geïntegreerd Klinisch Eindexamen (GKE) zorgt ervoor dat de studenten aan het eind van het derde masterjaar moeten aantonen dat ze de juiste competenties behalen. Desalniettemin vraagt de commissie dat de opleiding de omkadering van haar stages herbekijkt. De commissie denkt dat de problemen rond de stage verholpen kunnen worden door de **stagementoren bij te sturen en op te leiden**, voornamelijk wat het geven van goede feedback betreft. De beperkte middelen van de opleiding zorgen ervoor dat de bijsturing van de stagementoren, in het bijzonder in de perifere ziekenhuizen, een moeilijke taak is, maar de commissie acht het van belang dat het niveau van de stagebegeleiding opgekrikt wordt. De commissie waardeert dat het vaardigheidsonderwijs begeleid wordt door begeleiders die ervaring hebben in de praktijk, maar de meeste stagementoren nemen het begeleiden

van studenten 'erbij', **bovenop hun reguliere dagtaak**. De tijd die voorzien kan worden voor het geven van onderwijs en het volgen van een Teach the Teacher-training is dan ook eerder beperkt. De begeleiders zijn volgens de commissie degelijke klinische medewerkers, maar niet noodzakelijk wetenschappers. Voor een aantal stagementoren uit de periferie zijn de leerdoelen van de studenten ook niet altijd even helder. De commissie wil de plaats- en persoonsafhankelijkheid van de kwaliteit van de begeleiding aanstippen als een belangrijk aandachtspunt van de opleiding en stelt dat er meer structuur en organisatie dient te komen in de feedback aan studenten. De opleiding organiseert enquêtes bij de studenten om een duidelijke beoordeling van de stageplaatsen te kunnen maken. Dit is echter niet bij alle perifere stagemeesters bekend, enkel de directe contactpersoon kent deze.

Het **uitdovende masterjaar** dat in het academiejaar 2017–2018 voor het laatst georganiseerd zal worden bestaat uit drie afstudeerrichtingen: ziekenhuisarts, huisarts en maatschappelijke gezondheidszorg. Elke afstudeerrichting is opgebouwd uit een major 'praktijk' en een major 'wetenschappelijk onderzoek'. De programma's in het vierde masterjaar vertrekken telkens van een specifieke stage, aangepast aan de oriëntering van de afstudeerrichting. In de major 'praktijk' wordt verder gefocust op capita selecta uit de respectievelijke subdisciplines. In de major 'wetenschappelijk onderzoek' werken de studenten onder begeleiding van een promotor aan een onderzoeksproject dat aanleiding geeft tot een rapport en een openbare verdediging. De commissie stelt vast dat de stage in de vierde masterfase gebruikt wordt voor de selectie van het toekomstig specialisme. De commissie is van mening dat de vermenging van het behalen van leerdoelen van een stage en selectie op gespannen voet staan.

De commissie stelt vast dat de afstudeerrichting Maatschappelijke Gezondheidszorg naar analogie met de andere universiteiten slechts weinig kandidaten aantrekt. De variant past volgens de opleidingsverantwoordelijken in een breder kader, maar in Vlaanderen werd gekozen voor een systeem waar de uitstroom naar niet-patiëntgerelateerde activiteiten beperkt is, aangezien er een afstemming is tussen het aantal opleidingsplaatsen en de instroom. In het academiejaar 2012–2013 werd slechts één student aangetrokken. De opleiding stelt dat de afwezigheid van aantrekkelijke carrières in de maatschappelijke gezondheidszorg de hoofdoorzaak is hiervoor, aangezien het geen officieel erkend specialisme betreft. De commissie stelt zich vragen bij de levensvatbaarheid van de afstudeerrichting en stelt dat de opleiding deze eventueel dient te heroverwegen. Studenten

zijn volgens de commissie wel in staat om in een veilige leeromgeving de einddoelen van de afstudeerrichting te behalen, aangezien ze ingebed zitten in een bredere structuur waarin de kwaliteit van de opleiding geborgd kan worden.

Over de hele lijn heeft de opleiding een **degelijk maar nog overwegend traditioneel programma** uitgewerkt. De opleiding heeft de ambitie om een studentgeoriënteerd en studentgestuurd leerproces te bieden, dat gevoed wordt door een variatie aan werkvormen. Ze heeft ervoor gekozen om maximaal 10u per week aan acht hoorcolleges te besteden en studenten ook voldoende ruimte te laten voor zelfstudie. De opleiding heeft de beslissing genomen om het aantal hoorcolleges te beperken. De commissie stelt dat deze stap positief is, maar dat de gereserveerde tijd voor hoorcolleges nog steeds hoog ligt. De hoorcolleges worden nog steeds georganiseerd in grote groepen, voornamelijk in de bachelor. De commissie vraagt om een nog duidelijker stap richting kleinschalig onderwijs te zetten en hierbij te kiezen voor onderwijsvormen die dit faciliteren. De commissie heeft net als de vorige visitatiecommissie bedenkingen bij de 'blokboeken' die gehanteerd worden door de opleiding. Hoewel de kwaliteit van het leer materiaal over het algemeen in orde is zijn de blokboeken geen instrumenten waarmee de studenten geactiveerd worden en aangezet worden tot levenslang leren. De studenten geven aan dat de blokboeken aangevuld worden met slides uit de lessen en opgegeven literatuur, maar dat de blokboeken hen vooral zekerheid verschaffen over wat er op het examen gevraagd zal worden. De commissie is van oordeel dat deze traditionele blokboeken deel uitmaken van een docent- en examengestuurd leerproces. Er is daarom een discrepantie tussen de traditionele blokboeken en het didactisch concept van de opleiding. Om de omschakeling te maken naar een studentgecentreerd leerproces is het volgens de commissie wenselijk om te kiezen voor kleinschalig, interactief onderwijs waarin de studenten gestimuleerd worden om verder te zoeken dan het aangereikte leer materiaal. De opleiding geeft in het lijnonderwijs reeds een aanzet door te kiezen voor een variatie aan vernieuwende onderwijsvormen. De nadruk op *social accountability* is ook volgens de commissie mooi zichtbaar in de verschillende initiatieven die de opleiding neemt om studenten kennis te laten maken met gezondheidscentra in verschillende Gentse wijken om zich bewust te worden van de maatschappelijke context en de keuzes in de gezondheidszorg.

Voor uitwisselingen wordt beroep gedaan op partnerinstellingen uit het buitenland. Er zijn meer uitgaande dan inkomende studenten. Dit onevenwicht komt er voornamelijk door de taalbarrière die het Nederlands op-

werpt voor buitenlandse studenten. De kennis van het Nederlands wordt verwacht van inkomende studenten, gezien de noodzaak hiervoor in bepaalde diensten. Voor laboratoriumwerk kan een uitzondering gemaakt worden. De opleiding stelt dat 65% van haar studenten een buitenlandse ervaring heeft opgedaan, hetzij via Erasmus, hetzij via een overzeese uitwisseling. De commissie stelt met tevredenheid vast dat in vergelijking met andere opleidingen dit een hoog percentage is.

Het onderwijsprogramma wordt gedragen door een zeer gemotiveerde en enthousiaste groep docenten die werken als een team. De commissie treft docenten aan die gedreven zijn om goed onderwijs te maken en zijn net als de stagebegeleiders enthousiast over 'hun' studenten. De opleiding is over het algemeen in control over de kwaliteit van het onderwijzend personeel, dat klinisch actief is en aan wetenschappelijk onderzoek doet. Bij de aanwerving van nieuwe docenten wordt een proefles georganiseerd, waar zowel studenten als andere leden van de opleidingscommissie op aanwezig zijn. Op basis van de score wordt al dan niet aangegeven of er advies nodig is om een bijkomende cursus te volgen. Verder organiseert de opleiding op regelmatige basis studentenevaluaties over de kwaliteit van de docenten. Bij herhaaldelijk slechte resultaten kunnen sancties volgen. De commissie waardeert deze inspanning, maar stelt dat een verplichte basiscursus onderwijs voor docenten een meerwaarde zou bieden voor de kwaliteit van het gegeven onderwijs. Recent is een nieuw loopbaanmodel voor ZAP-leden ingevoerd dat hopelijk positief doorwerkt voor het onderwijs. Door het professionaliseringsaanbod te verplichten en specifiek in te zetten op een rolspecifieke training, zowel op domeindeskundig als onderwijskundig vlak, versterkt de opleiding volgens de commissie haar personeelsbeleid. De studenten en docenten geven tenslotte aan dat het aantal docenten in de opleiding voldoende is. De commissie kon echter geen duidelijke student:docent ratio vaststellen.

De opleiding hecht veel belang aan de betrokkenheid van de studenten bij de organisatie van de opleiding. Studenten nemen deel aan de opleidingscommissie en hebben zichzelf georganiseerd in het SWOP, de Studenten-Werkgroep Opleiding. De commissie waardeert deze intense participatie van studenten aan de organisatie van het onderwijs, duidelijk ingebed in een uitgesproken visie op studentenparticipatie, zowel bij de opleiding als bij de studenten. Studenten kijken verder met een ervaringsgerichte blik naar het programma en melden problemen, waar door de opleiding snel op ingespeeld wordt. De commissie stelt dat de studentenparticipatie nog versterkt kan worden door onderwijskundige training en ondersteuning,

waardoor studenten de blokboeken en de vertrouwde toetsvormen ook kunnen loslaten. De eerder vermelde evaluaties van docenten door studenten worden universitair georganiseerd. De opleiding verzorgt de feedback naar de studenten en indien nodig naar de opleidingscommissie.

De voorzieningen voor en omkadering van de studenten voldoen volgens de commissie aan de basisvereisten. De infrastructuur is functioneel, maar komt wat verouderd over. De collectie van de bibliotheek is vlot elektronisch toegankelijk en studenten hebben ook van thuis uit toegang. De opleiding heeft een studielandschap ingericht in het Universiteitsziekenhuis, maar het ontbreekt de studenten momenteel aan een aparte ruimte voor zelfstudie in stilte en lokalen waar groepswerken kunnen doorgaan. De opleiding heeft wel de ambitie om binnenkort een innovatief onderwijslandschap in te richten op de campus.

Het skillslab wordt frequent geconsulteerd en heeft ook alle basisvoorzieningen. De commissie stelt echter vast dat het lab moderne ontwikkelingen mist om interactief aan de slag te gaan in het vaardigheidsonderwijs. Er is geen mogelijkheid tot ICT gestuurde simulatie, met uitzondering van het reanimatieonderwijs, en het mist een observatieruimte en de mogelijkheid tot videoregistratie voor de communicatie met patiënten. Het skillslab staat volgens de commissie onder grote druk door het aantal studenten en heeft nood aan voldoende ondersteuning en uitbreiding om studenten de kans te geven zich voor te bereiden om de medische professie van de toekomst. De commissie wil wel haar waardering uitspreken voor het leerprogramma en het systeem dat uitgewerkt werd voor het reanimatieonderwijs. De training in *Basic Life Support* wordt erg goed aangepakt door de opleiding. In het ziekenhuis zijn er kleine lokalen waar studenten computergestuurd kunnen oefenen op modellen.

De opleiding geeft zelf aan dat er een tekort is aan leslocaties, wat tijdens het visitatiebezoek bevestigd wordt door de commissie. De faculteit heeft dit probleem reeds gesignaleerd, maar geeft aan dat de budgetten vastliggen tot 2018. Er werd reeds geïnvesteerd in een nieuw studielandschap en een dissectielokaal. Studenten wijken uit naar perifere campusen om les te volgen, maar dit wordt door studenten niet als een ongemak beschouwd. De commissie is van oordeel dat het 'studielandschap' voor de studenten aangepast moet worden aan de nu geldende eisen, waarbij onbeperkte toegankelijkheid en up to date ICT voorzieningen met een wireless campus voorwaarde zijn.

De commissie stelt vast dat wat de opleiding qua voorzieningen aanbiedt voldoende is, maar dat er nog verdere verbetering mogelijk is. De studenten maken wisselend gebruik van ICT en doen dit vaak op eigen initiatief. De opleiding biedt middelen aan in de vorm van het portfolio en de elektronische leeromgeving Minerva, maar deze zijn inhoudelijk nog niet volledig uitgebouwd in de begeleidingssystematiek. Minerva is voor de studenten voornamelijk het online platform waarop ze de belangrijkste informatie terug kunnen vinden. Het platform is volgens de commissie toegankelijk en stelt studenten in staat om zowel voor kennis als voor vaardigheden de nodige informatie terug te vinden.

De opleiding is er volgens de commissie in geslaagd om een samenhangende en toegankelijke leeromgeving te ontwikkelen. De curriculummanager van de opleiding is het eerste aanspreekpunt van de studenten, waarna indien nodig doorverwezen kan worden naar de opleidingscommissie of de studentenpsychologen van de universiteit. De studenten kunnen rekenen op het 'monitoraat', dat bestaat uit een trajectbegeleider en twee studiebegeleiders. Deze begeleiders helpen de studenten voornamelijk op vlak van studierendement en studievoortgang. In het geval van studieachterstand kan er een geïndividualiseerd traject opgesteld worden, waarin studenten een aantal studiepunten van het vorige jaar kan meenemen voor het volgende. Voor de overgang van bachelor naar master is dit pakket beperkt tot 15 à 20 studiepunten, rekening houdend met de volgtijdelijkheid. De commissie kon vaststellen dat de opleiding een hoog studierendement kent en dat er een hoge graad van studie-efficiëntie is. Het programma is goed studeerbaar en studenten spenderen tussen de 40u en de 50u per week aan hun opleiding. De commissie wil de opleiding wijzen op de hoge druk die hiermee gepaard gaat, in het bijzonder in combinatie met de stages en co-assistentenschappen.

Studenten met een functiebeperking kunnen gebruik maken van het universiteitsbrede 'Bijzonder Statuut', dat hen in staat stelt om te studeren ondanks bepaalde beperkingen. De studenten krijgen de mogelijkheid een individueel traject te volgen en in overleg met docenten en stagebegeleiders kunnen er aanpassingen doorgevoerd worden aan de leervorm. Bij psychologische problemen kan het traject eventueel verlengd worden en kunnen de studenten rekenen op begeleiding. Tijdens de stage in de master kunnen studenten terecht bij de coördinator indien ze zich onheus bejegend voelen op stage of indien ze problemen willen melden.

De commissie stelt vast dat studenten uit andere opleidingen via een individueel traject als zij-instromer kunnen starten in de opleiding. Doordat de opleiding het niveau van haar leerresultaten hoger legt dan de andere universiteiten moeten studenten die overstappen zich individueel bijschoolen om mee op peil te zijn. Ondanks de duidelijke profilering is er geen bezwaar voor de overstap van bachelorstudenten. Studenten die instromen uit andere bacheloropleidingen moeten bijgeschoold worden in NKO en Dermatologie, aangezien Gentse studenten dit reeds in de bachelor klinisch gezien hebben. Doordat zij-instromers in augustus het examen kunnen afleggen lopen zij geen studieduurvertraging op.

De commissie herkent bij de opleiding een duidelijke verbetercultuur en een systematische aanpak en opvolging van verbeteracties. Via een PDCA-cyclus is de opleiding op een georganiseerde manier aan de slag gegaan met de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie. Studenten zijn hier steeds bij betrokken, onder andere via het SWOP, dat een belangrijke rol gespeeld heeft bij de totstandkoming van het zesjarig curriculum. De opleiding sleutelt regelmatig aan de opleiding om het programma te verbeteren en het proces dat in 2005 in gang gezet werd is nog niet afgerond. De aanbevelingen die bij de vorige visitatie in 2005 werden gedaan zijn grotendeels opgevolgd. De aanbevelingen over de kwaliteit van de stages, de beperkte deels verouderde faciliteiten en het beperkte keuzeonderwijs blijven echter onveranderd. Op deze gebieden doet de huidige commissie aanvullende aanbevelingen.

Samenvattend stelt de commissie vast dat vorm en inhoud van het opleidingsprogramma voldoen aan de basiskwaliteit. Er is daarbij zeker ruimte voor verder verbetering van het programma door meer nadruk te leggen op kleinschalige, studentgecentreerde onderwijsvormen en door meer variatie in onderwijsvormen aan te brengen. Het docentencorps is gemotiveerd en van goed niveau. De docenten zijn goed betrokken bij wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg. De voorzieningen voor de studenten, vooral het aantal leslokalen, het studielandschap en het skillslab behoeven modernisering. De kwaliteit van de stages in de masterjaren is wisselend, en te veel afhankelijk van individuele omstandigheden. Het longitudinale mentoraat tijdens de masterfase is een sterk punt van de opleiding. De commissie heeft bezwaren tegen het gebruik van langere perioden van onderwijs als selectieperiode voor toekomstige specialismen. Alles overwegend komt de commissie tot het oordeel dat zowel de bacheloropleiding als de masteropleiding voldoen aan de basiskwaliteit voor het onderwijsproces.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De opleiding volgt het centrale **toetsbeleid** van de UGent, dat gebaseerd is op een competentiemodel en expliciteert welke competenties verwacht worden van studenten die afstuderen aan de universiteit. Het toetsbeleid vertrekt van het meten van geïntegreerde kenniscompetenties, een aanpak die de opleiding Geneeskunde ook onderschrijft. De opleiding heeft een duidelijk overzicht gemaakt waarin de relatie tussen de toetsvorm en de opleidingsspecifieke leerresultaten in weergegeven wordt en heeft de ambitie richting een meer geïntegreerd toetsbeleid te evolueren. In dit beleid spelen geïntegreerde stationsproeven voor de vaardigheden en het Geïntegreerd Klinisch Eindexamen een belangrijke rol, door hun expliciete focus op het toetsen van competenties. Ondanks deze ambitie stelt de commissie vast dat de opleiding een vrij traditioneel toetsbeleid heeft uitgewerkt, dat nog sterk gericht is op een summatieve toetsing van de feitenkennis van de studenten. Door het semestersysteem dat de opleiding hanteert wordt zowel tijdens de bachelor als de eerste twee masterjaren voornamelijk tijdens de examenperiode op het einde van het semester getoetst. De commissie vindt twee keer per jaar evalueren te weinig. Door te comprimeren in de eindtoetsen moeten studenten op korte tijd veel kennis verwerven, waardoor er weinig retentie van die kennis is. De toetsen zijn zowel in de bachelorfase als in de vroege masterfasen overwegend kennisgericht, met toetsvragen die in de bestudeerde blokken van wisselende kwaliteit zijn. De variatie en de redactie van de vragen kunnen volgens de commissie verbeterd worden en zijn tot op heden nog sterk gericht op kennisreproductie. De commissie suggereert dat de studenten vaker formatief getoetst kunnen worden en dat de opleiding gebruik kan maken van *assessment for learning*, wat gepaard gaat met een betere spreiding van de toetsing. Het Geïntegreerd Klinisch Eindexamen (GKE) is het instrument bij uitstek van de opleiding om na te gaan of alle competenties behaald zijn en is de garantie die de opleiding heeft dat ook de laagst scorende student aan de minimale eisen zal voldoen.

Binnen de **bacheloropleiding** wordt een breed gamma aan instrumenten gehanteerd om de beoogde leerresultaten te evalueren, zowel op vlak van kennis, vaardigheden en attitudes. Het niveau van de bloktoetsen is volgens de commissie van voldoende niveau. De opleiding levert een overzicht van de verschillende toetsvormen in relatie tot de OLR. De negen

competenties worden adequaat getoetst. Tijdens de bacheloropleiding krijgt professioneel gedrag een meer zichtbare plaats in het curriculum. Er wordt expliciet gekozen voor gedragsaspecten die observeerbaar en dus ook meetbaar zijn: omgaan met werk, omgaan met anderen, omgaan met eigen functioneren en omgaan met de instelling en het gezondheidssysteem. De opleiding wil onprofessioneel gedrag zo vroeg mogelijk detecteren via een systeem van overlappende waarnemingen, waarbij remediëring en longitudinale follow-up belangrijk is. Studenten reflecteren in groepjes onder begeleiding van een mentor, waarmee regelmatige contactmomenten georganiseerd worden: 3 intervisiesessies en een individueel gesprek. De commissie waardeert dit aangezien dit de opleiding in staat stelt om studenten longitudinaal op te volgen.

Ook in de **masteropleiding** hanteert de opleiding een breed gamma aan toetsinstrumenten. De masterproef en de stage nemen een centrale plaats in de toetsing in de latere jaren, terwijl de toetsing in de eerste twee jaren nog grotendeels via de traditionele examens gebeurt. De student werkt in de eerste masterfase aan de neerslag van nieuw, oorspronkelijk en eigen wetenschappelijk werk, waarmee ze de onderzoekscyclus doorloopt onder begeleiding van een ervaren onderzoeker. Het onderzoek wordt afgewerkt in de tweede masterfase, waar het zoals eerder gemeld de vorm kan aannemen van een systematisch literatuuronderzoek dan wel een experimenteel onderzoek. De commissie heeft een relevantie selectie werkstukken bekeken, die voldoen aan de vereiste elementen van wetenschappelijk onderzoek op masterniveau. De opleiding heeft als onderdeel van de **masterproef** in de derde masterfase een Geïntegreerd Klinisch Eindexamen (GKE) uitgewerkt, dat bestaat uit vier verschillende onderdelen die kennis en vaardigheden toetsen op het eindniveau van de basisarts. Dit GKE bestaat uit een multiple choice examen met 120 vragen, een stationsexamen klinische vaardigheden, een integratiecluster communicatie en zogenaamde long cases, die het klinisch-diagnostisch en therapeutisch functioneren van de student evalueren. In het stationsexamen wordt gewerkt met realistische praktijksituaties om de klinische vaardigheden te toetsen, in de integratiecluster gaan studenten aan de slag met een simulatiepatiënt, zoals ook het geval is in de stationsproeven uit de tweede master. De long cases worden geëvalueerd door een driekoppige jury. De student wordt in een eerste deel ondervraagd door de jury over het casussenportfolio, die ze bijhouden tijdens de stage. In een tweede deel voert de student zelfstandig de ondervraging en het onderzoek van de patiënt, in aanwezigheid van de jury. De commissie stelt dat door deze vorm van eindtoetsing, waarbij gewerkt wordt met meerdere docenten die zich een oordeel vormen over de

student, de opleiding een zeker systeem van externe validatie ingebouwd heeft. Het eindniveau wordt volgens de commissie gegarandeerd op deze manier. In het kader van het competentiegericht denken lijkt het de commissie echter wenselijk om de geïntegreerde toetsing niet pas op het einde van de opleiding te organiseren, maar op diverse plaatsen in het curriculum. Het doel van de toetsing moet zijn om na te gaan of de rollen behaald worden, iets wat beter gedetecteerd wordt tijdens de opleiding in plaats van op het einde ervan. Door formatieve toetsing en feedback te verwerken in de geïntegreerde examens kan het competentiegericht denken versterkt en het effect van de toetsing verbeterd worden.

De toetsing in de **klinische fase van de master** gebeurt hoofdzakelijk tijdens de stage. Om het rendement van de stage te optimaliseren is het voor de opleiding belangrijk dat zowel de stagiair als de stagebegeleider weten wat het doel is van de stage en wat de verwachte leerresultaten zijn. Studenten leggen een aantal opdrachten af om stil te staan bij de stage-ervaringen om het leerrendement te verhogen. Zowel tijdens het leerproces als tijdens de evaluatie van de stage is feedback een essentieel onderdeel. De commissie stelt zoals aangehaald in GKW 2 vast dat de standaardfeedbackmomenten een gemis zijn in de master. De studenten geven zelf aan te weinig feedback te krijgen en in enkele gevallen ook niet te horen wat er op hun evaluatieformulieren is ingevuld. In de stage wordt bij de studenten voornamelijk gelet op de invulling van de rol van medisch expert, terwijl andere rollen als communicator minder actief getoetst worden. De commissie stelde bijvoorbeeld vast dat studenten in een aantal gevallen alleen anamnese mag afnemen, maar dat nadien enkel gekeken wordt of alle klinische informatie beschreven is, niet hoe de student die anamnese afgenomen heeft. Directe observatie van de student in de kliniek behoeft volgens de commissie meer aandacht, met feedback op de evolutie van de student richting zelfstandigheid.

De blok- en lijncommissievoorzitters hebben de eindverantwoordelijkheid over de toetsing, maar de kwaliteit van de toetsing op vlak van validiteit, betrouwbaarheid en transparantie wordt binnen de opleiding bewaakt door twee toetsingscommissies, één voor de bachelor en één voor de master. De examens worden na afloop geanalyseerd om opmerkelijke antwoordprofielen te detecteren en indien nodig te verwijderen uit de scoreberekening. De blok- en lijncommissies worden zodanig georganiseerd dat de voorzitter van de bepaalde commissie geen onderwijs geeft in het blok. Basiswetenschappers die les geven in de bachelorfase zijn voorzitter van een blok uit de klinische fase en vice versa.

De toetsingscommissies hebben een proactieve functie, in die zin dat blok- en lijncommissievoorzitters ervoor zorgen dat de vragen bij voorbaat aan de commissie voorgelegd worden, die een advies uitspreekt. De toetsvragen worden door de toetsingscommissie, die bestaat uit 12 personen, bekeken vanuit verschillende standpunten vanuit de eigen expertise. De toetsingscommissie heeft reeds heel wat examens gevalideerd, maar niet alle ingediende vragen zijn op het moment van de visitatie afgetoetst. De expliciete keuze voor *multiple true-false* vragen werpt vragen op bij de commissie, aangezien het een kennistoets is op reproductieniveau en daarmee geen beroep doet op de hogere denkniveaus. De commissie stelt dat de controle vooraf een absolute meerwaarde betekent voor de vragen, maar stelt momenteel een basisvariëteit aan toetsvragen van wisselende kwaliteit vast.

De *alignment* tussen de beoogde leerresultaten en de gehanteerde toetsvormen is volgens de commissie een goede stap in de richting van een geïntegreerd toetsbeleid. De commissie beveelt de opleiding aan om meer in te zetten op een geïntegreerde toetsing van de competenties, een evolutie richting meer formatief en meer gespreid toetsen en de aandacht voor longitudinaal toetsen te verhogen. De commissie stelt dat het portfolio vooral gericht is op het gebruik van kennis en weinig inzicht oplevert in de groei van de student in de CanMEDS-rollen of op vlak van andere competenties. Feedback en persoonlijke reflectie worden niet vastgelegd in een portfolio. Het portfolio is grotendeels gericht op kennis en bestaat uit een verzameling van casussen, die besproken worden op de terugkomdagen en onderwerp zijn van het GKE. De commissie waardeert dat de opleiding in het zesjarig curriculum begonnen is met het opvolgen van het professioneel gedrag in de bachelor. De commissie beveelt de opleiding dan ook aan om het portfolio systematisch verder uit te bouwen, het longitudinaal te gebruiken, de CanMEDS-rollen hier actief in op te nemen en feedback een plaats te geven.

De stagementoren en de vertegenwoordigers uit het beroepenveld geven aan dat het niveau van vaardigheden, kennis en communicatie bij de studenten de voorbije jaren toegenomen is. Studenten zijn oplossingsgericht en zoeken frequenter dingen op. Het beroepenveld geeft wel aan dat de kennis van en inzicht in het functioneren van de gezondheidszorg beter kan. Studenten nemen één keer per jaar deel aan de Nederlandse voortgangstoets. De commissie stelt ten eerste vast dat studenten uit de bachelor een hoog slaagcijfer hebben in de master. Het diplomarendement van zowel Ba als Ma is goed en conform internationale standaarden. De

faculteit heeft een actief beleid om het beoogde studierendement te halen. Van alle studenten die aan de masteropleiding starten behalen tussen 90% en 95% van de studenten hun diploma binnen de nominale studieduur van vier jaar. 99% van de studenten stroomt uiteindelijk door naar de vervolgopleidingen.

Concluderend stelt de commissie dat de studenten frequent en via gevarieerde methoden getoetst worden, maar dat het nog overwegend summatief gebeurt. Op een aantal punten ziet de commissie ruimte voor verbetering van het toetsprogramma, zoals de standaardisering van de beoordeling van de klinische stage, een verbetering van het portfolio als instrument en een grotere variatie in de examenvragen die de opleiding opstelt. De commissie is ingenomen met de ontwikkeling van de toetsing van het professioneel gedrag in de eerste twee bachelorfases. De commissie is van oordeel dat het gerealiseerde eindniveau voldoende is en waardeert de stappen die de opleiding gezet heeft richting de borging van de kwaliteit van de toetsing.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de bachelor

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de master

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Master in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Kies expliciet voor het leren in de context door studenten vroeger in contact te brengen met patiënten. Koppel dit contact met patiënten ook aan het theoretisch onderwijs.
- Structureer de ondersteuning van studenten op de stage beter, door meer gebruik te maken van formele feedback en een longitudinaal portfolio. Schakel het portfolio in als instrument voor reflectie.
- Train stagebegeleiders en studenten in het geven en verkrijgen van feedback en beperk de plaats- en persoonsafhankelijkheid van de kwaliteit van de stagebegeleiding.
- Heroverweeg de afstudeerrichting maatschappelijke gezondheidszorg. Overleg met de overige Vlaamse universiteiten die de afstudeerrichting aanbieden en overweeg een interuniversitaire master in te richten.
- Maak de omschakeling naar het studentgecentreerd leerproces ook op vlak van het lesmateriaal, door af te stappen van omvangrijke traditionele blokboeken met zeer gedetailleerde studiestof. Formuleer heldere leerdoelen en competentiegerichte opdrachten met verwijzing naar c.q. beschikbaar stellen van adequate bronnen. Stimuleer studenten om verder te kijken dan het aangereikte leermateriaal en toe te werken naar excellente professionele prestaties.
- Verplicht het professionaliseringsaanbod voor alle docenten, niet enkel voor nieuwe docenten. Zet hierbij in op rolspecifieke training, waarbij docenten zowel op domeindeskundig als onderwijskundig vlak dienen aan te tonen of ze bepaalde rollen beheersen.
- Versterk de studentenparticipatie nog meer door hen onderwijskundig te trainen en ondersteunen.
- Zet in op ICT gestuurde simulatie en werk aan observatiemogelijkheden in het skillslab. Remedieer de grote druk op het lab en zorg voor voldoende fysieke ruimte en ondersteuning.
- Maak meer gebruik van het elektronisch leerplatform Minerva om ICT-ondersteund onderwijs aan te bieden aan de studenten.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Overweeg om een alternatief te kiezen voor het semestersysteem, om te vermijden dat studenten enkel studeren voor de toetsen en op die manier discontinu leren.
- Kies voluit voor een geïntegreerde evaluatie van de competenties en minder voor kennisreproductie. Werk het concept *assessment for learning* verder uit, toets studenten vaker formatief en verspreid de toetsing over de semesters heen. Focus op meer longitudinale toetsing en verminder de nadruk op de *high stakes* eindexamens.
- Bouw het portfolio verder uit, met meer aandacht voor feedback en persoonlijke reflectie. Schakel het portfolio in als instrument voor die reflectie en geef de CanMEDS-rollen hier een plaats in.

BIJZONDER KWALITEITSKENMERK 'STUDENTENPARTICIPATIE ALS VORM VAN TRANSFORMATIEF LEREN'

Inleiding

De opleiding kiest het rapport "Health Professionals for a New Century: transforming education to strengthen health systems in an independent world", in 2010 gepubliceerd in The Lancet, als uitgangspunt voor haar opleidingsvisie op transformatief leren. Hoewel er weinig modellen ontwikkeld zijn voor dit leren, vertrekt de opleiding in Gent van aandacht voor permanente reflectie rond de opleiding enerzijds en een doorgedreven vorm van studenten-participatie anderzijds. De opleiding wil zich onderscheiden door voluit te kiezen voor wat ze 'beleidsparticipatie' noemt, waarbij studenten betrokken worden bij de ontwikkeling van nieuwe ideeën en voorstellen en de discussie over strategische keuzes die in het kader van de opleiding gemaakt worden.

De commissie beoordeelt het eerste criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – differentiatie en profilering als GOED.

De commissie stelt dat het uitgangspunt van transformatief leren verder reikt dan studentenbetrokkenheid en studentenparticipatie. De opname van *global medicine* en *global health* in het curriculum, met een bijkomende aandacht voor doelmatigheid van de zorg, multiculturele geneeskunde, grootstadsproblematiek en aandacht voor de leiderschapsrol in de maatschappij, kan de opleiding verder stuwen richting het transformatief leiderschap dat ze bij haar studenten beoogt.

De betrokkenheid en het enthousiasme van de studenten is waardevol voor elke opleiding, maar de gradatie van studentenparticipatie in Gent in de studentenwerkgroep opleiding (SWOP) verschilt niet qua intensiteit met een aantal opleidingen in het buitenland. Studenten spelen volgens de commissie de rol van studentenvertegenwoordiger goed, maar transformatief leiderschap bij de studenten veronderstelt dat ze ook een zekere training hierin krijgen, of dat er een opleidingseigen benadering is van dat transformatief leiderschap. Op basis van de gesprekken stelt de commissie immers vast dat studenten vaak net de conservatieve elementen van het curriculum in stand houden, door voornamelijk te vertrekken vanuit het gezond verstand en de ervaring eerder dan onderwijskundige innovatie.

De commissie spreekt haar waardering uit voor de expliciete keuze die de opleiding maakt en de enorme waardering die ze voor haar studenten toont op deze manier. De samenwerking tussen docenten en studenten is

bijzonder sterk en waardevol, maar geen element van differentiatie met andere internationale opleidingen. De commissie ziet potentieel in de aanpak van de opleiding.

De commissie beoordeelt het tweede criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – kwaliteit als GOED.

De opleiding stelt door deze vorm van studentenparticipatie de feedbacklijnen zeer kort te kunnen houden en snel actie te kunnen ondernemen. Studenten dragen bij aan de horizontale en verticale integratie en geven een unieke invulling aan de cultuur van open gedachtenwisseling en meningsvorming die door de UGent in de slogan 'Durf Denken' gevat wordt. Wat het criterium 'kwaliteit' van dit bijzonder kwaliteitskenmerk betreft merkt de commissie dat studentenparticipatie ongetwijfeld een onderdeel is van een verbetering van de kwaliteit van de opleiding. De studenten van het SWOP zijn actief bezig met hun opleiding, maar doen dit voornamelijk vanuit hun persoonlijke ervaring en enthousiasme eerder dan onderwijsexpertise. De intensieve debatten die in het kader van de opleiding gebeuren tussen studenten en docenten zijn zonder meer waardevolle momenten waar de opleiding uit kan groeien. Studenten dragen bij aan de vernieuwing aan het onderwijs door hun inzet voor het zesjarig curriculum, maar het vasthouden aan blokboeken en hoorcolleges zijn niet bevorderlijk voor de innovatie binnen de opleiding. De commissie concludeert dat studentenparticipatie een belangrijke bijdrage levert aan de kwaliteit van de opleiding. Het enthousiasme van de studenten is groot en door de directe samenwerking met de docenten wordt dit binnen alle geledingen aangewakkerd. De betrokkenheid bij de opleiding heeft een positief effect op het programma, maar de bijdrage die de studenten leveren kan verbeterd worden door scholing op onderwijskundig gebied.

De commissie beoordeelt het derde criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – concretisering als VOLDOENDE.

Het hart van de studentenparticipatie in Gent is het SWOP, de studentenwerkgroep opleiding, die in het kader van de eerste curriculumhervorming in 1999 tot stand gekomen is. Deze werkgroep heeft doorheen de jaren mee gestalte gegeven aan de visie van de opleiding en dit doorcommuniceren naar hun achterban. De commissie kon vaststellen dat de studentenvertegenwoordiging goed georganiseerd en enthousiasmerend werkt. SWOP produceert jaarlijks een rapport waarin gereflecteerd wordt over de opleiding, een rapport dat ter sprake gebracht wordt op de opleidingscommissie

en waarvan verschillende punten effectief geïmplementeerd wordt. De studentenparticipatie functioneert goed en wordt zichtbaar in de permanente vertegenwoordiging van studenten in diverse raden en commissies. De opleiding stelt dat de actieve participatie geleid heeft tot een positieve cultuur van 'ownership' bij de studenten, iets wat de commissie ook erkent.

De opleiding heeft volgens de commissie nog veel werk om het transformatief leiderschap bij haar studenten aan te wakkeren. Doordat slechts een deel van het studentencohort betrokken is bij het SWOP en niet de gehele studentenpopulatie en door het feit dat een duidelijke visie of training rond leiderschap ontbreekt beoordeelt ze dit aspect van het bijzonder kwaliteitskenmerk als voldoende.

Conclusie

De commissie stelt concluderend dat de participatie van de studenten geleid heeft tot een verandering en vernieuwing van het onderwijs, in het bijzonder gezien hun bijdrage aan het nieuwe zesjarige curriculum. De invloed van studenten op de inhoud en vormgeving van het curriculum is duidelijk zichtbaar, maar versterkt net de docentgecentreerde elementen in het programma. Het uitgangspunt van het transformatief leren is waardevol en vertaalt zich in enkele sterke initiatieven, maar de commissie stelt te weinig differentiatie vast om het bijzonder kwaliteitskenmerk toe te kennen. Door verder in te zetten op het transformatief leren, *global health* een prominente plaats toe te kennen en studenten te trainen in onderwijskunde en transformatief leiderschap kan de opleiding zich krachtiger differentiëren met andere opleidingen.

Integraal eindoordeel van de commissie

Bijzonder kwaliteitskenmerk: 'Studentenparticipatie als vorm van transformatief leren'	
1. Differentiatie en profilering	G
2. Kwaliteit	G
3. Concretisering	V

Conform de beslisregels, kan een **bijzonder kwaliteitskenmerk** enkel worden toegekend bij ten minste eenmaal een oordeel 'excellent' en geen enkel oordeel 'onvoldoende' of 'voldoende'. Vermits voor het bijzonder kwaliteitskenmerk criterium 1 als goed wordt beoordeeld, criterium 2 als goed en criterium 3 als voldoende, wordt het bijzonder kwaliteitskenmerk **niet toegekend**¹.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief voor het Bijzonder Kwaliteitskenmerk

Criteria 1 – Differentiatie en Profilering

- Laat studenten een internationaal perspectief hanteren en zich inspireren door internationale voorbeelden.

Criteria 2 – Kwaliteit

Criteria 3 – Concretisering

- Stel studenten die actief participeren in curriculumvernieuwing in staat om basisscholing te volgen in de principes van het moderne medische onderwijs.
- Train de studenten in transformatief leiderschap en onderwijskunde.

¹ De beoordeling van het bijzonder kwaliteitskenmerk is niet van invloed op de uitkomst van de accreditatie maar kan wel leiden tot een aantekening in het accreditatierapport.

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

Geneeskunde

SAMENVATTING

Bachelor in de Geneeskunde

Op 12, 13 en 14 november 2013 werd de Bachelor in de Geneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel, in het kader van een onderwijsvisiteatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt aan de VUB aangeboden in de Faculteit Geneeskunde en Farmacie en is gevestigd op Campus Jette, bij het Universitair Ziekenhuis van de VUB.

De opleiding streeft naar een internationaal excellentieniveau en wil artsen opleiden die breed internationaal inzetbaar zijn in de kliniek en in de wetenschap. Ze vertrekt hiervoor uit de lokale eigenheid van het Universitair Medisch Centrum te Brussel. Met haar kleinschalige opleiding willen de opleidingsverantwoordelijken met het medisch onderwijs specifiek **vijf punten** nastreven: studenten vormen tot 'redelijk eigenzinnige individuen', een engagement voor een duurzame humanistische maatschappij, studenten vormen tot wereldburgers, een vrije onderzoekende houding ontwikkelen bij de studenten en hen ten slotte voorbereiden

op een professionele loopbaan. De opleiding heeft haar **opleidings specifieke leerresultaten** gebaseerd op de competenties gekoppeld aan de zeven **CanMEDS**-rollen: medisch expert, wetenschapper, communicator, samenwerker, teamspeler, manager en professional. De opleiding heeft haar eindkwalificaties erg globaal beschreven en hanteert een veilige aanpak voor het bepalen van de te behalen niveaus van die eindkwalificaties. Op dit vlak kan de opleiding nog meer differentiëren.

In het academiejaar 2012–2013 waren 136 studenten ingeschreven in de opleiding Bachelor in de Geneeskunde.

Programma

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde telt 180 studiepunten die verdeeld over drie opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten aan de studenten aangeboden worden.

De opleiding volgt de centrale onderwijsvisie van de VUB en heeft deze vertaald naar de vijf specifieke punten die eerder reeds vermeld werden. De opleidingsverantwoordelijken streven naar disciplineoverschrijdende, casusgeoriënteerde opdrachten om de verschillende vakgebieden horizontaal te verbinden. De verticale integratie gebeurt door de basis- en klinische vakken te linken met de praktijk over de jaren heen.

De zeven CanMEDS-rollen bekleeden een centrale plaats in het curriculum via de **vier leerlijnen** Medische kennis, de Wetenschappelijke lijn, de lijn Medische vaardigheden en attitudes en de lijn Arts en Maatschappij. Het kennisonderwijs komt aan bod in de **lijn Medische kennis**, waar de bouwstenen gelegd worden voor een goed begrip van de geneeskunde. De basiswetenschappen wordt benaderd vanuit een medische context. Het onderwijs volgt de logische opbouw, met de werking van de normale cel in de eerste fase en de integratie van de fysiologie en pathofysiologie vanaf de tweede fase.

De medische vaardigheden worden in de bachelor getraind in de **lijn Medische vaardigheden en attitudes**. Studenten trekken hiervoor naar het skillslab, maar leggen ook twee korte kennismakingsstages af. Tijdens de bachelorfase lopen de studenten twee weken stage in een huisartsenpraktijk en twee weken zorgstage in het ziekenhuis. Op het einde van de huisartsenstage nemen de studenten een anamnese af, het gericht stellen van vragen door de zorgverlener aan de patiënt. Tijdens de zorgstage ma-

ken de studenten kennis met de multiculturele context en de interprofessionele samenwerking in de zorg.

Het wetenschappelijk onderwijs is in de reeds in de bacheloropleiding goed uitgewerkt in de **Wetenschappelijke lijn**. Vermeldenswaardig is het Epistat-project in de eerste bachelorfase: in groepen van vijf tot zes studenten onder begeleiding van een tutor wordt een onderzoek opgestart dat bestaat uit het opstellen van een onderzoeksvraag en het uitvoeren van een literatuurstudie. De wetenschappelijke lijn wordt in de derde fase afgerond met een bachelorproef.

De **lijn Arts en maatschappij** leert studenten omgaan met ethische en maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg. Via de training van medische vaardigheden en stages komt de kennismaking met de eerste-lijns- en de maatschappelijke gezondheidszorg aan bod.

Het onderwijs gebeurt formeel gezien via hoorcolleges (HOC), werkcolleges, practica & oefeningen (WPO) en zelfstandige en externe werkvormen (ZELF). Het onderwijs wordt telkens in blokken van 2u gegeven, onderbroken door een pauze. Het lesmateriaal wordt bekendgemaakt via de opleidingsonderdeelfiches op de website. De docenten kiezen voor een combinatie van handboeken, syllabi, Powerpointpresentaties en dergelijke meer. Via de elektronische leeromgeving Point Carré kunnen heel wat leermiddelen teruggevonden worden. De syllabi zijn nog vaak lange narratieve verhalen waar alle leerstof instaat. De opleiding wil evolueren richting moderner lesmateriaal dat meer *evidence based* is.

De opleiding heeft een uitgewerkt beleid rond **internationalisering**. Tijdens de bacheloropleiding kiest de opleiding voornamelijk voor internationalisation@home, met Brussel als internationale smeltkroes met diverse opportuniteiten voort meertalige en multiculturele stages. Via diverse gastdocenten proberen de opleidingsverantwoordelijken ook om internationalisering dichter bij de student te brengen.

Beoordeling en toetsing

De opleiding kiest voor een afwisseling van formatieve en summatieve toetsing. De summatieve toetsing, de examens, worden in elke fase van de bachelor georganiseerd op het einde van het semester. De opleiding kiest voor evaluatievormen die aangepast zijn aan de doelstellingen van elk opleidingsonderdeel. Er wordt gekozen voor geschreven toetsen voor de

'knows' en 'knows how' gedeeltes, terwijl voor 'shows how' en 'does' gekozen wordt voor observatie en feedback op de vaardigheden respectievelijk in een simulatieomgeving en in een klinische omgeving.

Begeleiding en ondersteuning

De faculteit zit ingebed in een campus met een ruime infrastructuur voor de opleiding geneeskunde. Aan de VUB wordt Het Clinical Skills and Simulation Center (CSSC) biedt training en onderwijs door simulatie, in een modern skillslab met complexe modellen die ook voor overige opleidingen gebruikt worden. Er is voldoende materiaal voorzien voor het verwerven van de basisvaardigheden in de bachelor. Zelfstandig oefenen kan en er zijn een halftijdse verpleegkundige en een halftijdse praktijkassistent voor permanentie en ondersteuning. Het studielandschap en de medische bibliotheek zijn centraal gelegen op de campus en zijn mooi geïntegreerd. Bij het Studiebegeleidingscentrum (SBC) kunnen studenten terecht voor studieadvies en studietrajectbegeleiding, die op een geïntegreerde manier aangeboden wordt gedurende het volledige studietraject van de student. De studietrajectbegeleider is het eerste aanspreekpunt in de begeleiding voor individuele trajecten en kan studenten indien nodig doorverwijzen naar centrale instanties aan de universiteit. De opleiding voorziet specifiek voorzieningen voor studenten met een functiebeperking.

Indien er klachten zijn kunnen studenten terecht bij de ombudspersoon, die optreedt als bemiddelaar. De ombuds wordt aangesteld op voorstel van de faculteitsraad en bevestigd door het bestuurscollege.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement in de opleiding bedraagt voor de bachelor meer dan 90%. Studenten die afstuderen als bachelor in de geneeskunde aan de VUB moeten kennis hebben van alles wat normaal en abnormaal is en moeten een bachelorproef afgelegd hebben. De overgrote meerderheid van de studenten volgt de vervolgopleiding in de master.

De docenten en het werkveld merken op dat de bacheloropleiding voornamelijk kennisgericht is, maar dat er een evolutie is richting meer aandacht voor competenties en vaardigheden. De opleiding heeft de ambitie om studenten zo vroeg mogelijk in contact te brengen met de klinische context.

SAMENVATTING

Master in de Geneeskunde

Op 12, 13 en 14 november werd de opleiding Master in de Geneeskunde van de Vrije Universiteit Brussel, in het kader van een onderwijsvisitatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Master in de Geneeskunde wordt aan de VUB aangeboden in de Faculteit Geneeskunde en Farmacie en is gevestigd op Campus Jette, bij het Universitair Ziekenhuis van de VUB.

De opleiding streeft naar een internationaal excellentieniveau en wil artsen opleiden die breed internationaal inzetbaar zijn in de kliniek en in de wetenschap. Ze vertrekt hiervoor uit de lokale eigenheid van het Universitair Medisch Centrum te Brussel. De opleiding zet sterk in op de kleinschaligheid van Aan de VUB willen de opleidingsverantwoordelijken met het medisch onderwijs specifiek **vijf punten** nastreven: studenten vormen tot 'redelijk eigenzinnige individuen', een engagement voor een duurzame humanistische maatschappij, studenten vormen tot wereldburgers, een vrije onderzoekende houding ontwikkelen bij de studenten en hen ten slotte voorbereiden op een professionele loopbaan. De opleiding heeft haar **opleidings specifieke leerresultaten** gebaseerd op de competenties gekoppeld aan de zeven CanMEDS-rollen: medisch expert, wetenschapper, communicator, samenwerker, teamspeler, manager en professional. Voor de masteropleiding worden dezelfde doelstellingen gehanteerd als voor de bachelor, gezien de opleidingsverantwoordelijken bachelor en master als een continuüm beschouwen. Er zijn wel aparte niveaus gedefinieerd waarop deze doelstellingen behaald dienen worden.

In het academiejaar 2012–2013 waren 136 studenten ingeschreven in de opleiding Bachelor in de Geneeskunde.

Programma

De opleiding Master in de Geneeskunde bestaat ten tijde van het visitatiebezoek uit 240 studiepunten, verspreid over vier opleidingsfases. De opleiding biedt drie afstudeerrichtingen aan in de master: Ziekenhuisgeneeskunde, Huisartsgeneeskunde en Sociale Geneeskunde. De opleidingen

bachelor- en master in de Geneeskunde evolueren van een zevenjarige opleiding naar een zesjarige opleiding, waardoor de master in de toekomst 180 studiepunten zal tellen.

In de masterfasen worden de CanMEDS-rollen uitgediept door verder te bouwen op de vier leerlijnen uit de Bachelor. In de lijn 'Medische kennis' wordt verder gewerkt met de bouwstenen uit de bachelor en komt het klinisch denken, ziektemechanismen, diagnoses en dergelijke meer frequenter aan bod. Elke **afstudeerrichting** in de master heeft een specifiek pakket in aanbidding. De studenten in de afstudeerrichting Ziekenhuisgeneeskunde volgen een gemeenschappelijk pakket aangevuld met keuzeonderwijs gericht op de specifieke disciplines van de vervolgopleiding. In de Huisartsgeneeskunde volgen de studenten een pakket van zeven vakken, waarin voornamelijk de huisartsgeneeskundige benadering van klachten en ziekten aan bod komt. Studenten volgen in de Sociale geneeskunde een vast pakket van seminars, aangevuld met keuzepakket.

Het onderwijs gebeurt formeel gezien net als in de bachelor via hoorcolleges (HOC), werkcolleges, practica & oefeningen (WPO) en zelfstandige en externe werkvormen (ZELF). Het onderwijs wordt telkens in blokken van 2u gegeven, onderbroken door een pauze. Het lesmateriaal wordt bekendgemaakt via de opleidingsonderdeelfiches op de website. De docenten kiezen voor een combinatie van handboeken, syllabi, Powerpointpresentaties en dergelijke meer. Via de elektronische leeromgeving Point Carré kunnen heel wat leermiddelen teruggevonden worden. De syllabi zijn nog vaak lange narratieve verhalen waar alle leerstof instaat. De opleiding wil evolueren richting moderner lesmateriaal dat meer evidence based is.

De opleiding voorziet ruimte om de kennis en vaardigheden uit de bachelor te toetsen aan de **klinische praktijk**. Studenten worden voorbereid op de stages in de master met een specifiek opleidingsonderdeel. Tot 2013–2014 wordt gewerkt met halftijdse stages vanaf de tweede masterfase, maar in de toekomst wordt dit vervangen door voltijdse stages afgewisseld met lesblokken. Tijdens de stage worden studenten getraind in verschillende rollen, die op een aantal afdelingen ook aangevuld worden met onderwijsmomenten. Dit gebeurt voornamelijk in het ziekenhuis van de VUB, maar minder in de perifere ziekenhuizen. De stages zijn relatief kort en laten veel keuzemogelijkheden voor de studenten. Daarbij wordt wel voldoende rekening gehouden met de logische opbouw en een adequate kennismaking met de grote disciplines. De begeleiding gebeurt door stagebegeleiders, maar de wijze van begeleiding en opvolging verschilt van begeleider

tot begeleider en van stageplaats tot stageplaats. Stageplaatsen worden geëvalueerd aan de hand van BRUCE, waarop 70% van de studenten reageren. Tijdens het visitatiebezoek lieten de studenten weten dat met de input in de enquêtes rekening gehouden wordt.

In de **afstudeerrichtingen** worden nog verdere stages georganiseerd in de vorm van de **co-assistentenschappen**. Studenten in de ziekenhuisgeneeskunde volgen nog 11 maand bijkomende stage, waarvan zes als co-assistent. In de sociale geneeskunde worden zes maanden disciplinestages in een maatschappelijke sociale context georganiseerd. De afstudeerrichting huisartsgeneeskunde laat studenten een GIMMICS-stage lopen, waarin studenten een eigen groepspraktijk hebben in een virtueel dorp. Ze leren een eigen praktijk opzetten en krijgen simulatiepatiënten over de vloer, waardoor ze het vak leren in een veilige simulatieomgeving.

Een belangrijk onderdeel van de wetenschappelijke lijn in de master is de **masterproef**, die in de vierde fase ingediend wordt. Studenten vertrekken van een onderzoeksplan en houden een opvolgingsrapport bij, onder begeleiding van een promotor die ook verantwoordelijk is voor het geven van feedback. Studenten kunnen reeds vroeg met deze proef starten en hebben de mogelijkheid om in de tweede of derde masterfase een wetenschappelijke stage te lopen. Dit geeft studenten de kans om mee te stappen in wetenschappelijk onderzoek, gedurende vier maanden. De masterproef wordt beoordeeld door de promotor, een groep onafhankelijke lezers en door een jury voor de mondelinge verdediging.

De opleiding heeft een uitgewerkt beleid rond **internationalisering**, met uitwisselingsmogelijkheden in de masteropleiding. Een derde van de studenten gaat naar het buitenland, waarmee de opleiding voldoet aan de 2020-norm. Desalniettemin kan dit aandeel nog opgedreven worden. De opleiding neemt beperkt deel aan het Erasmusprogramma. De vereiste om Nederlands te kennen vormt voor inkomende studenten een probleem, met uitzondering van een aantal specifieke stagediensten. De restrictieve voorwaarden voor het aanbieden van anderstalig onderwijs maakt het moeilijk voor de opleiding om dit aan te bieden aan inkomende studenten. Zowel tijdens de bachelor- als de masteropleiding kiest de opleiding voor internationalisation@home, met Brussel als internationale smeltkroes met diverse mogelijkheden voort meertalige en multiculturele stages. Via diverse gastdocenten proberen de opleidingsverantwoordelijken ook om internationalisering dichterbij de student te brengen.

Beoordeling en toetsing

De opleiding kiest voor een afwisseling van formatieve en summatieve toetsing. De summatieve toetsing, de examens, worden in elke fase van de master georganiseerd op het einde van het semester. De opleiding kiest voor evaluatievormen die aangepast zijn aan de doelstellingen van elk opleidingsonderdeel. Er wordt gekozen voor geschreven toetsen voor de 'knows' en 'knows how' gedeeltes, terwijl voor 'shows how' en 'does' gekozen wordt voor observatie en feedback op de vaardigheden respectievelijk in een simulatieomgeving en in een klinische omgeving.

Begeleiding en ondersteuning

De faculteit zit ingebed in een campus met een ruime infrastructuur voor de opleiding geneeskunde. Bij het Studiebegeleidingscentrum (SBC) kunnen studenten terecht voor studieadvies en studietrajectbegeleiding. Aan de VUB wordt Het Clinical Skills and Simulation Center (CSSC) biedt training en onderwijs door simulatie, in een modern skillslab. Er is voldoende materiaal voorzien voor training in de master. Zelfstandig oefenen kan en er zijn een halftijdse verpleegkundige en een halftijdse praktijkassistent voor permanentie en ondersteuning. Het studielandschap en de medische bibliotheek zijn centraal gelegen op de campus en zijn mooi geïntegreerd. Indien er klachten zijn kunnen studenten terecht bij de ombudspersoon, die optreedt als bemiddelaar. De ombuds wordt aangesteld op voorstel van de faculteitsraad en bevestigd door het bestuurscollege.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement in de master bedraagt 94%. Het **werkveld** is positief over de studenten die ze binnenkrijgen: de eerder kennisgerichte focus in de bachelor evolueert in de master richting een toegenomen aandacht voor vaardigheden en competenties. Na de opleiding Master in de Geneeskunde dienen de studenten nog een bijkomende vervolgopleiding te volgen vooraleer als ziekenhuisarts of als huisarts aan de slag te gaan.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

Academische bachelor en master Geneeskunde

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de academische bachelor- en masteropleidingen Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Brussel. De visitatiecommissie bezocht deze opleiding op 12, 13 en 14 november 2013.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleidingen aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntenschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntenschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding met alle daaronder ressorterende varianten, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatie rapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau voor interne kwaliteits-

zorg, internationalisering en studiebegeleiding. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd. Tevens is door de commissie een bezoek gebracht aan de opleidingsspecifieke faciliteiten, zoals de leslokalen en de bibliotheek.

Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeteruggesties.

Situering van de opleiding

De opleiding Geneeskunde maakt deel uit van de Faculteit Geneeskunde en Farmacie (GF) en is gevestigd op de campus Jette, waar het Universitair Ziekenhuis van de VUB zich bevindt.

Het bestuur van de opleiding ligt in handen van de Opleidingsraad Geneeskunde, die waakt over de kwaliteit van het onderwijs en dergelijke meer, terwijl het financiële, het personeelsgebonden en het infrastructuurgerelateerde tot de bevoegdheid van de faculteit behoort. De Opleidingsraad bestaat uit een breed samengestelde vertegenwoordiging van alle geledingen.

In het academiejaar 2012–2013 waren 136 studenten ingeschreven in de bachelor en 213 studenten in de master. De bacheloropleiding bestaat uit 180 studiepunten, verspreid over drie jaar, terwijl de master in het uitdovend zevenjarig curriculum uit 240 studiepunten bestaat en in het vernieuwd zesjarig curriculum uit 180.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 - Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De opleiding volgt de **domeinspecifieke leerresultaten** (DLR) die op Vlaams niveau vastgelegd zijn voor de bachelor en de master Geneeskunde. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor geneeskunde zijn verder conform

de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleidingsverantwoordelijken van de VUB waren actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan 2009. Via focusgroepgesprekken van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld. De DLR ook vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten voor de bachelor en de master, die volgens de commissie aansluiten bij de eisen van het Vlaams kwalificatieraamwerk.

De DLR zijn op een adequate manier in OLR vertaald. De opleiding voldoet aan de eisen van het internationale vakgebied door niet enkel rekening te houden met de relevante internationale standaarden als de CanMEDS-rollen, maar ook met de USMLE, de Swiss Catalogue en het Raamplan, met duidelijk omschreven kennisniveaus voor bachelor en master. De opleiding streeft naar een internationaal excellentieniveau, met artsen die breed internationaal inzetbaar zijn in de kliniek en de wetenschap. De commissie stelt vast dat de opleiding er voor gekozen heeft om de OLR niet als dusdanig expliciet anders te formuleren op bachelor niveau en dat ze de opleiding van eerste bachelor tot vierde master als een continuüm beschouwt. De opleiding maakt wel het onderscheid wat het Miller-niveau betreft. De opleiding heeft expliciet voor de derde bachelor het te behalen Miller-niveau gedefinieerd, die verschillen van het niveau dat in de vierde master behaald wordt. De commissie is van oordeel dat de opleiding het erg veilig speelt met de Miller-niveaus voor de bachelor. De commissie stelt dan ook dat het beoogde niveau voor de bachelor voldoet aan de basale voorwaarden. De commissie is van oordeel dat de eindkwalificaties erg globaal beschreven zijn, dat een aantal leerresultaten specifiekere uitgewerkt kunnen worden en er dan meer gedifferentieerd kan worden in niveaus. De OLR zijn in een matrix voor het curriculum beschreven en gekoppeld aan de verschillende opleidingsonderdelen. De commissie vindt deze matrix een goede eerste stap, maar stelt dat dit nog verder gekoppeld kan worden aan de kennisniveaus, zij het de gehanteerde Miller-niveaus dan wel de omschrijving uit de Dublin Descriptoren.

De visitatiecommissie waardeert het uitgangspunt van de opleidingsverantwoordelijken om te streven naar een internationaal excellentieniveau vanuit de lokale eigenheid van het Universitair Medisch Centrum te Brussel. De opleiding heeft het profiel van een kleinschalige opleiding die studenten tot autonome professionals wil opleiden met een duurzame humanistische visie op de maatschappij. Men wil als profiel kiezen voor

grootstadsgeneeskunde, met een multiculturele en globale kijk. De opleiding wil een flexibele leeromgeving bieden aangepast aan de talenten en competenties van de studenten. De visitatiecommissie merkt op dat de opleiding deze eigenheid uitademt en de duidelijke ambitie heeft om zich te ontwikkelen conform actuele, internationaal aanvaarde kwaliteitscriteria en leerresultaten. De ambitie is om de drempel tussen studenten en docenten in een kleinschalige opleiding laag te houden, een sterke organisatie te hebben tussen van het UMC-VUB, aandacht voor werkplekleren en de drietaligheid van de Brusselse context als troef uit te spelen.

Concluderend stelt de commissie dat de opleiding een duidelijk profiel nastreeft en dat de vertaling van de DLR naar de OLR voldoende is.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De faculteit is opgedeeld in verschillende vakgroepen, die georganiseerd zijn rond een breed onderzoeksthema, over budget beschikken en eigen personeelsbeleid. De opleidingsraad is verantwoordelijk voor een volledige opleiding, de organisatie van het curriculum en de kwaliteit van het onderwijs. De activiteiten van de Opleidingsraad worden gecoördineerd en gestuurd door een verkozen bureau dat de visie en strategie van de opleiding uitstippelt en de kwaliteit van kortbij bewaakt. Het bureau wordt ondersteund door de facultaire onderwijsdeskundige. Het bureau staat in voor de dagelijkse leiding van de Opleidingsraad. Het neemt zo nodig hoogdringende beslissingen en legt die naderhand voor aan de Opleidingsraad. Het bureau wordt om elke drie jaar opnieuw gekozen, en de voorzitter van het bureau is tevens de voorzitter van de examencommissie. De visitatiecommissie stelt vast dat er de voorbije jaren veel inspanningen geleverd zijn om de controle over de organisatie en de inhoud van het curriculum meer te centraliseren bij de onderwijsraad. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat het zelfstandig academisch personeel vasthoudt aan haar academische vrijheid en ook de mogelijkheid heeft om heel wat zaken zelf te bepalen. De opleidingsraad waakt over de leerresultaten, die de inhoud van de opleidingsonderdelen dienen te bepalen en waar de toetsing ook op afgestemd dient te zijn. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleidingsverantwoordelijken op veel werven tegelijkertijd aan de slag zijn. Een aantal individuen nemen duidelijk het voortouw, maar de visi-

tatiecommissie stelt dat de opleidingsraad meer ruimte moet krijgen om haar sturingstaak effectief op te nemen.

De opleiding kan rekenen op onderwijskundige ondersteuning, maar moet hiervoor beroep doen op iemand die slechts voor 40% aangesteld is aan de VUB, wat volgens de commissie te weinig is. De ondersteuning gebeurt in overleg met de centrale onderwijsdiensten, die heel wat formats reeds kan aanbieden, maar daarbij niet altijd rekening houden met de specifieke noden van de faculteit. De opleiding stelt nood te hebben aan eigen systemen die ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden en meer mogelijkheid tot opvolging en sturing van de *teach the teachers*-programma's. De vorige visitatiecommissie deed reeds de aanbeveling om meer onderwijskundige ondersteuning uit te bouwen, maar de opleiding heeft hier volgens de huidige visitatiecommissie slechts beperkt gevolg aan kunnen geven. Ze wil dan ook aanbevelen om dit alsnog verder uit te bouwen.

De opleiding conformeert zich aan de onderwijsvisie van de VUB, die samen met de OLR, de CanMEDS-rollen en de humanistische kernwaarden van de VUB geïntegreerd worden in het medisch onderwijs. De opleiding streeft specifiek vijf punten na: studenten vormen tot 'redelijk eigenzinnige individuen', engagement voor een duurzame humanistische maatschappij, studenten vormen tot wereldburgers, een vrije onderzoekende houding ontwikkelen bij de studenten en hen tenslotte voorbereiden op een professionele loopbaan. Deze uitgangspunten zijn gekoppeld aan een pragmatisch uitgebouwd curriculum, maar de visitatiecommissie mist een duidelijk uitgewerkte didactisch concept specifiek voor het medisch onderwijs. Op basis van de gesprekken stelt de commissie wel vast dat de opleiding de ambitie heeft om studenten zo vroeg mogelijk in contact te brengen met de klinische context, om de relevantie van de basiswetenschappen meteen te plaatsen. De opleiding kiest er in het kader van haar concept van verticale integratie voor om reeds vroeg verschillende competenties aan bod te laten komen, die in de masterfase later terugkomen op een complexer niveau. De CanMEDS-rollen en de expliciete keuze voor het competentiegericht onderwijs spelen in vergelijking met de vorige visitatie een steeds grotere rol in het curriculum van de opleiding, maar de geest van de rollen leeft niet in de manier waarop docenten, studenten en opleidingsverantwoordelijken kijken naar het curriculum. De patiënt mag volgens de commissie een prominentere plaats krijgen in het onderwijs. De commissie stelt dat het contact met patiënten een deel kan uitmaken van de theorie en dat studenten vanaf de eerste dag in de eerste bachelorfase een patiënt gedemonstreerd kunnen zien.

Ten tijde van het visitatiebezoek liepen een drietal curricula door elkaar. De studenten uit de vierde master volgen het oude curriculum dat in 2005 uitgerold werd, maar na aanpassingen in 2010 werd opnieuw een nieuw curriculum uitgerold, waar de studenten van derde bachelor momenteel nog in meedraaien. Sinds vorig academiejaar ging de opleiding van start met het nieuwe zesjarige curriculum.

De opleidingsraad heeft vier leerlijnen geformuleerd, die zowel doorheen het bachelor- als het master curriculum lopen. Het programma is zowel horizontaal als verticaal van opzet. De opleidingsverantwoordelijken streven naar disciplineoverschrijdende, casusgeoriënteerde opdrachten voor de horizontale integratie en schakelen klinische docenten in om de verticale integratie te bevorderen, via het linken van de basis- en klinische vakken met de praktijk.

De CanMEDS-rollen nemen plaats in het curriculum via de vier leerlijnen; de lijn Medische kennis, de Wetenschappelijke lijn, de lijn Medische vaardigheden en attitudes en de lijn Arts en Maatschappij. In de lijn **medische kennis** worden in de **bachelorfasen** bouwstenen gelegd voor een goed begrip van de geneeskunde. Deze leerlijn stelt in de bachelor voornamelijk de rol van **medisch expert** centraal, waar studenten duidelijk in getraind worden. De opleidingsraad heeft de keuze gemaakt om de basiswetenschappen vanuit een medische context te benaderen en aparte opleidingsonderdelen als 'Fysica' te schrappen. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleidingsverantwoordelijken ervoor gekozen hebben om Biologie te behouden, maar dat de ze dit vanuit een biomedische context willen benaderen. De opleiding heeft de ambitie om in het zesjarig curriculum het geheel van de normale en verstoorde werking van de cel af te ronden. In de eerste bachelorfase komt de normale werking van de cel aan bod, terwijl in de tweede fase de fysiologie en pathofysiologie geïntegreerd gedoceerd wordt. De opleiding organiseert diverse momenten waarop studenten in aanraking komen met de praktijk, zoals later in het rapport besproken, maar kiest niet voor het uitgangspunt van leren in de context. De commissie acht het wenselijk dat echte patiënten en patiëntencasussen op een systematische manier geïntegreerd worden in alle onderwijsvormen.

De kennislijn in de **master** bouwt verder op de bachelor door te vertrekken van de pathofysiologie en het klinisch denken. In de eerste masterfase worden de ziektemechanismen bestudeerd via voltijdse lessen, terwijl in de tweede fase ingezoomd wordt op het stellen van een diagnose en de behandeling via verschillende stages en integratieve colleges. Ziekteleer

wordt in de eerste masterfase uitgebreid besproken. De opleiding werkt met klinische casussen en geeft toegang tot een zorgstage en huisartsenstage tijdens de bachelor. Ook in de afstudeerrichtingen in het zevenjarig curriculum komt de kennislijn terug. Bij de **ziekenhuisgeneeskunde** is er een gemeenschappelijk pakket en keuzeonderwijs specifiek gericht op de disciplines van de vervolgopleiding. Studenten in de afstudeerrichting **huisartsgeneeskunde** krijgen een pakket met zeven vakken van elk drie ECTS. De kennislijn spitst zich toe op de huisartsgeneeskundige benadering van klachten en ziekten, opgebouwd rond de aanmeldingsklacht. In de **sociale geneeskunde** tenslotte is er een vast pakket met 49 ECTS seminars, aangevuld met een keuzepakket van 11 studiepunten.

In de **lijn wetenschap** worden studenten wegwijds gemaakt in de medische en wetenschappelijke informatie en worden ze blijkens de congruentietafel met de OLR actief getraind in de rollen van medisch expert en wetenschapper. In de **bachelorfase** is de lijn opgebouwd uit verschillende opleidingsonderdelen rond Evidence Based Medicine. Studenten beginnen met de methodologie van het wetenschappelijk onderzoek, het klinisch denken en de integratie van kliniek en wetenschap. In het eerste jaar maken de studenten een groepswork, het Epistat-project. Studenten worden opgedeeld in groepen van vijf tot zes personen onder begeleiding van een tutor. Deze groepjes krijgen de opdracht zelf een onderzoek in elkaar te steken, met literatuurstudie en onderzoeksvraag. De wetenschappelijke lijn in de bachelor wordt afgerond met een bachelorproef, in het opleidingsonderdeel 'Formuleren en Verdedigen van een Wetenschappelijke Hypothese'. Het proces dat de studenten doormaken wordt neergeschreven in een bondig verslag en de hypothese wordt gepresenteerd aan een panel van juryleden en aan hun medestudenten. De commissie is zeer ingenomen met de manier waarop reeds in de bachelor veel aandacht besteed wordt aan de ontwikkeling van de rol wetenschapper.

In de **masterfase** leidt de wetenschappelijke lijn richting de masterproef in de vierde masterfase, voor alle afstudeerrichtingen. Studenten kunnen de masterproef reeds vroeger opstarten en kunnen ervoor opteren om in de tweede of de derde masterfase wetenschappelijke stages te lopen. De voorbereiding op de wetenschappelijke stage gebeurt in de eerste master met een opleidingsonderdeel dat studenten methoden aanreikt om een klinische vraag op EBM-wijze te formuleren en te beantwoorden. De wetenschappelijke stage bedraagt minstens vier maanden en geeft studenten de kans om mee te stappen in wetenschappelijk onderzoek. Het gebeurt volgens de opleiding dan ook vaak dat studenten afstuderen in de basis-

opleiding en reeds een wetenschappelijke publicatie op hun naam hebben staan. De opleiding wil de wetenschappelijke stage in de toekomst vroeger inbouwen, met name vanaf de eerste masterfase. Studenten worden in de toekomst ingeschakeld in de grote onderzoekseenheden die zich binnen het ziekenhuis bevinden. De studenten merken op in de gesprekken dat de aanpak van de lijn wetenschap in het nieuwe curriculum beter loopt dan in het oude curriculum. In het kader van de bachelorproef worden studenten wel ingebed in lopende research, wat door sommige studenten opgepikt wordt. De opleidingsverantwoordelijken stellen dat die inbedding aangeboden wordt aan de studenten, maar dat anderen meer geïnteresseerd zijn in klinisch toegepast onderzoek.

Het onderwijs in de wetenschappelijke lijn leidt uiteindelijk tot de masterproef, dat opgebouwd wordt door de studenten tijdens de eerder vermelde stages. Het onderzoek kan een laboratoriumonderzoek zijn, een klinisch onderzoek of een maatschappelijk gericht onderzoek. Elke student voert individueel het onderzoek uit en sluit aan bij de onderzoeksthema's binnen de clusters van het UMC. De masterproef moet opgebouwd worden als een wetenschappelijk artikel met de IMRAD-structuur en in het openbaar gepresenteerd worden. Uit de gesprekken blijkt dat studenten reeds vroeg met de masterproef kunnen beginnen, maar dat er in de praktijk voornamelijk in de vierde masterfase aan gewerkt wordt. In het eerste semester van de vierde masterfase moet een onderzoeksvraag opgesteld worden.

De visitatiecommissie constateert met veel genoegen dat de opleiding veel aandacht besteedt aan de rol van wetenschapper en het trainen van de studenten in het wetenschappelijk onderzoek. In het nieuwe curriculum is er een duidelijke logische structuur opgebouwd. De bachelorproef en de masterproef worden op heldere wijze opgebouwd. De commissie merkt op dat de opleiding stelt dat studenten reeds vroeg in de masterfase aan hun masterproef kunnen beginnen, maar stelt vast dat er geen periode vrijgeroosterd wordt in het programma om aan de masterproef te werken. De visitatiecommissie is het eens met het instellen van vier maanden wetenschappelijke stage in het nieuwe curriculum. Tegelijkertijd merkt de commissie op dat een vast opleidingsonderdeel, waar studiepunten aan gekoppeld zijn, niet vervangen kan worden door een keuzestage. Het inrichten van een honours programme of een speciaal traject voor studenten die zich willen verdiepen in de wetenschap was reeds een aanbeveling van de vorige visitatiecommissie, wat deze commissie dan ook graag wil bevestigen.

De **lijn medische vaardigheden** en attitudes omvat het vaardighedenonderwijs in de bachelor en de klinische stages in de masterfase. De rollen **samenwerker, communicator en manager** komen aan bod in diverse opleidingsonderdelen, net als het praktisch luik van de rol **medisch expert**.

In de **bachelorfases** loopt het opleidingsonderdeel medische vaardigheden door de drie jaren heen en worden de studenten de beginselen van de patiëntenzorg bijgebracht. Naast de training in het skillslab organiseert de opleiding ook korte kennismakingsstages, met name twee weken in een huisartsenpraktijk en twee weken zorgstage in het ziekenhuis. Op het einde van de huisartsenstage nemen de studenten een anamnese af, tijdens de zorgstage maken de studenten kennis met de multiculturele context en de interprofessionele samenwerking in de zorg. De training in de communicatieve vaardigheden gebeurt via simulatieonderwijs, met behulp van toneelacteurs. Studenten worden gefilmd en kunnen de films opnieuw bekijken, onderling bespreken en bekritisieren. Vanaf Medische Vaardigheden III werken de studenten aan werkstations rond basishandelingen en normaal fysiek onderzoek. Uit de gesprekken leidt de commissie af dat de studenten nog geen echte afstemming ervaren tussen de vaardigheden die je leert in het skillslab en de stof die in de hoorcolleges aan bod komt. De docenten proberen de link wel te leggen, door de vaardigheidstraining af te stemmen op de theoretische kennis die studenten recent verworven hebben in de hoorcolleges. Zowel de docenten als het werkveld merken op dat de bachelor eerder kennisgericht is maar dat er een duidelijke evolutie is richting vaardigheden en competenties. De commissie doet de aanbeveling om meer aandacht te besteden aan de horizontale en de verticale integratie van het curriculum.

De opleiding voorziet in de **masterfases** ruimte om de kennis en vaardigheden die studenten in de bachelor verworven hebben te toetsen aan de klinische praktijk. Studenten worden in het huidige en het nieuwe curriculum voorbereid op de stages via een specifiek opleidingsonderdeel. De opleidingsverantwoordelijken hebben de stage voor het huidig curriculum aangepast, dat nog tot 2013–2014 werkt met halftijdse stages in de tweede masterfase, maar in de toekomst zal bestaan uit voltijdse stages afgewisseld met lesblokken. De studenten doorlopen drie maanden Heelkunde, drie maanden Interne Geneeskunde, twee maanden Pediatrie, zes weken Gynaecologie-Verloskunde, één maand Huisartsgeneeskunde, één maand stage met een maatschappelijk-sociaal karakter of Eerstelijns- en Acute Geneeskunde, tien weken in minstens drie verschillende specialiteiten en vier maanden volledig vrije keuzestage. Studenten worden in ver-

schillende rollen getraind tijdens de stage, die op verschillende diensten ook aangevuld wordt met onderwijsmomenten in de vorm van seminars, waar de residenten, de assistenten, de co-assistenten en de stagiairs samenkomen om te spreken rond topics die ze de laatste tijd frequent tegenkomen op dienst. Tijdens de gesprekken merken de studenten op dat deze stagemomenten niet overal structureel ingebouwd zijn en vooral in perifere ziekenhuizen nog vaak ontbreken. Studenten geven aan dat in het Universitair Ziekenhuis deze stagemomenten frequenter voorkomen. De CanMEDS-rollen zijn niet bij alle stagebegeleiders gekend in die vorm, maar in de gesprekken geven zij aan dat er naast de medische kennis van de stagiair wel gekeken wordt naar de sociale en communicatieve vaardigheden. Het opvolgen van die rollen gebeurt op de werkvloer voornamelijk door de stagebegeleiders. De commissie stelt op basis van de gesprekken vast dat er tussen de ziekenhuizen en binnen de verschillende disciplines diverse opvolgingsmethodes gehanteerd worden. Voor de meeste disciplines worden richtlijnen meegegeven door de instelling, vaak in de vorm van afspraken die gemaakt zijn tussen het diensthoofd en de verantwoordelijke docent in de discipline. Deze cultuur zorgt niet noodzakelijk voor structurele, formele feedback, maar laat wel ruimte voor informele feedback. De stagebegeleiders stellen ook dat ze gezien het beperkt aantal stagiairs op dienst de feedbacklijnen kort kunnen houden. De visitatiecommissie is echter van oordeel dat de supervisie en de feedback tijdens de stage beter gestructureerd kan worden. Vaste feedbackmomenten en een optimalere benutting van het portfolio kunnen volgens de commissie de kwaliteit van zowel feedback als stage doen toenemen. De commissie raadt de opleiding aan de stages beter af te stemmen op de competenties en daarbij alle rollen aan bod te laten komen.

De visitatiecommissie stelt vast dat de relatief korte klinische stages veel keuzemogelijkheden laten voor de studenten. Daarbij wordt voldoende rekening gehouden met de logische opbouw en de kennismaking met de grote disciplines. Tegelijkertijd worden er voldoende stageplaatsen aangeboden aan de studenten. De commissie wil benadrukken dat de vroege start met stages in de masterfase een sterke keuze is, maar wil de opleiding meegeven dat de korte duur van de stages het risico inhoudt dat studenten minder kans hebben om competenties te trainen. Een langer verblijf op eenzelfde afdeling in plaats van een kort verblijf op verschillende afdelingen kan volgens de commissie helpen in die competentietraining en vooral in het verwerven van toenemende zelfstandigheid. Bij te veel korte stages is de goede balans tussen breedte en diepgang van de klinische opleiding in het geding. De visitatiecommissie doet de aanbeveling aan de opleiding

om de kwaliteit van de stages te verbeteren door de stagebegeleiders en de studenten meer te trainen in het geven en verkrijgen van feedback en het bespreken van het portfolio in te schakelen als instrument voor reflectie.

In de afstudeerrichtingen worden ook nog stages georganiseerd in de vorm van co-assistentenschappen. De **ziekenhuisgeneeskunde** omvat voor de studenten nog 11 maanden voltijdse stage, waarvan zes als co-assistent en maximaal drie maand wetenschappelijke stage. In de afstudeerrichting **sociale geneeskunde** lopen de studenten zes maanden disciplinestages in een maatschappelijke sociale context. Studenten uit de **afstudeerrichting huisartsgeneeskunde** volgen in de vierde masterfase zes maanden ziekenhuisstage, twee maanden specifieke huisartsenstage en één maand wetenschappelijke stage. Studenten worden gestimuleerd om een betere visie te krijgen op de ambulante verzorging van patiënten. De opleiding wil studenten tijdens de specifieke huisartsenstage dieper laten ingaan op de huisartsgeneeskundige aspecten van de geneeskunde, in de vorm van participatiestages. De studenten lopen ook een GIMMICS-stage (Groningen Institute Model for Management in Care Services) van twee weken door, waarin de studenten in hun eigen groepspraktijk werken in een virtueel dorp. Ze leren een eigen praktijk opzetten en krijgen simulatiepatiënten over de vloer, waardoor ze de stiel leren in een veilige omgeving. Consultaties die afgenomen worden door studenten worden opgenomen en later gebruikt voor zelfevaluatie of feedback door medestudenten en docenten. De commissie vindt dit een bijzonder mooi uitgewerkte stage, waar ze haar waardering voor wil uitspreken.

De commissie merkt met waardering op dat de studenten de kans krijgen om in een kosmopolitische context stage te lopen, wat een unieke opportuniteit is. Studenten geven aan dat het kunnen afnemen van een anamnese in het Frans essentieel is, net als in het Engels. De commissie raadt de opleiding aan om hun ambitie naar de kosmopolitische context duidelijker te vertalen naar leerresultaten en de grootstedelijke problematiek explicieter aan bod te laten komen in het programma. Het lijkt de commissie ook wenselijk om voorafgaand de communicatieve vaardigheden in andere talen te herhalen.

De kwaliteit van de stageplekken wordt bewaakt via de BRUCE-formulieren, die door de studenten ingevuld worden om de stage en de stageplaats te beoordelen. Deze evaluaties gebeuren anoniem en worden over de jaren heen verzameld en gepubliceerd. Indien er problemen zijn en een stageplaats drie negatieve beoordelingen krijgt wordt ze door de opleiding ge-

schrapt. De richtlijnen rond de wet op de arbeidsduur worden volgens de vertegenwoordigers van het werkveld specifiek opgevolgd. Dit wordt ook duidelijk met de stagiairs afgesproken; ze hebben de vrije keuze, maar maximaal mogen ze maar 48u werken. Er wordt een logboek bijgehouden door de stagiair waarop aangegeven wordt hoeveel uur ze werken. Studenten hebben de keuze om via een opt-out tot 60u te werken, maar studenten die dit niet kiezen worden niet gepenaliseerd. De commissie stelt dat internationale voorbeelden van medische basis- en vervolopleidingen aantonen dat het met een afwisseling in intensiteit en in uren zeker mogelijk is om binnen 48u per week alle eindtermen te behalen. De werktijden van studenten worden door de opleiding opgevolgd, maar de verantwoordelijkheid wordt door de wetgeving voornamelijk bij de ziekenhuizen en bij de studenten gelegd. De opleiding geeft aan weldegelijk een sturende rol aan te nemen, via duidelijke richtlijnen en enquêtes via BruCE. De commissie wil benadrukken dat studenten in staat moeten zijn om binnen de 48u de leerdoelen te halen en dat geen enkele student nadeel mag ondervinden indien de opt-out niet ondertekend wordt.

De lijn **Arts en maatschappij** wordt in het nieuwe curriculum omgevormd tot de lijn maatschappij en gezondheid. De opleiding heeft de ambitie om studenten te leren omgaan met ethische en maatschappelijke aspecten van de geneeskunde en te trainen in de rollen van **professional, gezondheidsbevorderaar en medisch expert**. In het huidige bachelorcurriculum worden de aspecten van de lijn Arts en maatschappij voornamelijk opgenomen in het opleidingsonderdeel Medische Vaardigheden en de stages, waarin de kennismaking met de eerstelijns- en maatschappelijke gezondheidszorg aan bod komt. De opleiding biedt ook twee opleidingsonderdelen aan rond psychologie, behavioural medicine en deontologie. Ook in een aantal keuzevakken in de derde bachelorfase komt deze thematiek aan bod. Studenten lopen tijdens de **masterfases** ook stage in de eerstelijns- en maatschappelijke gezondheidszorg.

De commissie stelt vast dat de opleiding via een congruentietabel de opleidingsspecifieke leerresultaten en de bijhorende rollen gekoppeld heeft aan de verschillende leerlijnen. Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie merkt de commissie op dat de CanMEDS-rollen nog te weinig als instrument gebruikt worden, zowel tijdens het onderwijs als op de stage. De rol van medisch expert en wetenschapper krijgen een prominente plaats in het curriculum en studenten geven aan dat voornamelijk in het opleidingsonderdeel Medische Vaardigheden actief met de CanMEDS-rollen gewerkt wordt. De commissie vraagt de opleiding om de

omschakeling naar het competentiegericht onderwijs met de rollen verder door te voeren en alle rollen een expliciete, zichtbare plaats te geven in het curriculum.

De commissie stelt vast er in het academiejaar 2012–2013 2 studenten in het programma **sociale geneeskunde** ingeschreven waren en in het academiejaar 2011–2012 slechts één student. De visitatiecommissie erkent de maatschappelijke meerwaarde, in het bijzonder gezien de specifieke uitstroommogelijkheden voor de richting. De commissie stelt zich echter vragen bij de levensvatbaarheid van de afstudeerrichting en beveelt hierbij aan dat de opleiding deze dient te heroverwegen en eventueel in samenwerking met andere universiteiten aan te bieden als interuniversitaire master. Ongeacht de maatschappelijke waarde die de afstudeerrichting heeft wijst het gebrek aan studenten de voorbije jaren op een structureel probleem. Studenten zijn volgens de commissie wel in staat om in een veilige leeromgeving de einddoelen van deze afstudeerrichtingen te behalen, doordat ze ingebed zitten in een bredere structuur waarin de kwaliteit van de opleiding geborgd kan worden.

Aan de VUB zijn er formeel drie **werkvormen** gedefinieerd: hoorcolleges (HOC), werkcolleges, practica & oefeningen (WPO) en zelfstandige en externe werkvormen (ZELF). De opleidingsverantwoordelijken stellen dat er steeds vaker gewerkt wordt met oefeningen waar studenten in kleine groepen kunnen samenwerken, en staat er op dat hoorcolleges ook interactief ingericht kunnen worden. Dit kan door te werken met het elektronisch leerplatform en specifieke opdrachten of door studenten reeds voor het college informatie aan te reiken. De opleiding laat probleemgestuurde elementen aan bod komen. Uit de gesprekken leidt de commissie af dat in het merendeel van de opleidingsonderdelen met hoorcolleges dit echter niet het geval is. Studenten halen een aantal voorbeelden aan van interactief onderwijs tijdens de gesprekken, maar stellen dat dit bij de meeste opleidingsonderdelen niet gebruikt wordt. De opleiding beschikt over de mogelijkheid om lessen op te nemen die studenten nadien kunnen bekijken, maar dit blijkt enkel te worden gebruikt bij overlap. Docenten merken op dat het met de huidige lange dagen moeilijk is om nog actieve studenten te hebben in de colleges. De opleiding heeft de voorbije jaren te maken met een fluctuerend aantal inschrijvingen, wat het inrichten van het onderwijs moeilijk maakt, omdat een verdubbeling van het aantal studenten in één jaar tijd mogelijk is. De opleiding trekt in verhouding met de grootte van de instelling een proportioneel aantal studenten aan na de toelatingsexamens en kent ook een groot doorstroompercentage. De visitatiecommissie

stelt vast dat de opleiding desalniettemin kiest voor traditionele hoorcolleges. Op basis van de gesprekken stelt de visitatiecommissie vast dat het programma telkens in blokken van 2u verloopt, onderbroken door een pauze. Studenten geven aan dat ze veel tijd in de collegezalen doorbrengen en ook de docenten merken op dat de studenten lang lesdagen hebben. De commissie benadrukt dat een diversiteit in werkvormen fundamenteel is voor de kwaliteit van het onderwijs en de mate waarin studenten de overgedragen informatie overnemen. De kracht van de kleinschaligheid is volgens de visitatiecommissie een unieke selling point van de opleiding. De commissie vraagt de opleiding om voluit te kiezen voor een moderne, interactieve en internationaal georiënteerde vorm van onderwijs door aan de slag te gaan met activerende onderwijsvormen. De vorige commissie maakte hier reeds een suggestie van, en de huidige commissie stelt dat de gestructureerde zelfstudie meer aandacht verdient en meer ruimte dient te krijgen in het curriculum. De commissie raadt de opleiding aan het onderwijsconcept van studentgecentreerd kleinschalig onderwijs verder uit te werken.

Het **studiemateriaal** wordt gecommuniceerd aan de studenten via de opleidingsonderdeelfiches op de website van de VUB. De opleiding kiest voor een combinatie van handboeken, syllabi, PowerPointpresentaties en dergelijke meer. Via de elektronische leeromgeving Point Carré krijgen de studenten ook toegang tot de nodige leermiddelen. De commissie stelt tijdens het bezoek vast dat de kern van het studiemateriaal bestaat uit syllabi, die opgesteld zijn door de verantwoordelijke docenten. Tijdens de gesprekken merken de studenten op dat ze hier vaak de meeste informatie voor een examen in kunnen terugvinden. De opleiding heeft de ambitie om de lange narratieve verhalen in syllabi weg te werken en voluit te kiezen voor modern studiemateriaal, maar merkt daarbij op dat studenten vaak zelf vragende partij zijn om met syllabi te werken. De commissie stelt vast dat de invoering van *evidence based* leerboeken gevolgd is, maar dat er in de bachelor nog steeds heel wat *authority based* syllabi gebruikt worden. De commissie beveelt aan om verder te gaan op de ingeslagen weg en niet langer te werken met de *authority based* cursussen, zoals de vorige visitatiecommissie ook reeds aanbevolen had.

De opleiding heeft een uitgewerkt beleid rond internationalisering, wat aansluit bij één van de topprioriteiten van het Strategisch Plan van de VUB. De commissie stelt vast dat één derde van de studenten naar het buitenland trekt, wat de opleidingsverantwoordelijken zelf ook te weinig vinden. De opleiding voldoet aan de 2020-norm en binnen de instelling is er een

vice-rector en vice-decaan internationalisering. Studenten hebben diverse mogelijkheden om op uitwisseling te gaan, zoals beschreven op de website van de VUB, via Erasmus, IESP en dergelijke meer. De opleiding heeft de voorbije jaren vastgesteld dat door de halftijdse stages in eigen land het niet evident is om stages te organiseren in het buitenland, wat kan veranderen met de nieuwe voltijdse stages. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding beperkt deelneemt aan het Erasmusprogramma. De vereiste om Nederlands te kennen vormt voor heel wat studenten een probleem, met uitzondering van een aantal stagediensten die op een specifieke lijst staan. De restrictieve voorwaarden van de Vlaamse overheid maken het volgens de opleiding ook moeilijk om anderstalig onderwijs aan te bieden aan inkomende studenten. Er wordt gekeken naar alternatieven als het BEMSA-programma, die goedkopere uitwisseling voorziet. De internationale stage vertrekt van een aantal algemene leerdoelen, die op de website van de opleiding beschikbaar zijn. Studenten geven aan dat het niet altijd evident is om op internationale stage te gaan gezien de hoge kost die dit met zich meebrengt. Tijdens de gesprekken wordt opgemerkt dat er werk gemaakt wordt van een fonds ter beschikking van de studenten die het moeilijk hebben. Studenten organiseren frequent activiteiten en informeren elkaar ook over de internationale stage. Uit de gesprekken leidt de commissie af dat de opleiding voornamelijk een gebrek aan financiële middelen als hoofdargument is voor het beperkt uitsturen van studenten naar het buitenland. De opleiding wil dan ook vooral inzetten op Internationalisation at Home, met Brussel als internationale smeltkroes, met diverse opportuniteiten voor meertalige en multiculturele stages en via het organiseren van Medical Seminars in het Engels en via diverse gast-docenten. De visitatiecommissie is van oordeel dat in het kader van de ambitie en de kosmopolitische oriëntatie van de opleiding internationalisering een prominentere rol mag spelen in de opleiding.

De visitatiecommissie stelt vast dat er veel staf is die actief zijn in de kliniek en in het wetenschappelijk onderzoek. Docenten worden geselecteerd op basis van hun onderzoeksdossier, de onderwijskwaliteiten en voor klinici op basis van de professionele deskundigheid. De opleiding maakt in het zelfevaluatie rapport de vaststelling dat er pas sinds enkele jaren meer aandacht besteed wordt aan de inzet voor de kwaliteit van het onderwijs en de commissie merkt op dat er bij het personeel een spanning bestaat tussen onderwijs, onderzoek en kliniek. Om dit evenwicht te bewaren hebben het Universitair Ziekenhuis en de faculteit een conventie afgesloten, waarin bepaald staat wat nodig is om het onderwijs te garanderen binnen de opleiding. De samenwerking tussen het ziekenhuis en de

faculteit wordt verder bepaald in een gemeenschappelijke commissie, die de benoemingen voorbereidt en bepaalt hoe deze ingezet worden. In de commissie wordt rekening gehouden met de noden van het ziekenhuis, het onderwijs en het onderzoek. Dit resulteert in een gemeenschappelijke vacature voor een positie als diensthoofd in het UZ en ZAP binnen de VUB. Het budget voor het personeelsbeleid ligt bij de vakgroepen, maar de faculteitsraad en het facultair besluit kijken hier op toe. De bacheloropleiding wordt verzorgd door 30,7 VTE met 52 ZAP-leden, terwijl in de masteropleiding 17,3 VTE beschikbaar is met 51 ZAP-leden. Door de samenwerking met het UZ is er een 100% aanstelling voor klinici uit het UZ Brussel bij de VUB, de vermelde VTE bedraagt enkel hun aanstelling in de faculteit. De omvang van de faculteit met weinig studenten zorgt ervoor dat de docenten meer tijd kunnen spenderen aan onderwijs. De docent/student ratio in de bachelor bedraagt 4,4 studenten per ZAP-lid in de bachelor en 8,8 studenten per ZAP-lid in de master. Docenten vinden het aangenaam de studenten zelf te ontmoeten en beoordelen en niet via een assistent. Het enthousiasme voor het onderwijs hangt volgens de docenten echter af van persoonlijke interesse, aangezien de middelen voor het onderwijs eerder beperkt zijn. De idee dat de arbeid voor het onderwijs iets is wat je buiten je uren moet doen overheerst volgens de docenten wel, en de mate van mogelijkheid om het onderwijs te geven hangt ervan af wat je er nog bij kan nemen bovenop je dienst en je onderzoek, wat zij betreuren. De visitatiecommissie wil haar waardering uitspreken voor een constructie waarin de mogelijkheid bestaat om voldoende ruimte te voorzien voor het onderwijs, maar stelt dat de praktijk hier niet van lijkt te profiteren. De commissie stelt vast dat het spanningsveld tussen patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs nog niet is opgelost en bemoeilijkt wordt door de beperkte en onduidelijk omvang van het budget.

De opleiding stelt dat de onderwijsdeskundigheid van het personeel in bevragingen bij alumni als overwegend positief ervaren wordt. Een bevraging bij het personeel toont aan dat iets meer dan de helft van het personeel reeds één cursus gevolgd heeft. De opleiding biedt vanaf het academiëjaar 2012–2013 een onderwijsprofessionaliseringstraject aanbieden dat vanaf 2014–2015 verplicht wordt voor nieuw aangestelde ZAP-leden. De visitatiecommissie stelt vast dat weinig docenten meer dan één professionaliseringscursus gevolgd hebben en dat er geen intentie is om dit te verplichten voor langer residerende docenten. De commissie vraagt dat de opleiding het volgen van professionalisering verder aanmoedigt, zowel bij nieuwe docenten als bij reeds langer aangestelde docenten. De commissie stelt verder dat de opleiding werk dient te maken van duidelijke leerdoe-

len voor stage, opdat de stagebegeleiders en de studenten weten wat van hen verwacht kan worden. Tot op heden hebben een aantal begeleiders de *Teach the Teachers*-trainingen gevolgd, maar in de toekomst worden zij verplicht om hieraan deel te nemen. De evaluatie van het personeel gebeurt via de alumni-enquête, de semesteriële onderwijsbeoordelingen en de eigen tweejaarlijkse audit via focusgroepgesprekken. Over het algemeen zijn deze enquêtes overwegend positief en in het geval van problemen wordt er contact opgenomen met de docent in kwestie. De commissie beveelt aan om docentenprofessionalisering voor de academische staf en *Teach the Teachers*-trainingen voor de stagebegeleiders te organiseren. De visitatiecommissie wil hierbij onderstrepen dat ook reeds bevorderde hoogleraren en langer residerende docenten hun voordeel kunnen halen uit verdere professionalisering, in de vorm van rolspecifieke training. Zowel op domeinskundig als onderwijskundig vlak, is het aanleren, trainen en beoordeeld worden op deze rollen volgens de commissie een cruciaal onderdeel van een personeelsbeleid.

De commissie merkt op dat de faculteit echt ingebed zit een campus en een ruime infrastructuur biedt aan haar studenten met een Studiebegeleidingscentrum (SBC), het *Clinical Skills and Simulation Center* (CSSC), de medische bibliotheek en andere dienstverlenende centra voor studenten.

In het **CSSC** wil de opleiding haar training en onderwijs door simulatie realiseren, in een skillslab dat door verschillende opleiding van de universiteit en de hogeschool gebruikt wordt, waardoor het aangepast is aan een interprofessionele setting. Ook voortgezette opleidingen en levenslang leren hebben een plaats in het lab. De visitatiecommissie kreeg de mogelijkheid om het lab te bezoeken en merkte op dat er een bijzonder degelijk uitgerust simulatielab voor handen is, dat volgens haar echter meer gericht is op de vervolgopleiding en in het bijzonder op de *ManaMa* Disaster medicine, gezien de complexiteit van de modellen aanwezig in het skillslab. De opleiding benadrukt dat er ook voldoende trainingsmogelijkheden zijn in het ziekenhuis en in de nabije Erasmushogeschool. De commissie acht het belangrijk dat er voldoende ruimte is voor de studenten om de basale vaardigheden die nodig zijn in de basisopleiding te trainen. Er wordt voldoende materiaal voorzien voor het verwerven van de basisvaardigheden en slots voor zelfstandig oefenen worden afgesproken met de regelaar in het studentensecretariaat. De opleiding voorziet een halftijdse verpleegkundige en een halftijdse praktijkassistent voor permanentie en ondersteuning. Op basis van de gesprekken constateert de commissie dat studenten de mogelijkheid hebben om zelfstandig te oefenen in het skillslab, maar stelt ook

vast dat dit afhankelijk is van de beschikbare ruimte en de permanentie. Deze permanentie loopt sinds 2009, maar kan zowel volgens de opleiding als volgens de commissie nog uitgebreid worden om studenten de kans te geven frequenter te oefenen. De opleiding beschikt over een voldoende ruime snijzaal, waar actief onderwijs in gegeven wordt. De commissie stelt vast dat er een mooie integratie is van het **studielandschap** met de medische **bibliotheek**, met een centrale ligging op de campus. De patiëntenstroom en de studentenstroom werd duidelijk gescheiden, wat de commissie positief vindt. Studenten beschikken in de bibliotheek over toegang tot alle nodige internationale literatuur en kunnen via elektronische weg ook alles thuis consulteren. Het studielandschap is opgedeeld in verschillende ruimte, met 'stilte'-ruimtes en 'fluister'-ruimtes, voor studenten die in stilte willen werken of in groep. Het studielandschap is beschikbaar tijdens de examenperiode en voorziet voldoende computers en laptopaansluitingen. De visitatiecommissie stelt vast dat de WiFi-verbinding op de hele campus niet altijd stabiel is, en ook studenten merken op dat er een aantal blinde vlekken zijn.

Tijdens de stage kunnen de studenten afhankelijk van de stageplaats ook gebruik maken van de voorziene faciliteiten. Er zijn computerlokalen, waar de artsen ook gebruik van maken, die toegankelijk zijn voor de studenten. Voor de klinische stages is er tevens een elektronisch systeem, waar uitleg over verschillende seminaries in terug te vinden is.

Om een **veilige leeromgeving** te garanderen schakelt de opleiding begeleiding in via het SBC, die studenten ondersteunen op vlak van studieadvies. Voor de drie basisopleidingen van de faculteit werken er drie studiebegeleiders, waarvan één focust op de opleiding geneeskunde. Voor de volledige faculteit is er een studietrajectbegeleider aangesteld. Deze personen bieden samen geïntegreerde studiebegeleiding aan, gedurende het volledige studietraject van de student. Om dit te realiseren wordt samengewerkt met het academisch personeel, de opleidingsraad en het studentensecretariaat. De begeleiders organiseren jaarlijks een vaardigheidstraining, momenten waarop de studeervaardigheden besproken worden en topics als studiemethodes, examenvormen, faalangst en stress aan bod komen. Studenten komen langs in groep en komen voor het eerst in aanraking met de studiebegeleiding via de voorstelling op de eerste dag. De begeleiders detecteren probleemstudenten tijdens de deliberatiemomenten, waarop ze gecontacteerd worden om een afspraak te maken met de studiebegeleiding. Indien het nodig is verwijzen de studiebegeleiders de studenten door naar studieadviseurs, die helpen bij een eventuele heroriëntering.

De opleiding voorziet specifiek voorzieningen voor studenten met een beperking, via adviseurs en studentenpsychologen die indien nodig contact opnemen met de docenten indien zaken gewijzigd dienen te worden. De studietrajectbegeleider is het eerste aanspreekpunt in de begeleiding voor de individuele trajecten. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke situatie van de student, eventuele studievertraging en of ze eventueel overgestapt zijn van een andere opleiding.

Indien er klachten zijn kunnen studenten terecht bij de ombuds, die optreedt als bemiddelaar. De ombuds wordt aangesteld op voorstel van de faculteitsraad en bevestigd door het bestuurscollege. Deze persoon rapporteert aan de vice-rector onderwijs en houdt ook dossiers bij over de klachten. Indien studenten zich onheus bejegend voelen kunnen ze alvast op stage terecht bij vertrouwenspersonen in het universitair ziekenhuis, maar ook bij centrale vertrouwenspersonen van de VUB. De visitatiecommissie stelt vast dat studenten vlot terecht kunnen bij hun begeleiders en dat de opleiding de drempel bewust laag wil houden. Doordat de begeleiders gecentraliseerd zijn in het SBC zijn ze ook vlot bereikbaar voor een gesprek.

Om de kwaliteitszorg en de inspraak van de studenten te garanderen wordt gewerkt met **studentenbevragingen** en focusgroepsgesprekken. De gesprekken vinden plaats om de twee jaar, terwijl de evaluaties per semester gebeuren. Deze evaluaties zijn overwegend goed tot zeer goed. De opleiding merkt op dat deze evaluaties volgens een instellingsbreed stramien georganiseerd worden en volgens hen niet aangepast zijn aan de context van de opleiding geneeskunde. De commissie kon vaststellen dat de participatiegraad bijzonder laag ligt, wat ze toch als aandachtspunt wil meegeven voor de opleiding.

Zoals reeds eerder gemeld worden de stageplaatsen geëvalueerd aan de hand van **BRUCE**. Oorspronkelijk was dit een papieren enquête die door studenten ingevuld werd na elke stage. Daarop konden zij aangeven of ze genoeg ondersteuning gekregen hadden en konden ze vragen beantwoorden over de begeleiders. Vanaf 2011 werd er overgeschakeld naar een online versie. De gegevens worden verzameld en geanalyseerd en naar de stagebegeleiders en onderwijsraad gecommuniceerd. Ook studenten worden in zekere mate op de hoogte gehouden van de resultaten. De participatiegraad in de enquêtes ligt hoog, tot 70% in het derde masterjaar, wat beter is dan de onderwijsbeoordelingen.

De visitatiecommissie stelt vast dat er na de visitatie in 2005 van de zes **aanbevelingen** slechts een aantal aanbevelingen opgevolgd werd. Er zijn heel wat veranderingen in gang gezet zijn, die met de hervorming van het curriculum van zeven naar zes jaar *on hold* gezet werden. De herstructurering van het onderwijsoverleg werd doorgevoerd in 2011. De switch naar het competentiegericht onderwijs, met de CanMEDS-rollen als uitgangspunt, is duidelijker omschreven. De commissie stelt echter vast dat de focus voornamelijk op de rollen van medisch expert en wetenschapper ligt, en dat de overige rollen nog steeds onderbelicht worden. Daarom vraagt de visitatiecommissie met aandrang om dit te versterken. De vorige visitatiecommissie deed de aanbeveling om een betrouwbare tijdmeting te organiseren, maar de opleiding heeft hier momenteel enkel plannen rond. De variatie in toetsing kan volgens de commissie ook nog opgedreven worden, zoals vermeld in GKW 3 en ook de onderwijskundige ondersteuning kan volgens de commissie nog opgedreven worden. De commissie stelt vast dat de opvolging van de aanbevelingen en de onderwijshervorming te laat op gang gezet werd. De commissie heeft vertrouwen in het huidig bestuur van de opleiding en beveelt met klem aan de nog openstaande aanbevelingen nu op te volgen. De visitatiecommissie vraagt om niet langer te wachten met de ingezette veranderingen.

Concluderend is de commissie van oordeel dat de opleiding haar leerresultaten voldoende vertaald heeft naar het onderwijsprogramma, met het wetenschappelijk onderwijs in de Bachelor als sterk voorbeeld hiervan. De visitatiecommissie vraagt de opleiding om door te zetten met de verandering en voluit te kiezen voor kleinschalig, studentgecentreerd en activerend onderwijs. De omschakeling naar het competentiegericht onderwijs is ingezet, maar door meer gebruik te maken van de CanMEDS-rollen als instrumenten kan de opleiding dit nog verbeteren.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De opleiding volgt de centrale beleidstekst van de VUB, 'Visie op evalueren'. De voorbije jaren heeft de opleidingsraad het initiatief genomen om het toetsprogramma te herzien en beter te laten aansluiten op de competenties. Dit wil ze doen door minder louter kennisgerichte toetsen te gebruiken, meer competentiegericht te toetsen, de evaluatie tijdens de stage te

verbeteren en over het algemeen meer in te zetten op diverse evaluatievormen. De richting waarin de opleiding wil evolueren met haar toetsbeleid is volgens de visitatiecommissie positief.

De opleiding kiest voor evaluatievormen die aangepast zijn aan de doelstellingen van de opleidingsonderdeelfiches. Voor de 'knows' en 'knows how' niveaus wordt gekozen voor geschreven assessment, terwijl voor 'shows how' en 'does' gekozen wordt voor observatie en feedback op de vaardigheden, respectievelijk in een simulatieomgeving en in een klinische omgeving. De opleiding merkt op dat in de bachelor 59% summatief geëvalueerd wordt en 41% formatief, terwijl dit in de masterfase respectievelijk 55% en 45% bedraagt. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding voor specifieke rollen en competenties ook verschillende evaluatiemethoden gebruikt. In de **bachelorfase** wordt voornamelijk gebruik gemaakt van schriftelijke gesloten en open vragen, gericht op het toetsen van de basiskennis in het kader van de rol van medisch deskundige. De rol **wetenschapper** wordt met verschillende evaluatievormen getoetst, zoals papers, groepswerken en dergelijke meer. De rollen **communicator, samenwerker en gezondheidspromotor** worden volgens de opleiding minder met klassieke schriftelijke open en gesloten vragen geëvalueerd, maar meer via mondelinge evaluatie, werkstukken, presentaties en dergelijke meer. Het huidige **toetsprogramma** is volgens de visitatiecommissie helder uitgewerkt. De commissie acht het positief dat er meer gebruik gemaakt wordt van *assessment for learning*, maar stelt dat de opleiding doorheen de bachelor nog frequenter kan toetsen om hier optimaal gebruik van te maken – ook in de meer kennisgerichte leerlijnen.

De evaluatie tijdens de **stage** gebeurt volgens de opleiding op basis van beroepsattitude en –kennis. De eindtermen voor de stage worden afgetoetst via een stagebeoordelingsformulier, en per discipline kunnen de eindtermen een verschillende focus hebben. De stagebegeleiders stellen dat ze vooral kiezen voor maatwerk, met een individueel gesprek met de student over de verwachtingen en wensen aan het begin van de stage als basis hiervoor. Studenten moeten op stage een aantal overkoepelende vaardigheden leren, maar op basis van de verwachtingen worden ook de disciplinegerichte einddoelen nagestreefd. De gehanteerde instrumenten variëren dan ook sterk, van het werken met het portfolio tot een specifieke toets op het einde van een stage, een interview, vaardigheidstoets en dergelijke meer. Vanaf het academiejaar 2013–2014 zal elke student een jaarlijkse disciplineoverschrijdende bespreking van het portfolio met een jury met leden van de stagecommissie bespreken. De opvolging van de studenten

via het portfolio bestaat uit een verzameling alle casussen op stage en de Korte Klinische Beoordelingen (KKB's). De opleiding maakt volop werk van een digitaal portfolio, dat de commissie even kon inkijken. Studenten krijgen de mogelijkheid om skills aan te vinken in een lijst en daarbij een bijlage te uploaden als bewijs en bevestiging hiervan. Het portfolio wordt op het einde van het jaar besproken met de stagecoördinator, die samen met de student de stages overloopt en punten waar nog aan gewerkt moeten worden bespreekt. De mogelijkheid bestaat ook dat er een steekproef genomen wordt bij de zaken die door de student als behaald aangevinkt werden. Tussendoor vindt ook een evaluatie plaats, en studenten geven aan dat ze gezien de kleinschalige context continu opgevolgd worden en dat er twee evaluatiemomenten per stage ingebouwd zijn. De commissie is van oordeel dat de systematiek in het geven van feedback en de manier waarop geëvalueerd wordt over de stages heen meer geüniformiseerd mag worden.

De visitatiecommissie stelt vast dat het onderwijskundig staf lid van de faculteit het voorbije jaar actief begonnen is met metingen om de toetsing in kaart te brengen. De verschillende OO-fiches zijn nu in kaart gebracht als vertrekpunt en wordt nu verder in de gaten te houden om eventuele hiaten of problemen te detecteren. De opleiding heeft geen concreet implementatieplan, maar focust op onderdelen die een ad hoc benadering vragen. Uit de gesprekken blijkt dat de hervorming van het zevenjarig naar het zesjarig curriculum het digitaal portfolio, de toetsmetingen en dergelijke meer beduidende vertraging hebben opgelopen.

Docenten geven in de gesprekken aan dat er **geen harde instructies** zijn van de opleiding wat de toetsing betreft. Er is een keuze voor meerkeuzevragen en openvragen, voornamelijk gebaseerd op de feedback van de studenten. De combinatie van meerdere systemen zorgt er volgens de commissie voor dat er meer naar kennis en inzicht gepeild kan worden. Maar de keuze wordt zelf gemaakt. De docenten merken wel op dat er vroeger veel vrijheid in het opstellen van toetsvragen bestond, maar dat dit mede dankzij de focusgroeps gesprekken, de studentenbevraging en de grotere controle van de onderwijsraad geminderd is. De universiteit heeft in haar instellingsbrede toetsbeleid meer verantwoordelijkheid gegeven aan de onderwijsraad om hier op te controleren, wat vroeger niet haar bevoegdheid was.

De commissie stelt vast dat er een stapsgewijze evolutie is op vlak van het toetsbeleid, maar dat er nog niet actief gewerkt wordt met toetsmatrijzen, psychometrische analyses voordien of het aanleggen van een toetsbank. Er is een systeem uitgewerkt om de validiteit van de toetsen psychometrisch te analyseren, maar dit is na het examen en is ook niet verplicht. De onderwijsraad volgt de docenten weliswaar op en verplicht docenten om een cursus te volgen indien er problemen vastgesteld zijn. Docenten die samen bepaalde opleidingsonderdelen doceren werken vaak samen aan de toetsing. Uit de gesprekken blijkt echter dat niet alle docenten openstaan voor een controle van hun toetsing door iemand die niet geschoold is in hun vakgebied. In het nieuwe beleid worden trainingen voor alle nieuwe docenten verplicht, maar de visitatiecommissie acht het wenselijk dat alle docenten getraind worden op vlak van toetsing. De kwaliteitsborging kan volgens de commissie verhoogd worden door het inrichten van een commissie die naar de kwaliteit van de toetsvragen kijkt op voorhand.

Het portfolio geeft een duidelijk resultaat van het eindniveau weer van de student en wordt ook gebruikt na de opleiding bij de selectie voor de vervolgopleiding. Het nieuwe ontwerp voor de portfolio's zal volgens de commissie sterk gericht op de vaardigheden en kan nog meer integratie van de CanMEDS-rollen gebruiken. Door het portfolio in de toekomst niet enkel voor de stage te gebruiken maar longitudinaal beschikt de opleiding over de mogelijkheid om de dagelijkse praktijk en het observeerbaar gedrag van de studenten beter te registreren.

Binnen de opleiding is er een coördinator voor de **masterproef** aangesteld, waarbij studenten aangemoedigd worden om zich zo snel mogelijk aan te melden. Er wordt een onderzoeksplan opgesteld en een opvolgingsrapport bijgehouden, waarin studenten zelf hun evolutie in meedelen naar de promotor en de coördinator toe. De promotor is in alle afstudeerrichtingen verantwoordelijk voor de begeleiding en feedback op de masterproef, waar studenten bij terecht kunnen voor hun vragen. De masterproef, die op het einde van de vierde masterfase ingediend wordt bij de opleiding, wordt beoordeeld door een groep mensen. De promotor, die het werk begeleidt, geeft $\frac{1}{4}$ van de punten, een groep onafhankelijke lezers beoordeelen ook op $\frac{1}{4}$. De overige helft van de punten wordt gegeven op basis van de mondelinge verdediging en de presentatie. De visitatiecommissie stelt vast dat een deel van de eindwerken in het Engels opgesteld worden, die over het algemeen van een betere kwaliteit lijken dan de Nederlandstalige. Dit valt volgens de verantwoordelijke te verklaren doordat studenten de keuze hebben om uitgebreid te rapporteren in het Nederlands, of een draft

te schrijven voor een wetenschappelijk artikel. Werken naar een draft toe betekent dat het werk van een hoger niveau dient te zijn, waardoor er een onderscheid is. Studenten hebben de vrije keuze wat de taal van hun eindwerk betreft.

Net als de andere opleidingen in Vlaanderen heeft de opleiding moeite met de opdeling die de Ba-Ma structuur maakt in de Geneeskunde. Aan de VUB wordt gekozen voor een duidelijke structuur en een ambitie; studenten moeten kennis hebben van alles wat normaal en abnormaal is en moeten slagen voor een bachelorproef om de opleiding af te ronden. Er is een vereiste om voor alles in de bachelor te slagen om aan de master te kunnen deelnemen, met uitzondering van een totaal van 20 ECTS die ze kunnen meenemen, zoals bepaald door universitair beleid. De commissie vindt 20 ECTS te veel en acht dit ongewenst. De bachelor en de master moeten gescheiden worden door een harde knip volgens de visitatiecommissie.

De selectie van studenten voor de vervolgopleiding gebeurt in het eerste semester van de vierde masterfase, om de heroriëntatie van studenten toe te laten. De selectiecriteria voor de vervolgopleidingen huisarts-specialist, specialistische geneeskunde en sociale geneeskunde worden aan de studenten gecommuniceerd en zijn raadpleegbaar. De visitatiecommissie acht het echter cruciaal dat de selectie voor de vervolgopleiding en het onderwijs gescheiden worden en doet de aanbeveling om de selectie buiten het curriculum te houden.

Er is een zekere concurrentie voor de plaatsen in het ziekenhuis, die interuniversitair openstaan. De studenten zijn vertrouwd met de weging en hoe de selectie zal verlopen. Niet enkel de stage in de master, maar ook de bachelorjaren worden mee in rekening genomen. Het is volgens de studenten wenselijk op zijn minst stage te hebben gelopen op de dienst waar je je vervolgopleiding wil doen. De afgestudeerden geven aan dat de kleinschaligheid en de persoonlijke interactie hen voldoende voorbereid heeft op de klinische setting in het UZ Brussel en andere ziekenhuizen. De openheid en de mogelijkheid om te discussiëren met de docenten is hier volgens de alumni een mooi voorbeeld van. Tijdens de gesprekken geven zij weliswaar aan dat de kleinschaligheid voor een aantal disciplines ook problemen kon opleveren, omdat de instelling eenvoudigweg te klein is hiervoor. De activiteiten van het UZ Brussel en de geaffilieerde ziekenhuizen staan echter borg voor het behoud van voldoende opleidingsplaatsen.

Het **diplomarendement** in de opleiding bedraagt voor de bachelor meer dan 90% en in de master 94%, waarmee het rendement erg hoog ligt. De opleiding erkent dat het rendement van de opleiding lager ligt dan bij de andere opleidingen in Vlaanderen, maar stelt dat ze als enige Vlaamse universiteit in de hoofdstad traditioneel meer studenten aantrekt uit gezinnen die het sociaaleconomisch moeilijk hebben.

De commissie concludeert dat het gerealiseerd niveau van de opleiding voldoende is. Een betere integratie de CanMEDS-rollen en een meer competentiegerichte toetsing kan de kwaliteit van het niveau volgens de commissie nog verhogen.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Bachelor

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	V
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als voldoende wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Master

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	V
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als voldoende wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Master in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

- Koppel de matrix met de OLR aan de gehanteerde Miller-niveaus en verhoog de ambitie voor de bacheloropleiding.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Zorg voor een structurele uitbreiding van de onderwijskundige staf en zorg voor ondersteuning op maat van de opleiding, zoals reeds aanbevolen door de vorige visitatiecommissie.
- Kies expliciet voor het leren in de context door studenten vroeger in contact te brengen met patiënten. Koppel dit contact met patiënten ook aan het theoretisch onderwijs.
- Richt een *honours programme* of een speciaal traject in voor studenten die zich willen verdiepen in de wetenschap, zoals reeds aanbevolen door de vorige visitatiecommissie.
- Stem de vaardigheden en competenties beter af op het kennisgerichte onderwijs en zet verder in op een horizontale en verticale integratie van het curriculum. Geef de rollen een expliciete, meer zichtbare plaats in het curriculum en vervolledig de omschakeling naar het competentiegericht onderwijs.
- Structureer de feedback en supervisie op de stage op een formele manier en train stagebegeleiders en studenten in het geven en verkrijgen van feedback.
- Zorg ervoor dat geen enkele studenten nadeel ondervindt van het niet tekenen van de vrijwillige opt-out en leg de verantwoordelijkheid voor het opvolgen van de werktijden niet enkel bij studenten en ziekenhuizen.
- Zorg ervoor dat studenten op stage niet te snel focussen op één discipline en vermijd dat ze in een bepaalde richting geduwd worden.
- Kies voor een moderne, interactieve en internationaal georiënteerde vorm van onderwijs en kies voor activerende onderwijsvormen, zoals reeds aanbevolen door de vorige visitatiecommissie. Maak hiermee gebruik van de kleinschaligheid als unieke selling point van de opleiding.
- Heroverweeg de afstudeerrichting sociale geneeskunde. Overleg met de overige Vlaamse universiteiten die de afstudeerrichting aanbieden en overweeg een interuniversitaire master in te richten.

- Beperk het aantal traditionele hoorcolleges en kies voor moderne vormen van onderwijs met een actievere rol voor studenten. Maak de omschakeling naar het studentgecentreerd leerproces ook op vlak van het lesmateriaal, door af te stappen van *authority based* blokboeken, zoals aanbevolen door de vorige visitatiecommissie.
- Geef internationalisering een prominentere plaats in de opleiding, zeker in het kader van de ambitie en de kosmopolitische oriëntatie van de opleiding.
- Zorg dat de praktijk ook profiteert van de mogelijkheden van de conventie tussen faculteit en ziekenhuis. Verminder de spanning tussen patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en laat duidelijkheid scheppen omtrent de omvang van het budget.
- Verplicht het professionaliseringsaanbod voor alle docenten, niet enkel voor nieuwe docenten. Zet hierbij in op rolspecifieke training, waarbij docenten zowel op domeinskundig als onderwijskundig vlak dienen aan te tonen of ze bepaalde rollen beheersen.
- Organiseer een duidelijke tijdsmeting, zoals aanbevolen door de vorige visitatiecommissie.
- Verhoog de participatiegraad voor de studentenbevragingen en stem deze beter af op de opleiding.
- Werk een implementatieplan uit voor het opvolgen van aanbevelingen van visitatiecommissies en werk hierbij met een PDCA-cyclus, zodat er telkens een check kan gebeuren. Wacht niet langer met de ingezette veranderingen en volg de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie zo spoedig mogelijk op.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Kies voluit voor een evaluatie van de competenties, zoals nagestreefd met de beoogde leerresultaten. Werk hierbij ook het concept *assessment for learning* verder uit. Focus op meer longitudinale toetsing en verminder de nadruk op de *high stakes* eindexamens.
- Organiseer de feedback op stage op een meer formele manier en zorg voor meer systematiek in de evaluatie over de verschillende stages heen.
- Train docenten op vlak van toetsing en maak frequenter gebruik van toetsmatrijzen.
- Zorg voor een harde knip tussen bachelor en master en beperk het aantal studiepunten die studenten kunnen meenemen van de bachelor naar de masterfase.
- Dring het aantal mondelinge examens terug, zoals aanbevolen door de vorige visitatiecommissie. Mondelinge examens zijn een onbetrouwbare evaluatievorm voor kennistoetsing.

UNIVERSITEIT HASSELT

Geneeskunde

SAMENVATTING

Bachelor in de Geneeskunde

Op 20 en 21 november werd de Bachelor in de Geneeskunde van de UHasselt, in het kader van een onderwijsvisiteatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt aangeboden aan de UHasselt op Campus Diepenbeek. De opleiding zit ingebed in de faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen van de universiteit.

De universiteit Hasselt vertrekt vanuit de drijfveer om de participatie van Limburgse jongeren in het universitair onderwijs te verhogen, een ambitie die gedeeld wordt door de opleiding. De studenten worden opgeleid om via zestien eindcompetenties zich de zeven rollen van de arts – medisch expert, communicator, teamspeler, manager, gezondheidsbevorderaar, wetenschapper en professional – eigen te maken. Bovenop deze competenties wil de opleiding extra aandacht besteden aan de persoonlijke ontwikkeling, in het bijzonder het zelfmanagement en de zelfreflectie van de student, samen met het verwerven van ethische competenties. De opleiding

in Hasselt is erg zelfbewust en geeft blijk van innovatie, in het bijzonder wat de ethische competenties betreft.

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde telt in het academiejaar 2012–2013 187 ingeschreven studenten.

Programma

Het programma van de bacheloropleiding bestaat uit 180 studiepunten, die verspreid over drie opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten aan de studenten aangeboden worden. De 60 studiepunten worden gedoceerd en geëxamineerd in 36 weken, waarin studenten gemiddeld 45u aan hun studies besteden.

De opleiding baseert haar programma op het concept van het opdracht-gestuurd onderwijs, waarmee studenten zelfstandig leren plannen en studeren op een actieve, zelfsturende en doelgerichte manier. Studenten krijgen een studieleidraad en diverse zelfstudieopdrachten om de leerstof te verwerken. De opleiding kiest voor een kader waarin de studenten zich kunnen ontwikkelen en waarin de sturing door de docenten gradueel afgebouwd wordt.

Het onderwijs wordt georganiseerd op een modulaire manier in **kern- en stroomblokken**. De kernblokken zijn opleidingsonderdelen telkens vier dagen per week bedragen en vijf weken lang lopen. Een dag per week worden deze kernblokken afgewisseld door stroomblokken, die over een periode van 10 weken lopen. In het stroomonderwijs komen wetenschappelijke vorming, mens- en maatschappijwetenschappen en tot slot vaardigheden aan bod. De blokken zijn helder opgesteld, met duidelijke leerdoelen en hebben alle kenmerken van het geschetste opdrachtgestuurd en multidisciplinair onderwijs.

Tijdens de bacheloropleiding maken de studenten reeds **kennismaking met de praktijk**. In het eerste jaar doen ze een consultatiestage bij een huisarts, als eerste stap in het werkveld. Studenten worden in het tweede jaar getraind in verpleegkundige technieken, met een verpleegkundige stage als aanvulling hierop. In het derde en laatste jaar van de opleiding krijgen de studenten medische technieken en klinische vaardigheden aangeleerd, die in de praktijk getoetst worden via de medische stage. Deze stage bestaat uit een klinische stage, een huisartsenstage en een aanvullende keuzestage. De opleiding werkt samen met het ZOL, het Ziekenhuis

Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis. Alumni zijn zeer tevreden over de ruime mogelijkheden voor *bedside teaching* en de professionele aanpak in de ziekenhuizen.

Er is een uitgebreid wetenschappelijk programma uitgebouwd, dat culmineert in bachelorproef. Het eerste deel bestaat uit een jaarwerkstuk als bachelorscriptie. Studenten krijgen in duo een klinische topic toegekend, die ze in het jaarwerkstuk verder dienen uit te diepen. Tijdens een presentatie dienen ze aan te geven de materie duidelijk te beheersen. Een tweede luik is het portfolio, waarmee studenten over de jaren heen opgevolgd worden en waarin de persoonlijke groei van de studenten in de CanMEDS-competenties gedocumenteerd staat. Ook de kritische reflecties en een jaarlijkse SWOT-analyse van de student worden hier in opgenomen.

De opleiding hecht er belang aan dat de studenten reeds in de bachelor een internationale ervaring kunnen opdoen. Ten tijde van het visitatiebezoek gaan 20% van de studenten naar het buitenland, maar de opleiding heeft de ambitie om tegen 2020 33% naar het buitenland te sturen. In het onderwijsprogramma komen de thema's van global medicine en de internationalisering van het medisch beroep nog weinig aan bod.

Het cursusmateriaal vertrekt telkens van heldere leerdoelen, zijn goed gestructureerd en hebben voldoende wetenschappelijke diepgang. De studenten verwerken de leerstof aan de hand van zelfstudieopdrachten, die gelanceerd worden in hoorcolleges. De opleiding beperkt het contactonderwijs tot 30% van de gehele studiebelasting en kiest voor onderwijsvormen in functie van de beoogde doelstellingen. Studenten krijgen dus een mix van inleidende hoorcolleges, responsiecolleges, werkzittingen, practica en computer ondersteund onderwijs. De gekozen werkvormen en de regelmatige feedback stimuleren regelmatig studeren van studenten. Dit concept wordt nog versterkt door de regelmatige toetsing, doorheen het hele jaar in plaats van enkel op het eind. De opleiding experimenteert beperkt met blended learning en werkt frequent met audiovisueel materiaal. De digitale leeromgeving is voldoende uitgerust, maar wordt nog beperkt gebruikt.

Beoordeling en toetsing

Door de structuur van het programma wordt er doorheen de opleiding geëvalueerd. In de eerste opleidingsfase zijn er zes evaluatiemomenten, in de tweede fase vijf en in de derde fase vier. De toetsfrequentie wijzigt naar het einde van de opleiding toe om de studenten voldoende voor te bereiden op het semestersysteem dat aan in de masteropleidingen in Vlaanderen aangeboden wordt.

De opleiding kiest voor alle examens voor een mix van toetsvormen, van zowel gesloten als open vragen. De examens zijn gortendeels schriftelijke examens, die bestaan uit een theoretisch en praktisch gedeelte, al dan niet met een mondelinge toelichting. Studenten worden op de hoogte gebracht via de leidraden, de studiegids en de ECTS-fiches.

Begeleiding en ondersteuning

De infrastructuur van de opleiding is ruimschoots voldoende. De leer-ruimtes zijn voldoende uitgerust, onder andere met toegang tot draadloos internet en aansluitpunten voor laptops. Op de campus zijn een goed uitgeruste snijzaal en een mooie microscopiezaal met demonstratiefunctie terug te vinden. Het skillslab van de opleiding werd recent vernieuwd, maar de uitrusting was ten tijde van het visitatiebezoek eerder basic. De bibliotheek verleent studenten toegang tot tijdschriften en artikels, maar de toegang is enigszins beperkt, wat het schrijven van de bachelorpaper voor de studenten soms bemoeilijkt.

De opleiding heeft de afgelopen zeven jaar een instroom van generatie-studenten van ongeveer 7% van het Vlaamse aandeel, aangevuld met een zij-instroom uit de biomedische wetenschappen. Deze zij-instroom wordt gefaciliteerd door de opleiding. Om leerlingen uit het middelbaar voor te bereiden op het toelatingsexamen is de opleiding begonnen met een coachingsprogramma in 2008–2009. De studenten kunnen rekenen op een goed uitgebouwde **studiebegeleiding**. De studietrajectbegeleiding is erg individueel, wat haalbaar is gezien de kleinschaligheid van de opleiding en het uitvoerig informeel contact tussen de student en de docenten. Het opdrachtgestuurd onderwijs en de snelle evaluatie na de eerste vijf weken zorgt er voor dat studenten met leerproblemen vrij snel opgepikt wordt en op gesprek kunnen komen bij de opleidingscoördinator. De opleiding is duidelijk begaan met haar studenten en volgt ze goed op, wat de commissie waardeert.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Uit de tabellen in bijlage bij het zelfevaluatierapport blijkt dat het diplomarendement van de opleiding in de periode 2006–2007 en 2009–2010 83,3% tot 86,7% bedraagt voor studenten die hun diploma in 3 jaar of minder behalen. Studenten die instromen als zij-instromer uit de biomedische wetenschappen behalen het diploma in twee jaar. In absolute aantallen heeft de opleiding in de periode 2006–2011 282 diploma's uitgereikt. Er is amper drop-out.

Studenten doen het later aan de andere universiteiten zeker niet slechter en gaan vlot mee in de masteropleidingen. Leuven trekt het leeuwendeel van de studenten uit Hasselt aan, wat gefaciliteerd wordt door de afstemming die beide opleidingen georganiseerd hebben. Op basis van feedback van alumni werd het programma bijgestuurd om ook de uitstroom naar de Universiteit Antwerpen te faciliteren.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

Academische bachelor Geneeskunde

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de academische bacheloropleiding in de Geneeskunde aan de Universiteit Hasselt. De visitatiecommissie bezocht deze opleiding op 20 en 21 november 2013.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleiding aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntenschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntenschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding met alle daaronder ressorterende varianten, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatie-rapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau voor interne

kwaliteitszorg, internationalisering en studiebegeleiding. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd. Tevens is door de commissie een bezoek gebracht aan de opleidingsspecifieke faciliteiten, zoals de leslokalen en de bibliotheek.

Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeteruggesties.

Situering van de opleiding

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde omvat 180 studiepunten, verspreid over drie opleidingsfases. De opleiding telde in het academiejaar 2012–2013 187 ingeschreven studenten.

De opleiding zit ingebed in de faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen (GLW), die instaat voor de programmering en de evaluatie van het onderwijs. De Faculteit GLW bestaat uit 3 vakgroepen, met name de vakgroep Fysiologie, biochemie, immunologie (FBI), de vakgroep Morfologie (MRF) en de vakgroep Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie (RWK). In de opleiding Bachelor in de Geneeskunde werken personeelsleden uit 5 vakgroepen van 3 faculteiten: de vakgroepen FBI en MRF uit de GLW, de vakgroep Chemie en de vakgroep Wiskunde en statistiek uit de Faculteit Wetenschappen (WET) en tenslotte de vakgroep Gedragwetenschappen, communicatie en linguïstiek uit de faculteit Bedrijfseconomische wetenschappen (BEW). Binnen de faculteit wordt geen masteropleiding aangeboden; studenten stromen door naar andere universiteiten. De faculteit Geneeskunde en Levenswetenschappen zit fysiek ingeplant in de universitaire campus van Diepenbeek, die in 1973 door het toenmalige Limburgs Universitair Centrum in gebruik genomen werd.

Voor de opleidingen die onder de bevoegdheid van de faculteit vallen zijn Onderwijsmanagementteams (OMT's) aangesteld door de faculteitsraad. Het OMT vormt het hart van de opleiding en is verantwoordelijk voor de ontwikkeling en wijziging van het curriculum, het onderwijssysteem, de praktische organisatie van het curriculum en de dagelijkse opvolging en bewaking van de kwaliteit van de opleidingsonderdelen en de opleiding. De

voorzitter van het OMT kan in functie van de agenda een stafmedewerker onderwijs en/of vertegenwoordigers van de studenten uitnodigen om de vergadering van het OMT met raadgevende stem bij te wonen.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 - Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde als GOED.

De opleiding volgt de **domeinspecifieke leerresultaten** (DLR) die op Vlaams niveau vastgelegd zijn. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor Geneeskunde zijn verder conform de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleiding Geneeskunde te Hasselt was actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan 2009. Via focusgroepgesprekken van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld. De DLR zijn door de opleiding vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten, en deze eindcompetenties sluiten aan bij de eisen van het Vlaams kwalificatieraamwerk voor een bachelor op niveau zes.

De opleiding voldoet met haar beoogd eindniveau aan de eisen van het internationale vakgebied door te werken met de CanMEDS-rollen en door haar eindcompetenties conform de WFME-standaarden voor basis medisch onderwijs in te richten. De visitatiecommissie constateert dat de opleiding de suggestie van de vorige visitatiecommissie om te verwijzen naar internationale scholen of visies op het medisch onderwijs om de doelstellingen sterker te maken heeft opgevolgd. De opleiding vertrekt vanuit een duidelijk internationaal perspectief door te werken met de CanMEDS-rollen en het Raamplan Artsopleiding 2009 als werkdocument te gebruiken.

Het vertalen van de CanMEDS-rollen die in de DLR bepaald zijn naar het bachelorniveau was geen sinecure voor de opleiding, aangezien de eindcompetenties van die CanMEDS-rollen op masterniveau bepaald zijn. De opleiding acht behalve kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes ook de persoonlijke ontwikkeling van de student en de maatschappelijke context van het medisch handelen belangrijk. De opleiding biedt enkel een bacheloropleiding aan en heeft de ambitie om studenten te vormen die in staat zijn om de masteropleiding aan een andere universiteit, zowel in Vlaanderen

als internationaal, met succes te volgen. De opleiding heeft daartoe zestien eindcompetenties uitgewerkt waar een Bachelor in de Geneeskunde aan moet voldoen, verdeeld over zeven rollen: 'Medisch Expert', 'Communicator', 'Teamspeler', 'Manager', 'Gezondheidsbevorderaar', 'Wetenschapper' en 'Professional'. De commissie stelt vast dat de eindcompetenties in een matrix afgetoetst zijn aan de Domeinspecifieke Leerresultaten. De competenties zijn gekoppeld aan gedragsindicatoren die via de leidraden bij de cursussen aan de studenten duidelijk maken wat van hen verwacht wordt. In die matrix treft de visitatiecommissie echter geen duidelijke bepaling van het door de studenten te behalen niveau aan, zoals gedefinieerd in de Dublin Descriptoren en in de Miller-niveaus. In de beschrijving van de leerresultaten merkt de commissie wel een impliciete niveaubepaling op en stelt vast dat er nog bijkomende leerresultaten specifiek voor de bachelor geformuleerd worden. De commissie beveelt de opleiding wel aan om het te behalen eindniveau voor de eindcompetenties in de bachelor expliciet te definiëren, conform de Dublin Descriptoren en/of de Miller-niveaus.

Aanvullend op de drijfveer van de UHasselt om de participatie van Limburgse jongeren in het universitair onderwijs te verhogen wil de opleiding Geneeskunde sterk inspelen op de lokale maatschappelijke behoefte aan artsen. De opleiding beschikt niet over een link met een lokaal Universitair Ziekenhuis, maar om kwalitatief medisch onderwijs te realiseren heeft de opleiding een intensief partnership met algemene ziekenhuizen in Hasselt en Genk. Deze ziekenhuizen beschikken in totaal over meer dan 2000 bedden, zijn betrokken bij wetenschappelijk onderzoek en leiden ook specialisten op.

De opleiding profileert zich door expliciet aandacht te besteden aan de persoonlijke ontwikkeling van de student, *formative learning* en de maatschappelijke context van het toekomstig medisch handelen. Daarbij kiest de opleiding speerpunten bovenop de domeinspecifieke leerresultaten, waarbij sterk ingezet wordt op aandacht voor persoonlijke ontwikkeling van de student en het verwerven van beroepscompetenties. Daarbij heeft ze gekozen voor 'zelfmanagement', 'zelfreflectie' en de 'ontwikkeling van ethische competenties'. Deze specifieke keuzes sluiten volgens de opleiding aan bij de strategische onderwijsdoelstellingen van de UHasselt, waar de opleiding Geneeskunde een voortrekkersrol in wil spelen. Zelfmanagement is belangrijk voor de opleiding in het kader van de talrijke CanMEDS-rollen die een arts moet opnemen. Ze wil studenten bewust maken van het belang van zelfmanagement, door onder andere in het eerste jaar extra aandacht te geven aan timemanagement. In het kader van *formative learning*

wordt gekozen voor zelfreflectie, om studenten een realistisch zicht bij te brengen op de groei van hun leercompetenties en hun eigen verantwoordelijkheid hierin. Tenslotte wil de opleiding haar studenten ethische competenties bijbrengen, door deze competenties direct te koppelen aan de praktijkvoering en thematisch in te bedden in het curriculum.

De commissie kon tijdens het visitatiebezoek deze verschillende elementen herkennen en constateert dat de opleiding een weloverwogen visie uitgewerkt heeft en een duidelijke keuze maakt voor het bijbrengen van een aantal specifieke competenties bij haar studenten. De ontwikkeling van ethische competenties in het bijzonder is volgens de commissie goed en innovatief ontwikkeld. Door te kiezen voor levenslang leren en de nadruk te leggen op de professionele ontwikkeling van de student kan de opleiding het zelfmanagement in een breder en relevanter kader plaatsen.

Op basis van het zelfevaluatie rapport, de aangeleverde documenten en de informatie uit de gesprekken komt de commissie tot de vaststelling dat het beoogde eindniveau van de opleiding goed is. De opleiding heeft helder uitgewerkte eindcompetenties die conform het domeinspecifiek leerresultatenkader en de Vlaamse kwalificatiestructuur is. De actieve vertaling van de CanMEDS-rollen naar helder uitgewerkte competenties en gedrags-indicatoren sluit nauw aan bij wat verwacht wordt van een bachelor in de Geneeskunde en is conform de eisen van het internationaal vakgebied en het beroepenveld. De opleiding is zeer zelfbewust en kiest voor een aantal speerpunten, waar vooral de ontwikkeling van de ethische competenties bij studenten goed uitgedacht is en blijkt geeft van innovatie.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

Het onderwijsmanagementteam (OMT) heeft van de faculteit een grote bevoegdheid gekregen om te zorgen voor de afstemming en de samenhang binnen het curriculum. Het OMT kan rekenen op een aantal kernstafleden die regelmatig samenkomen en de verschillende lijnen bewaken. De docenten geven aan dat het OMT vooral een sturende rol heeft en een belangrijke rol speelt indien er structurele veranderingen moeten gebeuren of als er overlappings uit het curriculum gehaald moeten worden. Elke docent heeft de vrijheid om zelf een accent te leggen per blok, binnen het

kader dat door het OMT uitgetekend werd. Rond de opleidingsonderdelen worden onderwijsteams ingericht, blokonderwijsteams (BOT-teams) genoemd. In die teams wordt een blokcoördinator aangesteld die de eindverantwoordelijkheid draagt voor de samenhang en kwaliteit van het geboden onderwijs. De commissie constateert met tevredenheid dat het OMT de krachtige instantie is waar de vorige visitatiecommissie op aanstuurde.

In 2005–2006 en 2008–2009 werd het curriculum van de bachelor geneeskunde hervormd. De studieduurverkorting van de geneeskundeopleidingen van zeven naar zes jaar heeft ook een impact op het curriculum dat in de bachelor te Hasselt aangeboden wordt, aangezien het met inhoudelijke afstemming met de KU Leuven gebeurde. Tijdens het visitatiebezoek was het curriculum in transitie van het 'uitdovend' curriculum naar het nieuwe curriculum, dat reeds door de eerste twee bachelorjaren gevolgd werd.

Het onderwijsconcept dat de opleiding ontwikkeld heeft naar aanleiding van het eerste visitatierapport, het **opdrachtgestuurd onderwijs**, is nog altijd het fundament van de opleiding: de gestructureerde studiebelasting van de student staat centraal. Met deze aanpak wil de opleiding op een actieve, zelfsturende en doelgerichte manier studenten zelfstandig leren plannen en studeren om een attitude van levenslang leren te ontwikkelen. In dit didactisch concept spelen de studieleidraden met zelfstudieopdrachten een centrale rol. Er wordt gekozen voor een kader waarin studenten zich kunnen ontwikkelen, met een toenemende complexiteit van opdrachten en casussen. Studenten worden naar het eind van de opleiding toe minder strak aangestuurd om het zelfstandig leren verder te stimuleren.

De opleiding bestaat uit een bachelorcurriculum van 180 studiepunten, verspreid over drie jaar in het modeltraject. Elk academiejaar is opgedeeld in trimesters, waarin opleidingsonderdelen onderverdeeld worden. Het programma bestaat naast de zelfstudie ook uit opleidingsonderdelen die blokken genoemd worden. De opleiding stelt dat deze blokken **multi-disciplinaire opleidingsonderdelen** zijn, die 'kernblokken' genoemd worden. Deze kernblokken nemen vier dagen per week in en lopen over vijf weken. Vanaf het tweede jaar organiseert de opleiding het onderwijs rond functionele systemen en worden de kernblokken systeemblokken genoemd. De kernblokken worden één dag per week afgewisseld met stroomblokken, die over tien weken lopen. In het stroomonderwijs komen wetenschappelijke vorming, mens- en maatschappijwetenschappen en vaardigheden terug. De commissie heeft het onderwijsprogramma en

de inhoud van de ter inzage voorgelegde cursussen in detail bestudeerd. Deze blokken gaan uit van heldere leerdoelen, zijn goed gestructureerd en hebben voldoende wetenschappelijke diepgang. Het programma in deze blokken heeft alle kenmerken van opdrachtgestuurd en multidisciplinair onderwijs. In de stroomblokken wordt gebruik gemaakt van klinische casuïstiek. De commissie waardeert de adviezen aan docenten voor het gebruik van overwegend Engelstalige leerboeken en literatuur.

De opleiding werkt in het programma rond de CanMEDS-rollen. De commissie constateert dat de opleiding een matrix uitgewerkt heeft waaruit blijkt dat alle opleidingsonderdelen bijdragen aan de realisatie van meerdere eindcompetenties.

De basiskennis en het toepassen ervan op eenvoudige oefensituaties uit de medische praktijk, zoals gedefinieerd door de rol van **medisch expert**, komen aan bod in alle kern- en stroomblokken van de opleiding. De hervorming van het zevenjarig naar het zesjarig curriculum zorgde voor een doorgedreven medicalisering van de opleidingsonderdelen in de bachelor, waarmee de opleiding een aanbeveling van de vorige visitatiecommissie goed heeft opgevolgd. Het medicaliseren van de bachelor veronderstelt dat klinici vanaf de eerste dag betrokken zijn bij de opleiding, iets waar aan de UHasselt ook rekening mee gehouden wordt. Sinds de vorige visitatie zijn medische specialisten die werken in het opleidingsziekenhuis Jessa in Hasselt en ZOL in Genk als docent betrokken bij het onderwijs. De doelstellingen worden samen met het team opgesteld en de items worden verdeeld onder de docenten. De opleiding maakt werk van een specifiek gemedicaliseerd en casusgebaseerd blok. Daarin heeft ze de intentie om te vertrekken van de fysiologie en meteen door te gaan naar de pathofysiologie. Tegelijkertijd wil ze ook voldoende afstemmen op de stroomblokken. De klinische inbreng wordt verder verbreed door andere klinici dan de vaste docenten in gastcolleges te laten spreken over verschillende onderwerpen uit de dagelijkse medische praktijk. De opleiding haalt aan in de gesprekken dat ze hoorcolleges niet beginnen met live patiëntenvoorstellingen, maar dat ze wel werken met cases waarin een korte patiëntenbeschrijving gebruikt wordt. De patiënt mag volgens de commissie een prominentere plaats krijgen in het onderwijs, en kan hierbij ook rekenen op participatie van het werkveld. De commissie stelt dat het contact met patiënten immers een deel kan uitmaken van de theorie en dat studenten vanaf de eerste dag in de eerste bachelorfase een patiënt gedemonstreerd kunnen zien.

De kennismaking met de praktijk en het **uitoefenen van de rol medisch expert** in eenvoudige oefensituaties is opgenomen in het programma, voornamelijk wat de specialisaties betreft. De studenten komen in contact met de patiënten en de eerstelijns gezondheidszorg via de huisartsenstage en met patiënten die door de klinische specialisten en huisartsen worden gedemonstreerd en besproken in de systeemblokken. Studenten worden verder geconfronteerd met patiënten in het kader van het communicatie-onderwijs en in het vaardigheidsonderwijs van het skills lab. De commissie waardeert de inspanningen die geleverd werden om de praktijk dichter bij de studenten te brengen, maar stelt dat meer patiëntencontact een meerwaarde betekent. In de gesprekken met het werkveld vond de commissie mensen die bereid waren om hun patiënten mee te brengen naar het skillslab van de opleiding. Studenten oefenen reeds op elkaar in het recent opgestarte skillslab, volgen een verpleegstage en hebben een kijkstage bij een huisarts.

In het eerste jaar volgen studenten een consultatiestage bij een huisarts, als eerste stap in de praktijk. Studenten krijgen in het tweede bachelorjaar training in verpleegkundige technieken, met een verpleegkundige stage als onderdeel van het onderwijs. Tijdens deze stage verblijven studenten 2 weken op een verpleegafdeling, waar de studenten kennis kunnen maken met de professionele omgeving van de medische zorg. In het derde jaar krijgen studenten medische technieken en klinische vaardigheden, die ze in de praktijk kunnen omzetten via de medische stage, die bestaat uit een klinische stage, een huisartsenstage en nog een aanvullende keuzestage. Alumni geven aan dat ze de stages altijd als zeer leerrijk ervaren hebben. De mogelijkheden voor onderwijs en leren in Ziekenhuis Oost-Limburg en het Jessa Ziekenhuis zijn volgens de afgestudeerden erg groot. De grote hoeveelheid bedden in verhouding met het aantal studenten zorgt ervoor dat er veel ruimte is voor *bedside teaching*, iets wat volgens de alumni een pluspunt is in vergelijking met de grotere onderwijsinstellingen. De aanwezigheid van twee sterke ziekenhuizen in de buurt, waar ook medisch specialisten opgeleid worden, geeft volgens de commissie voldoende mogelijkheden tot leren. De stages hebben volgens de commissie zodoende het karakter van kennismaken met de medische praktijk, meekijken en leren in de context. Met de omvorming van het curriculum van zeven naar zes jaar in Vlaanderen heeft de opleiding ervoor gekozen om de vaardigheidstrainingen verder op punt te stellen. De opleiding zet onder meer in op een betere standaardisering van de beoordeling van de studenten, het oprichten van een skillslab en de aanschaf van nieuwe fantomen. Tijdens de bachelor worden de studenten ook getraind op *basic life support*. Vaar-

digheden worden aangeleerd aan de studenten via trainingen, zowel op de campus in het skillslab als buitenshuis in stages. De commissie stelt op basis van de gesprekken vast dat stagemeeesters soms worstelen met wat ze nu aan studenten op bachelorniveau kunnen laten zien zodat het leerrijk blijft, iets waar de opleiding een ondersteunende rol in kan spelen.

In het kader van de **rol communicator** worden studenten uitvoerig getraind in de leerlijn communicatievaardigheden, die over de drie jaren loopt en de arts-patiënt vaardigheden centraal stelt. Studenten worden voornamelijk getraind tijdens het opleidingsonderdeel Communicatievaardigheden in de eerste fase en de stages in de tweede en de derde fase. Het portfolio sluit hier mooi bij aan. Tijdens de stages worden de communicatievaardigheden verder uitgediept, zodat studenten in het derde bachelorjaar bijvoorbeeld in staat zijn om een slechtnieuwsgesprek te voeren. In het skillslab leren studenten systematisch consultatietechnieken, het uitvoeren van neurologisch onderzoek, het klinisch onderzoek van het cardiovasculair systeem, de longen en de buik, het gynaecologisch onderzoek op fantomen, het orthopedisch onderzoek van de bovenste en onderste extremititeit van de tekst en het afnemen van een anamnese – zowel theoretisch als in sessie. In het skillslab oefenen de studenten voornamelijk op elkaar en worden er ook filmpjes opgenomen die ze kunnen herbekijken, maar de commissie merkt op dat de opname- en observatiemogelijkheden eerder beperkt zijn. De commissie waardeert het dat de communicatieve vaardigheden in de opleiding continu getraind worden, en de studenten geven aan dat communicatie een belangrijke rol speelt bij deze stages, via het geven en ontvangen van feedback en het schrijven van reflectieverslagen. Studenten leren tijdens de stage niet enkel de noodzakelijke verpleegkundige en communicatieve technieken, maar leren in het kader van de rol teamspeler ook hoe ze met verpleegkundigen kunnen samenwerken. Dit wordt verder aangevuld met diverse groepsopdrachten en keert terug als belangrijk aandachtspunt bij de groeps gesprekken over het portfolio.

De **rol manager** biedt de opleiding het platform om haar speerpunt rond zelfmanagement te integreren in het curriculum. In het eerste bachelorjaar moeten studenten in drie blokken gedurende tweemaal één week hun tijdsbesteding opschrijven, de belangrijkste afleiders noteren en hun studiedrag bijsturen, als oefening in timemanagement. Studenten krijgen collectieve feedback over het tijdschrijven in het eerste kernblok. Individuele feedback wordt ook aangeboden in het kader van de eerste examenresultaten en het portfoliogesprek. Tijdens de gesprekken haalden de studenten aan dat de rol van manager vooral focust op het managen van je eigen studietijd, maar dat dit ook aangevuld wordt met les over manage-

ment in het ziekenhuis en in de gezondheidszorg in het algemeen. De docenten stellen dat het portfolio, de reflectieopdrachten en de persoonlijk SWOT-analyse de belangrijkste elementen zijn voor het zelfmanagement. De commissie stelt dat tijdsmanagement een waardevol aspect is van de rol rond manager.

Om de **rol gezondheidsbevorderaar** te ontwikkelen bij haar studenten focust de opleiding op de determinanten van gezondheidsgelateerd en hulpzoekend gedrag, de relaties tussen arts-patiënt en dergelijke meer. Deze topics komen aan bod in de stages en het de stroomlijn 'Mens en maatschappij'. In het opleidingsonderdeel 'Spelers in de Gezondheidszorg' in de tweede bachelorfase wordt de organisatie en de financiering van de Belgische gezondheidszorg en de maatschappelijke context behandeld.

Naar aanleiding van de vorige visitatie heeft de opleiding de eindcompetenties rond de **rol wetenschapper** strakker gedefinieerd en de lijn Wetenschappelijke Vorming ingevoerd. Het jaarwerkstuk werd geïntroduceerd als onderdeel van de bachelorproef: een literatuurstudie met een verplicht statistisch of epidemiologisch luik. In het eerste jaar starten de studenten met nauwgezette statistische onderbouwing en met de diagnostiek van modellen. In het tweede bachelorjaar wordt dit kennisgerichte pad verdergezet, en zet de opleiding verder in op casestudies, controle, diagnostiek en het herkennen van de typische fouten in het wetenschappelijk onderzoek. De opleiding stelt de ambitie te hebben om studenten aan te zetten tot nadenken over hoe onderzoeksvragen vertaald moeten worden naar onderzoeksobjecten. In het laatste jaar maken studenten kennis met de overlevingsanalyse en verschillende facetten van het wetenschappelijk onderzoek. Het jaarwerkstuk dat eerder vernoemd werd vormt de afsluiter van de lijn wetenschappelijke vorming.

De commissie constateert dat er een wetenschappelijk programma is te Hasselt en dat de researchsetting ruim voldoende is voor het bachelor-niveau. Studenten kunnen deelnemen aan het wetenschappelijk onderzoek van het personeel. De relatie tussen het onderzoek en het opleidingsprogramma kan volgens de commissie nog verder verbeterd worden door studenten betere toegang te geven tot de wetenschappelijke literatuur. De toegang tot innovatieve bedrijven in de buurt biedt volgens de commissie een opportuniteit om verder kruisverbanden uit te werken, ook al ligt de focus van de bedrijven sterk op de biomedische wetenschap. Studenten kunnen nu reeds in zekere mate terecht bij een bedrijf in de buurt voor hun jaarwerkstuk, indien ze hiervoor geselecteerd worden door de opleiding.

Studenten kunnen zich ook extracurriculair verdiepen in het onderzoek, wanneer het onderwerp in kwestie ingebed zit in een onderzoeksgroep. De opleiding heeft ook een traject waarin geselecteerde studenten aangemoedigd worden om extracurriculair verder te gaan met onderzoek. Via avondlezingen wil de opleiding ook samen met studenten een aantal casussen bespreken in het kader van Wetenschappelijke Vorming 2 en 3.

De commissie constateert met tevredenheid dat er voor een bacheloropleiding een uitgebreid en degelijk wetenschappelijk programma uitgebouwd is en waardeert het dat alle studenten een jaarwerkstuk als bachelorscriptie maken. Docenten stellen onderwerpen voor waaruit studenten kunnen kiezen. Het betreft voornamelijk klinische topics waarover studenten in duo veelal een 'narrative' review schrijven. Via de review moeten de studenten duidelijk maken dat ze het onderwerp beheersen, dat ze met de literatuur kunnen omgaan en die literatuur ook kritisch kunnen benaderen. De opleiding wil dat er verplicht een statistisch of epidemiologisch luik opgenomen wordt in de eindwerken, al stelt de commissie vast dat dit nog niet altijd gebeurt. De opleiding geeft ook aan dat dit nog in een overgangsfase zit.

Het tweede luik van de bachelorproef is het portfolio, waarmee studenten over de bachelorjaren heen opgevolgd worden. De opleiding documenteert de persoonlijke groei in de CanMEDS-competenties van de studenten, net als de kritische reflectie in de vorm van reflectieopdrachten en een jaarlijkse SWOT-analyse. Studenten worden geïnformeerd over het portfolio via de portfolioids, en docenten werden getraind via workshops en een specifiek georganiseerde curriculumraad. Tijdens het jaar is er een opvolging van het portfolio en op het einde volgt een evaluatie. De opleiding zet in op een nauwkeurige follow-up met het regelmatig geven van feedback, wat een zeer arbeidsintensieve onderneming is. In de toekomst wil de opleiding het elektronisch portfolio invoeren, om de werklast te verminderen, maar ook om een overzicht over de progressie per cohorte te kunnen houden. Het portfolio wordt door de opleiding als een groeiportfolio beschouwen dat niet gekoppeld is aan één opleidingsonderdeel, en het wordt meestal gebruikt in het kader van de stroomlijnen en de stages. De commissie waardeert de grote investering die de opleiding in het portfolio gestopt heeft en constateert dat het portfolio het mogelijk maakt om studenten nauwkeurig op te volgen.

De opleiding definieert twee concrete speerpunten betreffende de ontwikkeling van de **rol 'professional'** van de studenten, met name reflecteren

en het ontwikkelen van een ethisch referentiekader. De studenten leren reflecteren op het eigen functioneren en ontwikkeling aan de hand van reflectieopdrachten, die ze doorheen het curriculum en voor verschillende leerlijnen aanwenden. In het tweede en derde bachelorjaar krijgen de studenten de mogelijkheid om in het kader van de stages hun reflectievaardigheden te testen, met collectieve en individuele feedback achteraf en tijdens het proces. Aan het eind van het academiejaar wordt een sterkte-zwakke analyse als zelfreflectie opgesteld, en wordt hun evolutie in de zeven CanMEDs-rollen besproken in een verplicht portfoliogesprek met een onderwijskundige.

Om een ethisch referentiekader te ontwikkelen wil de opleiding via vier sporen studenten confronteren met ethische kwesties. De opleiding focust met het integriteitstraject op het professioneel handelen. Studenten krijgen voor ze de snijzaal binnen gaan een toelichting, met duiding over zowel de privileges als de verplichtingen die ze hebben. Door bewustmaking rond sociale media, het beroepsgeheim en een integriteitstraining voor ze op stage gaan in het tweede jaar wordt levenslang leren rond ethiek gecultiveerd door de opleiding. Doordat ethische kwesties geïntegreerd in de kern- en stroomblokken aan bod komen wil de opleiding thematisch en competentiegericht aan de slag gaan, door casussen uit de actualiteit aan te halen en studenten te trainen om problemen te erkennen en te analyseren. Het handboek rond ethiek wordt als houvast aangeboden aan de studenten. De commissie waardeert de doorgedreven visie op ethiek en de wijze waarop de opleiding het geïmplementeerd heeft in haar programma. Doordat de coördinatoren tijd vrijmaken in hun blokken voor ethiek en er gekozen wordt om te werken met actuele casussen uit de praktijk slaagt de opleiding er in om relevant ethiekonderwijs aan te bieden aan haar studenten, en hen hierop te laten reflecteren.

De commissie constateert dat de opleiding in een duidelijke spiraalvorm loopt en dat er een toenemende complexiteit is. De verticale integratie is volgens de commissie sterk aanwezig in de stroomblokken, maar de kernblokken die vroeg in de bachelor aan bod komen zijn nog te vaak opleidingsonderdelen die te weinig verticale integratie vertonen. De kernblokken vertrekken van een specifieke discipline en niet van de klinische context. De multidisciplinaire inbedding in de klinische context kan volgens de commissie gerealiseerd worden door de fysiologie en de pathofysiologie actief te betrekken bij de kernblokken. De geringe aanwezigheid van de eerstelijns geneeskunde in het curriculum is volgens de commissie een aandachtspunt voor de opleiding. Door een huisartsgeneeskundige

mee te betrekken in de ontwikkeling en de uitvoering van het onderwijs zal de opleiding meer bereiken dan door de huisartsen enkel in te schakelen in het skillslab of enkele patiënt demonstraties. De commissie doet de aanbeveling om het multidisciplinaire karakter van de kernblokken te vergroten. Dit stelt de opleiding in staat om te kiezen voor patiëntgecentreerd onderwijs, waar docenten uit verschillende disciplines tegelijkertijd één onderwerp kunnen beschrijven. Door meer leren in de context aan te bieden kan de opleiding de studenten nog beter voorbereiden op de klinische praktijk'.

In het onderwijsprogramma en in de door de commissie onderzochte blokken komen de thema's van global medicine en internationalisering van het medisch beroep nog weinig aan bod. Het onderwijsprogramma kan naar de mening van de commissie in dat opzicht versterkt worden. De opleiding hecht er belang aan om studenten ook in de bachelor een internationale ervaring te laten op doen. Momenteel gaan 20% van de studenten naar het buitenland, waarmee ze de norm halen, maar graag hadden ze tegen 2020 33% een buitenlandse ervaring laten opdoen. De commissie vindt dit voor een bacheloropleiding alvast een positief punt.

Het onderwijsprogramma van 60 ECTS per opleidingsfase wordt verzorgd en getoetst in 36 weken onderwijs, waardoor studenten ongeveer 45u per week aan onderwijs besteden. De opleiding voorziet in maximaal 15u contacturen per week. De leerstof wordt opgedeeld in stukken die verder behandeld worden in zelfstudieopdrachten. Deze opdrachten worden telkens gelanceerd met hoorcolleges. Het contactonderwijs is beperkt tot 30% van de gehele studiebelasting en de onderwijsvormen worden gekozen in functie van de beoogde doelstellingen, bestaande uit een mix van inleidende hoorcolleges, responsiecolleges, werkzittingen, practica en COO's. Responsiecolleges gebeuren meestal in groep in een aula en de docent overloopt de door de studenten op voorhand ingestuurde vragen, die voor de hele groep beantwoord worden. In een aantal gevallen werkt de opleiding met kleinere groepen, zodat onderlinge discussie en overleg mogelijk zijn. Werkzettingen zetten volledig in op de kleinschaligheid, momenten waarop studenten niet alleen directe feedback krijgen van het begeleidend personeel, maar ook werken met peerfeedback. De gekozen werkvormen en de regelmatige feedback stimuleren regelmatig studeren van studenten. Dit concept wordt nog versterkt door de regelmatige toetsing, wat in GKW 3 besproken wordt.

De commissie stelt met waardering vast dat het modulesysteem, de zelfstudieopdrachten en de toetsing na elke module ervoor zorgen dat de studielast evenwichtig verdeeld is over het jaar heen. De organisatie van het onderwijs en het onderwijsconcept veranderen niet doorheen de drie jaar van de opleiding, maar er is wel een wijziging in de toetsfrequentie, waarover meer in GKW3.

Het leermateriaal dat de opleiding voorziet bestaat uit blokboeken die goed ingericht zijn en informatief opgebouwd zijn. De commissie waardeert de evolutie in zelfstandigheid in de blokboeken, die steeds afnemen in omvang naarmate de opleiding vordert. De zelfstudieopdrachten voor het OGO zijn zoals reeds gesteld van een goede kwaliteit.

De commissie stelt tijdens het bezoek vast dat het onderwijsmanagementteam (OMT) de sterke centrale rol speelt in de opleiding waar de vorige visitatiecommissie naar streefde. De opleiding heeft een gezonde student-docent ratio en beschikt over voldoende stafleden. De visitatiecommissie is echter van oordeel dat het hoge aantal docenten met een beperkte aanstelling van 10% of 5% een kwetsbaar punt is voor de opleiding. Doordat de verhouding voltijdse en deeltijdse docenten uit balans is zijn er volgens de visitatiecommissie risico's wat de samenhang van de opleiding betreft. Het academisch personeel is volgens de visitatiecommissie van een zeer degelijke kwaliteit en beschikt over een groot enthousiasme, dat duidelijk uitstraalt op studenten en werkveld. De meeste docenten zijn actief in het wetenschappelijk onderzoek en de opleiding heeft zich naar aanleiding van de medicalisering van de bachelor versterkt met docenten die actief zijn in de patiëntenzorg.

Docentenprofessionalisering is mogelijk en wordt aangemoedigd via een goed uitgewerkt aanbod, maar het is niet verplicht. Professionalisering op vlak van onderwijs wordt aangeboden vanuit de centrale Dienst Onderwijs van de universiteit, die aan nieuwe docenten ook een verwelkomingspakket aanbieden. De opleiding stelt immers dat docenten niet kunnen functioneren in het systeem als ze niet voldoende op de hoogte zijn van het referentiekader van de opleiding. De opleiding zelf biedt ook een specifiek pakket aan voor nieuwe docenten, specifiek voor het geneeskunde-onderwijs. De opleiding heeft verder de ambitie om een aantal zaken op maat aan te bieden aan de docenten. Vanaf 2014 organiseert de opleiding vormingen over het begeleiden van teamwerk en het begeleiden van een bachelorproef. Dit is voor iedereen toegankelijk, maar de opleiding heeft de ambitie dit verplicht te maken voor de mensen die aan de doctoral school

deelnemen. Verder organiseert de opleiding ook nog een uitwisseling van *good practices*, waar alle coördinerende docenten samenkomen. Vanuit het OMT wordt ook professionalisering aangeboden omtrent een aantal algemene competenties, zoals het maken van examenvragen en de evaluatie van de jaarwerkstukken.

De visitatiecommissie waardeert de initiatieven die de opleiding reeds inricht rond professionalisering, maar stelt vast dat de vrijblijvendheid voor residerende docenten nog te groot is. De commissie acht het wenselijk dat de opleiding een beleid uittekent om deze vrijblijvendheid te reduceren en om daarbij specifieke streefcijfers te hanteren. Docenten en stagebegeleiders spelen een belangrijke rol in het curriculum en worden bij voorkeur getraind in het geven van feedback, het beoordelen van studenten en het geven van onderwijs. De visitatiecommissie raadt aan om te werken met een rolspecifieke training van docenten.

De campus is volgens de commissie voldoende voorzien wat de infrastructuur betreft. De leerruimtes zijn voldoende uitgerust, onder andere met toegang tot draadloos internet en aansluitpunten voor laptops. Studenten halen aan dat er vlotte toegang is tot het netwerk indien je ingelogd bent en dat er een studielandschap is waar ze toegang tot hebben. De opleiding experimenteert met blended learning, maar in de leerruimtes is dit nog niet terug te vinden. Er wordt ook frequent gewerkt met audiovisueel materiaal, maar de opleiding maakt nog beperkt gebruik van de mogelijkheden van een digitale leeromgeving. De **snijzaal** is goed uitgerust met materiaal en bevat beeldvormingsmogelijkheden. De microscopiezaal is voldoende groot is en heeft een demonstratiefunctie; studenten hebben verder de mogelijkheid om online aan virtuele microscopie te doen. De commissie spreekt in het bijzonder haar waardering uit voor het grote enthousiasme van de begeleidende docenten. De opleiding heeft haar skillslab recent vernieuwd en uitgerust met nieuw materiaal, maar de commissie is van oordeel dat de uitrusting eerder basic is en nog aangevuld kan worden. De commissie merkte tijdens de gesprekken en tijdens het bezoek aan de **bibliotheek** op dat de toegang tot tijdschriften eerder beperkt is, in die mate dat een aantal studenten tijdens het schrijven van de bachelorproef geen directe toegang hebben tot bepaalde artikels of enkel toegang hebben tot de abstracts. De commissie wenst haar bezorgdheid uit te drukken hieromtrent, in het bijzonder gezien het grote belang van de toegang tot e-journals en literatuur voor de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek. De commissie adviseert om de elektronische toegankelijkheid van de internationale literatuur te vergroten.

De opleiding heeft de afgelopen zeven jaar een instroom van generatiestudenten van ongeveer 7% van het Vlaamse aandeel, aangevuld met een zij-instroom uit de biomedische wetenschappen. Deze zij-instroom wordt gefaciliteerd door de opleiding. Om leerlingen uit het middelbaar voor te bereiden op het toelatingsexamen is de opleiding begonnen met een coachingsprogramma in 2008–2009. De studenten kunnen rekenen op een goed uitgebouwde **studiebegeleiding**. De studietrajectbegeleiding is erg individueel, wat haalbaar is gezien de kleinschaligheid van de opleiding en het uitvoerig informeel contact tussen de student en de docenten. Het opdrachtgestuurd onderwijs en de snelle evaluatie na de eerste vijf weken zorgt er voor dat studenten met leerproblemen vrij snel opgepikt wordt en op gesprek kunnen komen bij de opleidingscoördinator. De opleiding is duidelijk begaan met haar studenten en volgt ze goed op, wat de commissie waardeert.

De opleiding volgt de studenten van dichtbij op. Na het eerste examen van het eerste jaar wordt een analyse van de resultaten gehouden en worden de studenten uitgenodigd voor gesprek. Indien er een diepere studiebegeleidingsproblematiek is verwijst de opleiding de studenten door. In januari organiseert de opleiding een vergadering met de examencommissie waarin er niet-bindend studieadvies gegeven wordt. De opleiding heeft een ombuds, die in actie komt bij geschillen, maar dit is altijd examengerelateerd.

De studenten worden betrokken bij de opleiding en voelen zich ook erg betrokken, wat grotendeels komt door de kleinschaligheid van de opleiding en de toegankelijkheid van de lectoren. Er was geen georganiseerde studentenraad op opleidingsniveau, maar wel op faculteitsoverschrijdend niveau. De kleinschaligheid van de opleiding en de laagdrempeligheid van het personeel zorgt ervoor dat er goed geluisterd wordt naar wat de studenten te vertellen hebben. Ze zijn vertegenwoordigd in het OMT, de evaluatievergaderingen en in de faculteitsraad. Op opleidingsniveau participeren minstens 2 studenten in de OMT-vergaderingen, die uitgebreid hun achterban raadplegen en de studenten vertegenwoordigen. De opleiding organiseert ook regelmatig focusgroepgesprekken. De opleiding laat de studenten ook een vragenlijst invullen na elk examen. De opleiding organiseert naar aanleiding van het nieuwe curriculum specifieke focusgroepgesprekken met recent afgestudeerden om feedback te krijgen over de afstemming van de blokken op de doelstellingen en de mate waarin de studenten voorbereid waren voor het volgen van de master aan een andere universiteit.

Het weldoordachte programma vertoont volgens de commissie een sterke samenhang tussen colleges, werkgroepen en zelfstudieopdrachten. Voornamelijk in het eerste bachelorjaar treft de commissie een curriculum aan waarin die *alignment* tussen de leerdoelen en het onderwijsproces sterk uitgewerkt is. De strakke regie van de opleiding stelt de studenten in staat om de leerdoelen te behalen. De heldere afstemming leidt tot een samenhangend geheel. De commissie stelt dat het onderwijsconcept dat de opleiding hanteert niet vernieuwend is, maar wel een zeer duidelijke logica vertoont. Het opdrachtgestuurd onderwijs is duidelijk sturend van opzet, maar geeft studenten voldoende ruimte om via zelfstudie tot de leerdoelen te komen. De opdrachten die de opleiding hanteert zijn van een degelijke kwaliteit, en aangevuld met het computerondersteunend onderwijs, responsiecolleges en een minimum aan hoorcolleges biedt de opleiding de studenten gevarieerde onderwijsvormen aan in een degelijk gestructureerd programma. In de kleinschalige setting van de opleiding in Hasselt lijkt deze aanpak goed te werken. De inhoud van het programma is volgens de commissie van een degelijk academisch niveau. De opleiding heeft rekening gehouden met de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie en werk gemaakt van de medicalisering van het programma, een betere kennismaking van de praktijk en de verwerking van het wetenschappelijk onderzoek in het programma. De aanscherping van de eindcompetenties rond de rol van wetenschapper is gebeurd, maar tijdens het visitatiebezoek zat de operationalisering hiervan nog in transitie. In het kader van de rol van medisch expert wordt voldaan aan de kennismaking met de praktijk, maar de visitatiecommissie maakt de kanttekening dat ten tijde van het visitatiebezoek de eerstelijnsgezondheidszorg beter ingebed kan worden in het onderwijs. In het nieuwe curriculum naar aanleiding van de verkorting van de studieduur naar zes jaar komt de eerstelijns geneeskunde meer aan bod dan in het vorige curriculum. De commissie is van oordeel dat het multidisciplinaire karakter van de kernblokken versterking behoeft en de opleiding zal winnen aan breedte en diversiteit door de inbreng van huisartsgeneeskunde in het curriculum verder te vergroten. De commissie is van mening dat het leren in de context verder verbeterd kan worden door het inbrengen van werkelijke patiënten in colleges en werkgroepen.

De commissie concludeert dat de grote betrokkenheid en enthousiasme van docenten, studenten en alumni getuigen van de ambitie van de opleiding om kwalitatief onderwijs aan te bieden, waar ze volgens de commissie ook in slaagt. Het curriculum wordt verder naar vorm en inhoud afgestemd met de KU Leuven en er is overleg met de Universiteit Antwerpen, instellingen waar het merendeel van de Hasseltse studenten de master

volgen. Het opdrachtgestuurd onderwijs is geen heel vernieuwend onderwijsconcept, maar is logisch en degelijk uitgewerkt. De heldere *alignment* tussen de doelstellingen van de opleiding, vooral in de eerste twee jaren, en het intensief opgebouwd programma zorgt er samen met het portfolio en de intensieve persoonlijke begeleiding voor dat studenten in staat zijn om de beoogde doelstellingen te behalen. Studenten leren continu studeren en nemen die methode ook mee als ze de opleiding reeds verlaten hebben. De wijze waarop de opleiding het ethiekonderwijs inbedt in de opleiding kan rekenen op de waardering van de visitatiecommissie. De zichtbaarheid van ethiek en integriteit en het inspelen op de actualiteit maakt van dit aspect van persoonlijke ontwikkeling een sterk speerpunt van de opleiding. De opleiding is volgens de visitatiecommissie voldoende, maar heeft nog werkpunten op vlak van de integratie van de huisartsgeneeskunde, patiënten in het kennisonderwijs en de toegang tot de literatuur.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

In het academiejaar 2012–2013 heeft de opleiding een toetsbeleidsplan opgesteld, waarin een aantal duidelijke afspraken bepaald zijn. Voor de kenistoetsing heeft de opleiding blauwdrukken die goed uitgewerkt zijn, net als de toetsmatrijzen. Het niveau van het toetsen is aan de maat en men voldoet aan frequent, herhaald en via meerdere vormen toetsen. De commissie is van oordeel dat het voorgestelde toetsbeleidsplan geheel voldoet aan de eisen van een modern en kwalitatief goed toetsplan. De opleiding werkt aan de opbouw van een gevalideerde en gevarieerde bank van toetsvragen.

In het toetsprogramma van de opleiding worden studenten beoordeeld op het verwerven van (pre)medische kennisexpertise en de ontwikkeling van competenties die gekoppeld zijn aan de beroepsrollen. Als aanvulling op de summatieve evaluatie heeft de opleiding ook een feedbacksysteem uitgebouwd in de vorm van een formatieve evaluatie, om niet enkel de uiteindelijke output te bewaken maar om ook het leerproces bij te sturen. De opleiding werkt momenteel aan een nieuw toetsplatform, DOCIMO, waarmee studenten zowel formatief als summatief getoetst worden. In dit platform wordt gekozen voor casussen met gegevens van (fictieve) patiënten en beeldvormingsmateriaal.

Door de structuur van het curriculum in kern- en stroomblokken wordt in het eerste jaar en in de eerste twee trimesters van het tweede jaar getoetst op het einde van de lesvrije week na elk blok. Het derde trimester van de tweede fase wordt geëvalueerd op het einde van het trimester, als voorbereiding op het evaluatiesysteem in de master in de andere universiteiten. De opleiding kiest voor de meeste kernblokken voor schriftelijke examens, die bestaan uit een theoretisch en praktisch gedeelte. Een aantal blokken voorzien een mondelinge toelichting van het examen. De kennistoetsing werkt met blauwdrukken die volgens de commissie goed uitgewerkt zijn, net als de toetsmatrizen. De opleiding toetst voldoende frequent, herhaald, via meerdere vormen en op een voldoende hoog niveau. De keuze voor frequent formatief toetsen is belangrijk in het kader van het bijsturen van het leerproces. Het koppelen van consequenties aan het niet opvolgen van conclusies is volgens de commissie wenselijk en kan door meer geïntegreerd en adaptief te toetsen. Zelftoetsing is zoals de opleiding aanhaalt een belangrijke manier om de studenten op te volgen.

De opleiding hanteert verschillende toetsvormen om de kennis, vaardigheden en attitudes van haar studenten te toetsen. Uit de gedetailleerde bestudering van de blokken en de daarbij horende toetsen blijkt dat de opleiding frequent kiest voor multiple choice vragen. De opleiding kiest voor alle examens voor een mix van toetsvormen, van zowel gesloten als open vragen, al dan niet met een mondelinge toelichting. Bij heel wat blokken is ook een praktijkgedeelte voorzien. De commissie stelt dat de keuze van toetsvorm afhankelijk dient te zijn van de duidelijke *alignment* tussen de leerdoelen en de toetsing. Een goede toetsing van eindtermen leidt automatisch tot een variatie in toetsvormen. De organisatie van de toetsing wijzigt in het derde trimester van het tweede jaar en de eerste trimesters van het derde jaar. De toetsing vindt dan plaats op het einde van elk trimester, over twee kernblokken en een stroomblok. De toetsfrequentie is zes maal in het eerste jaar, vijf maal in het tweede jaar en vier maal in het derde jaar. De opleiding argumenteert dat deze aanpassing nodig is om studenten voldoende voor te bereiden op een overstap naar een masteropleiding aan een andere universiteit. De commissie begrijpt dat de opleiding deze keuze maakt, maar vindt het jammer dat het logische, goed uitgedachte onderwijsconcept dat opgebouwd wordt in de eerste twee jaren in het laatste jaar hiermee afgevoerd wordt. De commissie toont begrip voor de flexibiliteit van de opleiding en de ambitie om hun studenten adequaat voor te bereiden op de masteropleidingen, maar ze betreurt het dat de opleiding haar degelijk en logisch uitgewerkt toetsysteem aanpast aan een systeem dat geen garantie biedt op een betere kwaliteit van de opleiding.

Het OMT is verantwoordelijk voor de kwaliteitsbewaking van het geheel van de formatieve en summatieve toetsing maar kan rekenen op de examencommissie voor een bijkomende controle op de summatieve toetsing. Deze controle bestaat uit een post-hoc analyse van de examenresultaten: indien resultaten afwijken van de rest volgt er een onderzoek, voornamelijk wanneer er meer niet-geslaagden zijn of indien er heel wat studenten afhaken. De examencommissie heeft voornamelijk een signaalfunctie naar het OMT toe. De analyse is psychometrisch en wordt vertaald in histogrammen die aan de blokcoördinatoren bezorgd worden.

De kwaliteitsbewaking voorafgaand aan de toets gebeurt door de blokcoördinatoren, die door het OMT verondersteld worden met een toetsmatrijs te werken. Het management waakt over het gebruik van deze matrijzen, maar de examencommissie heeft ook hier een signaalfunctie naar het OMT toe. De blokcoördinatoren hebben de verantwoordelijkheid om de examens op te stellen en vermijden ook overlap tussen de verschillende blokken, wat in overleg met het team en het AAP gebeurt. Het assisterend academisch personeel wordt ook ingeschakeld om de examens af te leggen om ze te testen op haalbaarheid en dubbelzinnigheid. De commissie stelt vast dat de opleiding zeer **transparant** communiceert over haar evaluatievormen en dat de studenten goed geïnformeerd zijn over de evaluatiecriteria. Via de leidraden, de studiegids en de ECTS-fiches kunnen de studenten de nodige informatie terugvinden. De rechten en plichten van de studenten zijn vastgelegd in het onderwijs- en examenreglement. Door een degelijk uitgewerkt **toetsprogramma** slaagt de opleiding er in om haar studenten de beoogde leerresultaten te bereiken. De opleiding heeft reeds veel geïnvesteerd in een goed uitgewerkt toetsplan en een degelijke organisatie van de evaluatie. De commissie stelt dat de opleiding haar toetsing nog kan optimaliseren door te evolueren richting een meer geïntegreerd toetsbeleid en de toetsing nog verder af te stemmen op de beoogde eindcompetenties. De blauwdrukken en toetsmatrijzen kunnen alvast rekenen op de waardering van de commissie.

De opleiding geeft aan dat het moeilijk is om de kwaliteit van het eindproduct te meten. Door te luisteren naar de studenten en feedback te krijgen uit de vervolgoopleidingen wordt een systematische follow-up gehouden. De studie-uitslagen van de studenten zijn goed, net als de verdere doorstroom. De opleiding geeft aan dat de studenten het beter doen qua klinisch redeneren en praktische vaardigheden en dat dit erkend wordt door het werkveld. Het 'eindproduct' van de bacheloropleiding werd door de visitatiecommissie bestudeerd tijdens het bezoek, in de vorm van een

aantal **bachelorproeven** die bestaan uit het jaarwerkstuk en het portfolio. Op basis van de verschillende gesprekken en de ingekeken jaarwerkstukken stelt de commissie vast dat het niveau wisselend is maar voldoet aan de vereisten van de Dublin Descriptoren voor de bachelor. De commissie constateert dat er een aantal mooie jaarwerkstukken geproduceerd werden die ook geleid hebben tot een artikelpublicatie, maar dat er tegelijkertijd een aantal eindwerken waren waar het opzoeken van literatuur eerder beperkt was. De focus van de opleiding ligt op de initiële kennismaking met het onderzoek en niet op het uitvoeren van een volwaardig onderzoek. Over het algemeen wordt dat doel volgens de commissie ook behaald.

De commissie stelt vast dat de reeds geïnvesteerde tijd en moeite in de **portfolio's**, het tweede luik van de bachelorproef, vruchten hebben afgeworpen. Aanvankelijk werden de studenten begeleid door stafleden, maar de opleiding heeft ervoor gekozen om hiervoor beroep te doen op de onderwijskundigen. De opleiding heeft wat de rollen teamspeler en communicator betreft het portfolio degelijk uitgewerkt, maar de commissie beveelt aan om de andere rollen ook verder uit te werken. De commissie wenst ook te wijzen op de kwetsbaarheid op de inschakeling van het onderwijskundig personeel in het longitudinaal toetsen met het portfolio, waarbij consistentie van de toetsing door een vaste mentor en een goede balans summatief en formatief toetsen van belang zijn. De commissie ziet wat de begeleiding betreft ook een rol weggelegd voor docenten of medici als mentor, die de continuïteit van het beoordelen van de portfolio's en het geven van feedback op zich kunnen nemen door een longitudinale begeleiding in de hele bachelorperiode. De beoordeling van de portfolio's en het organiseren van de individuele gesprekken zorgt immers voor een significante belasting van het onderwijskundig personeel, dat zich naast deze taken ook bezig houdt met het ontwikkelen van een toetsbeleid. Ten tijde van het visitatiebezoek kon de opleiding rekenen op een stagiaire om te helpen met het evalueren van de portfolio's, maar de commissie stelt dat een structurele uitbreiding van de onderwijskundige staf nodig is.

Uit de gesprekken met de visitatiecommissie blijkt dat het beroepenveld tevreden is over de kwaliteit van de bachelors die ze op stage krijgen. Studenten krijgen een brede training in verschillende vaardigheden, wat het werkveld waardeert. Praktische vaardigheden zijn volgens het beroepenveld een duidelijke prioriteit, wat de commissie ook terugziet in de training die de studenten krijgen van de opleiding. De commissie sprak ook met alumni die hun masteropleiding aan de KU Leuven en de Universiteit Antwerpen aangevat hebben, de twee instellingen waar de meerderheid van

de studenten uit Hasselt terecht komen. De studenten voelen zich over het algemeen goed voorbereid, waarbij de training in de anatomische vakken en de praktijkervaring als pluspunten naar voor komen. De afgestudeerden halen aan dat de kleinschaligheid hen meer mogelijkheden bood om ervaring op te doen, zowel in de les als op stage. De opleiding doet niet actief aan (inter-)nationale benchmarking. De commissie raadt de opleiding aan om werk te maken van een externe validering van de kwaliteit, via toetsing.

Uit de tabellen in bijlage bij het zelfevaluatierapport blijkt dat het diplomarendement van de opleiding in de periode 2006–2007 en 2009–2010 83,3% tot 86,7% bedraagt voor studenten die hun diploma in 3 jaar of minder behalen. Studenten die instromen als zij-instromer uit de biomedische wetenschappen behalen het diploma in twee jaar. In absolute aantallen heeft de opleiding in de periode 2006–2011 282 diploma's uitgereikt. De opleiding stelt amper drop-out vast.

Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie stelt de commissie vast dat de opleiding haar studenten goed voorbereid op het volgen van een master aan een andere universiteit. De commissie stelt vast dat studenten het aan de andere universiteiten zeker niet slechter doen en vlot meegaan in de masteropleidingen. Leuven trekt het leeuwendeel van de studenten uit Hasselt aan, wat gefaciliteerd wordt door de afstemming die beide opleidingen georganiseerd hebben. De commissie waardeert verder de inspanningen van de opleiding om op basis van feedback van alumni het programma bij te sturen om ook de uitstroom naar de Universiteit Antwerpen te faciliteren.

De commissie stelt concluderend vast dat het gerealiseerd eindniveau van de bacheloropleiding Geneeskunde te Hasselt voldoende is. De opleiding heeft een hoog slaagpercentage en diplomarendement. Studenten stromen vlot door naar de masteropleidingen van verschillende universiteiten en worden als stagiairs gewaardeerd door het werkveld. Ondanks de drempels waar de bacheloropleiding mee geconfronteerd wordt slaagt ze er in om voldoende academisch niveau te bereiken en studenten af te leveren met de vereiste competenties op bachelor niveau, waarbij de rollen van communicator en professional sterke punten zijn van de opleiding.

Integraal eindoordeel van de commissie

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de bacheloropleiding Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

- Definieer de eindcompetenties voor de bachelor expliciet, conform de Dublin Descriptoren of de Miller-niveaus.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Geef de patiënt een prominentere plaats in het onderwijs. Betrek het werkveld hierbij, bijvoorbeeld de huisartsen, en integreer het demonstreren van patiënten in het theoretisch onderwijs.
- Ondersteun de stagemeesters meer in het aangeven wat ze in de bachelorfase aan studenten kunnen demonstreren op stage.
- Vergroot het multidisciplinaire karakter van de kernblokken door gebruik te maken van patiëntgecentreerd onderwijs en door docenten uit verschillende disciplines tegelijkertijd één onderwerp te laten bespreken.
- Laat thema's van global medicine en internationalisering nog meer aanbod komen in het onderwijsprogramma.
- Ga uit van de eigen sterkte en behoud het modulesysteem doorheen de hele opleiding, ook in de derde bachelorfase.
- Beperk het aantal aanstellingen van 5% en 10%, gezien het risico dat dit meedraagt voor de samenhang en afstemming binnen de opleiding.
- Verplicht het professionaliseringsaanbod voor alle docenten, niet enkel voor nieuwe docenten. Zet hierbij in op rolspecifieke training, waarbij docenten zowel op domeinskundig als onderwijskundig vlak dienen aan te tonen of ze bepaalde rollen beheersen.
- Zorg voor een structurele uitbreiding van de onderwijskundige staf.
- Maak meer gebruik van de digitale leeromgeving om interactieve vormen van onderwijs te stimuleren.
- Zorg dat studenten elektronische toegang hebben tot alle noodzakelijke internationale literatuur.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Schakel klinici en docenten in om de portfolio's te beoordelen en garandeer de continuïteit in de feedback door de longitudinale begeleiding.

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Geneeskunde

SAMENVATTING

Bachelor in de Geneeskunde

Op 9, 10, 11 en 12 december werd de opleiding Bachelor in de Geneeskunde van de KU Leuven, in het kader van een onderwijsvisitatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt op twee locaties aangeboden, namelijk Leuven en Kortrijk (Kulak). Beide opleidingen ressorteren onder faculteit Geneeskunde, die op haar beurt onder de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven valt.

De opleiding Geneeskunde te Leuven en Kortrijk hebben de ambitie om basisartsen op te leiden die na verdere vervolgopleiding ten volle kunnen participeren aan de gezondheidszorg van de 21e eeuw en hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen voor zowel de individuele patiënt als de volksgezondheid. De opleiding wil met haar **bachelor** aspirant-artsen afleveren, die basiselementen van de geneeskunde verworven hebben en klaar zijn om de stap te zetten naar meer geïntegreerd klinisch redeneren. De focus van de opleiding ligt op het verwerven van theoretische, basiswetenschap-

pelijke kennis, het streven naar een wetenschappelijke attitude en geïntegreerd klinisch redeneren.

De bacheloropleiding te Leuven telde in het academiejaar 2012–2013 1038 ingeschreven studenten, de opleiding te Kortrijk telde er 186.

Programma

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde bestaat uit 180 studiepunten, verspreid over drie opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten. Als uitgangspunten kiezen de opleidingsverantwoordelijken voor een integratie van het klinisch redeneren in het programma, een graduele afbouw van de ondersteuning en het verwerven van kennis als belangrijkste pijler.

Het **bachelorprogramma** is opgebouwd uit opleidingslijnen, die doorheen de verschillende fasen lopen: 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde', 'Wetenschappelijke vorming', 'Arts in de samenleving' en 'Vaardigheden in communicatie'. Via deze lijnen wil de opleiding de zeven CanMEDS-rollen van de arts aanleren aan de student: medisch deskundige, communicator, samenwerker, gezondheidsbevorderaar, manager, wetenschapper en professional. De opleidingslijnen volgen de klassieke lijn van 'de cel' naar molecule en lichaam en de ontwikkeling van gezond naar ziek en ziektebeelden.

De opleiding evolueert in een spiraalvorm, waarbij materie die in het begin van de opleiding aan bod komt later complexer terugkeert. Er wordt vooral gekozen voor traditioneel, onderbouwd en theoretisch lesmateriaal, waarbij vooral de rol van medisch deskundige en het belang van de kennis sterk naar voor komt. De opleiding biedt een diversiteit aan werkvormen aan, maar in Leuven is er nog steeds een overwicht van grootschalige hoorcolleges. Studenten zijn tevreden over de **werkvormen** en zijn ervan overtuigd dat de hoorcolleges en de focus op de theorie een goede basis vormen. In de bachelor zijn de cursussen voornamelijk uitgeschreven teksten waarin alles staat wat de studenten moeten kennen. De opleiding heeft in het kader van een onderwijsproject werk gemaakt van een mengvorm van werkvormen die aan bod komen. E-learning, als activerende werkvorm, wordt ook beperkt gebruikt.

Het **praktijkonderwijs** maakt deel uit van de lijn 'Vaardigheden en communicatie'. De **stages** in de bachelorfase bestaan uit een verpleegstage in de eerste fase, een patiëntenzorgstage in de tweede fase, een pre-stage

huisartsgeneeskunde en een ziekenhuisstage in de derde fase. Tijdens deze stages maken studenten kennis met het werkveld en worden ze getraind in diverse rollen. De kloof tussen het aanleren van deze vaardigheden en het actief gebruiken hiervan is vrij groot, waardoor studenten moeten herhalen voor ze het werkveld intrekken op stage in de master.

Op vlak van internationalisering wordt in Leuven voornamelijk informatie verschaft over de buitenlandse stage in de latere masterfase. Docenten worden aangemoedigd om zich internationaal te profileren, door deel te nemen aan congressen en dergelijke meer.

Campus Kortrijk

Het programma dat aangeboden wordt door de opleiding volgt in Kortrijk en in Leuven dezelfde opbouw, maar Kulak heeft de mogelijkheid om eigen accenten te leggen binnen de verschillende opleidingsonderdelen. Studenten krijgen in Kortrijk de kans om een studiereis te maken naar de Filipijnen. De ethische en maatschappelijke dimensies worden uitgediept en studenten krijgen de kans om kennis te maken met de organisatie van de gezondheidszorg ter plaatse.

In Kortrijk is er een echte *community of learners* met enthousiaste, jonge docenten, die vaak vernieuwende onderwijsvormen aanbieden. Hoewel de focus ook in Kulak op kennisverwerving ligt, is er meer variatie mogelijk dan in Leuven.

Studenten krijgen de kans om in het kader van de opleiding een studiereis te maken naar de Filipijnen. Tijdens deze reis willen de Kortrijkse opleidingsverantwoordelijken de maatschappelijke en ethische dimensies uitdiepen bij de studenten en ze kennis laten maken met de organisatie van de gezondheidszorg in een derdewereldland.

Beoordeling en toetsing

De opleiding zet in op een afwisseling van summatieve en formatieve toetsing, waarbij de summatieve toetsing, de examens, in elke fase twee keer per jaar georganiseerd wordt op het einde van een semester. De formatieve toetsing dient om het leerproces in de gewenste richting bij te sturen, via feedback, portfolio en dergelijke meer. Door de sterke kennisgerichtheid van de leerstof in de bachelor, voornamelijk in de opleidingslijn 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde' zijn er voornamelijk schriftelijke gesloten boek examens, met een evolutie richting meerkeuzevragen en ge-

mengde open vragen. De opleiding doet voornamelijk aan *assessment of learning* en te weinig aan *assessment for learning*, met bijsturend effect. Begeleiding en ondersteuning

Op de campus te Leuven zijn **voorzieningen** van een hoog niveau, met een modern uitgewerkte biomedische bibliotheek en een modern vaardigheidscentrum met opnamemogelijkheden. Het vaardigheidscentrum biedt de mogelijkheid aan studenten om te oefenen, maar hier wordt slechts beperkt gebruik van gemaakt. De onderwijslokalen en auditoria zijn voldoende, maar zijn niet uitgerust met moderne technieken voor e-learning. De opleiding biedt een veilige leeromgeving aan, waar studenten kunnen leren en ondersteund worden tijdens dit leren. Studie- en studietrajectbegeleiders zijn telkens beschikbaar en volgen de studenten op via frequent contact met de docenten en de studenten.

Campus Kortrijk

Studenten in Kortrijk hebben vlot toegang tot de Leuvense collectie en beschikken over een degelijke centrale campusbibliotheek, een vaardigheidscentrum met ruimte voor te oefenen en een vergaderlokaal. De studie- en studietrajectbegeleiding in Kortrijk valt op door haar proactieve aanpak om studenten die minder dan 60% halen aan te schrijven en eventueel op te volgen.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Uit de tabellen in bijlage bij het zelfevaluatierapport blijkt het diploma-rendement van de bacheloropleiding te Leuven 92,8% te zijn en 93% te Kortrijk. Het diplomarendement van de masteropleiding lag in 2011–2012 op 97,4%. De kwaliteit van de afgestudeerden en het rendement van de opleiding zijn hoog.

Het **werkveld** is positief over de studenten die ze binnenkrijgen. De verpleegstage die studenten volgen is een absolute meerwaarde: er wordt gewerkt aan zelfreflectie en feedback en studenten leren omgaan met steriel en protectief werken in een klinische setting. Studenten uit Leuven worden gewaardeerd voor hun kritisch vermogen op academisch niveau binnen de grenzen van het vak.

SAMENVATTING

Master in de Geneeskunde

Op 9, 10, 11 en 12 december werd de opleiding Master in de Geneeskunde van de KU Leuven, in het kader van een onderwijsvisitatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Master in de Geneeskunde wordt op de campus te Leuven aangeboden en ressorteert onder de faculteit Geneeskunde, die op haar beurt onder de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven valt.

In de **master** wil de opleidingen die basiselementen als bouwstenen verbinden met het geïntegreerd klinisch wetenschappelijk redeneren, volgens de principes van *evidence based medicine*, het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal voor de zorg van individuele patiënten. In de master maakt de opleiding ook de vertaalslag naar de praktijk. De focus van de opleiding ligt op het verwerven van theoretische, basiswetenschappelijke kennis, het streven naar een wetenschappelijke attitude en geïntegreerd klinisch redeneren.

De masteropleiding te Leuven telde in het academiejaar 2012–2013 1739 ingeschreven studenten.

Programma

De opleiding Master in de Geneeskunde bestaat ten tijde van het visitatiebezoek uit 240 studiepunten, verspreid over vier opleidingsfasen. De opleiding biedt vier afstudeerrichtingen aan in de master: Prespecialisatie, Huisartsgeneeskunde, Maatschappelijke Gezondheidszorg en Wetenschappelijk onderzoek. De opleidingen bachelor- en master in de Geneeskunde evolueren van een zevenjarige opleiding naar een zesjarige opleiding, waardoor de master in de toekomst 180 studiepunten zal tellen.

In het **masterprogramma** worden de opleidingslijnen 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde', 'Wetenschappelijke vorming', 'Arts in de samenleving' en 'Vaardigheden in communicatie' uit de bachelor verder gezet. Dit wordt aangevuld met een bijkomende opleidingslijn keuzeonderwijs, waar studenten een afstudeerrichting uit kunnen kiezen in het laatste jaar. Studenten kunnen kiezen uit de diverse afstudeerrichtingen. Prespecialia-

lisatie en Huisartsgeneeskunde zijn afstudeerrichtingen in het vierde en laatste masterjaar waarin studenten voorbereid worden op de respectievelijke vervolgopleidingen. Omtrent de masterproef en een aantal opleidingsonderdelen wordt een verschillende werkwijze gehanteerd. De afstudeerrichting Maatschappelijke Gezondheidszorg laat studenten kennis maken met de structuur en de organisatie van het veld, waarbij ook stage gelopen wordt in de sector. In de afstudeerrichting Wetenschappelijk Onderzoek tot slot krijgen studenten de kans om onder begeleiding van een promotor en op basis van een onderzoeksvoorstel aan een wetenschappelijk onderzoek te werken. Deze afstudeerrichting heeft al sinds vijf jaar geen inschrijvingen meer.

Wat het vaardighedenonderwijs in de masterfase betreft wordt voornamelijk ingezet op een doorgedreven training van de manuele en communicatieve vaardigheden van de student. De derde masterfase bestaat ten tijde van het visitatiebezoek bijna uitsluitend uit **stage**. De student traint zich in verschillende rollen en wordt hierin aangestuurd door de stagebegeleider op dienst. De kwaliteit van de feedback is echter niet optimaal en beperkt zich vaak tot aangekruiste hokjes op voorgedrukte formulieren. Het portfolio wordt verder ontwikkeld door de opleiding tot een volwaardig leerinstrument. Studenten hechten veel waarde aan de stage en hebben de mogelijkheid om langer dan de voorgeschreven 48u te werken, via een opt-out formulier, tot 60u per week. Studenten moeten echter in staat zijn om binnen de 48u de leerdoelen te behalen. De studenten lopen stage in verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen.

In het kader van het Erasmusprogramma kunnen studenten in de eerste fase van de master een semester of het jaar in het buitenland studeren. Ook in het Zuiden worden er stages aangeboden, waarop studenten voorbereid worden via specifieke opleidingsonderdelen. Het onderwijs wordt momenteel nog volledig in het Nederlands gegeven, wat het voor inkomende studenten moeilijk kan maken. Studenten uit de vierde masterfase nemen vrijwillig deel aan een internationaal benchmark examen van de National Board of Examiners (IFOM). Docenten nemen ook deel aan buitenlandse congressen, wat door de opleiding wordt gestimuleerd.

Beoordeling en toetsing

De opleiding zet in op een afwisseling van summatieve en formatieve toetsing, waarbij de summatieve toetsing, de examens, in elke fase twee keer per jaar georganiseerd wordt op het einde van een semester. De formatieve toetsing dient om het leerproces in de gewenste richting bij te sturen, via feedback, portfolio en dergelijke meer. In de master wordt een mengvorm gehanteerd van schriftelijke en mondelinge examens met meerder vraagtypes, voornamelijk om de redeneerprocessen van de studenten in kaart te brengen. De nadruk ligt ook in de master vaak nog op kennis en minder op competenties.

De **masterproef** bestaat uit drie onderdelen: het geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren, het probleemoplossend klinisch redeneren en de masterpaper. Het eerste onderdeel wordt behandeld in een **stationsproef**, met zeven stations voor de stage en zestien stations na de stage. Deze proeven focussen op de manuele en communicatieve vaardigheden van de studenten. Het **POKR-examen** behandelt het probleemoplossend klinisch redeneren en bestaat uit 120 casusgebaseerde klassieke meerkeuzevragen met een wisselend aantal antwoordopties en handelend over de verschillende disciplines. Studenten tonen hier vooral aan of ze de rollen van medisch deskundige en wetenschapper beheersen. Met de **masterpaper** tot slot, worden de rollen communicator en wetenschapper geëvalueerd. De masterpapers zijn van een hoge kwaliteit, maar slechts voor 5 studiepunten ingerekend in het curriculum, wat eerder beperkt is.

De stage wordt geëvalueerd aan de hand van verschillende evaluatievormen, met de beoordelingen na de stage door de stagecoördinator als belangrijkste element. Studenten worden opgevolgd via terugkomdagen en op het eind via de stationsproef en de masterpaper. De kwaliteit van de feedback op stage is eerder laag, deels omdat studenten pas laat leren hoe ze met feedback dienen om te gaan.

Begeleiding en ondersteuning

De opleiding kiest voor traditioneel, onderbouwd en theoretisch lesmateriaal, maar vertrekt vaak van een *authority based* concept – gebaseerd op de ervaring en de kennis van de docent – en laat weinig plaats voor het principe van student-centered learning. Hoorcolleges in grote groepen komen vooral in de bachelor nog steeds frequent aan bod, terwijl in de master frequenter gekozen wordt voor interactieve elementen.

Op de campus te Leuven zijn voorzieningen van een hoog niveau, met een modern uitgewerkte biomedische bibliotheek en een modern vaardigheidscentrum met opnamemogelijkheden. Het vaardigheidscentrum biedt de mogelijkheid aan studenten om te oefenen, maar hier wordt slechts beperkt gebruik van gemaakt. De onderwijslokalen en auditoria zijn voldoende, maar zijn niet uitgerust met moderne technieken voor e-learning. De opleiding biedt een veilige leeromgeving aan, waar studenten kunnen leren en ondersteund worden tijdens dit leren. Studie- en studietrajectbegeleiders zijn telkens beschikbaar en volgen de studenten op via frequent contact met de docenten en de studenten.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement van de masteropleiding lag in 2011–2012 op 97,4%. De kwaliteit van de afgestudeerden en het rendement van de opleiding zijn hoog.

Het **werkveld** is positief over de studenten die ze binnenkrijgen. De verpleegstage die studenten volgen tijdens de bacheloropleiding is een absolute meerwaarde: er wordt gewerkt aan zelfreflectie en feedback en studenten leren omgaan met steriel en protectief werken in een klinische setting. Studenten uit Leuven worden gewaardeerd voor hun kritisch vermogen op academisch niveau binnen de grenzen van het vak. Na de opleiding Master in de Geneeskunde dienen de studenten nog een bijkomende vervolgopleiding te volgen vooraleer als ziekenhuisarts of als huisarts aan de slag te gaan.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

Academische bachelor en master Geneeskunde

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de bachelor- en masteropleidingen Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven en de Kulak. De visitatiecommissie bezocht deze opleidingen van 9 tot 12 december.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleiding aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntenschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntenschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding met alle daaronder ressorterende varianten, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatierapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau voor interne kwaliteits-

zorg, internationalisering en studiebegeleiding. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd. Tevens is door de commissie een bezoek gebracht aan de opleidings specifieke faciliteiten.

Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeter suggesties.

Situering van de opleiding

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt op twee locaties aangeboden, namelijk Leuven en Kortrijk (Kulak). De opleiding Master in de Geneeskunde wordt enkel in Leuven aangeboden. Alle opleidingen ressorteren onder de Faculteit Geneeskunde, die op haar beurt onder de Groep Biomedische wetenschappen van de KU Leuven valt. De opleidingen vallen onder de verantwoordelijkheid van de Permanente Onderwijs Commissie Geneeskunde (POC), die geleid wordt door de programmadirecteur en bestaat uit studenten (waarvan tenminste één Kulak alumnus), de decaan en vice-decaan, de afgevaardigde van Kulak, de programmadirecteurs van de vervolgoopleidingen, de voorzitters van de verschillende werkgroepen, een verkozen afgevaardigde van elke cluster medische opleidingsonderdelen, een afgevaardigde van alumni, het assisterend en bijzonder academisch personeel en een afgevaardigde van het monitoraat eerste bachelor. De POC heeft diverse taken, waaronder de uitbouw en implementatie van een inhoudelijk, onderwijskundig en organisatorisch coherent curriculum. De POC wordt hierin ondersteund door de opleidingscoördinator en O2.

De eindverantwoordelijkheid voor de opleidingsvariant te Kulak berust bij de Permanente Onderwijscommissie, maar het dagelijks bestuur van de variant ligt bij het Onderwijs Management Team te Kortrijk. Dit team rapporteert aan de POC, die beslissingen van het OMT al dan niet goedkeurt. De opleiding Bachelor in de Geneeskunde bestaat uit 180 studiepunten, verspreid over drie opleidingsfasen. De opleiding Master in de Geneeskunde bestaat ten tijde van het visitatiebezoek uit 240 studiepunten, verspreid over vier opleidingsfasen. De opleiding biedt vier afstudeerrichtingen aan in de master: Prespecialisatie, Huisartsgeneeskunde, Maatschappelijke

Gezondheidszorg en Wetenschappelijk onderzoek. De bacheloropleiding te Leuven telde in het academiejaar 2012–2013 1038 ingeschreven studenten, de opleiding te Kortrijk telde er 186. De masteropleiding te Leuven telde in hetzelfde academiejaar 1739 ingeschreven studenten.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als GOED.

De opleiding volgt de **domeinspecifieke leerresultaten** (DLR) die op Vlaams niveau vastgelegd zijn voor de bachelor en de master Geneeskunde. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor geneeskunde zijn verder conform de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleidingen Geneeskunde te Leuven en Kortrijk waren actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan 2009. Via focusgroepgesprekken van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld. De DLR zijn ook vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten voor de bachelor en de master, die volgens de commissie aansluiten bij de eisen van het Vlaams kwalificatieraamwerk.

De opleiding voldoet met haar beoogd eindniveau aan de eisen van het internationale vakgebied door te werken met de CanMEDS-rollen, die naar analogie met het Raamplan Artsopleiding 2009 van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra fungeren als referentiekader voor de Vlaamse geneeskundeopleidingen. Via curriculum mapping werden de OLR afgetoetst bij studenten en docenten om uiteindelijk herwerkt te worden. Om de vertaling van de DLR naar OLR te realiseren heeft de opleiding zich door verschillende bronnen laten inspireren, waaronder het Raamplan Artsopleiding en het CanMEDS Framework als internationale referentiekaders. De commissie stelt vast dat de opleiding in een matrix een vergelijkend overzicht van de afstemming tussen DLR en OLR opgesteld heeft. De opleiding heeft 25 OLR uitgewerkt voor de bacheloropleidingen en 32 voor de master, die de studenten in staat moeten stellen om de CanMEDS-rollen van 'Medisch Deskundige', 'Communicator', 'Samenwerker', 'Gezondheidsbevorderaar', 'Manager', 'Wetenschapper' en 'Professional' te verwerven. Deze leerresultaten zijn volgens de commissie goed vertaald

uit de DLR en bovendien zorgvuldig uitgewerkt, zowel voor de bachelor als de master. De opleiding heeft verschillende leerresultaten toegekend aan de bachelor en de master en gekozen voor een sterke internationale inbedding van de leerresultaten. De niveaubepaling is verwerkt in de beschrijving van de leerresultaten. De commissie waardeert de duidelijke keuzes die de opleiding gemaakt heeft in de vertaling van de leerdoelen.

De opleidingen geneeskunde te Leuven en te Kortrijk hebben de ambitie om basisartsen op te leiden die na verdere vervolgopleiding ten volle kunnen participeren aan de gezondheidszorg van de 21e eeuw en hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen voor zowel de individuele patiënt als de volksgezondheid. De commissie constateert dat de opleiding geïnvesteerd heeft in het optimaliseren van haar leerresultaten, wat geleid heeft tot een zeer helder leerresultatenkader. Vertrekkend van de ambitie en de leerresultaten wil de opleiding zich profileren door basisartsen op te leiden die een gedegen theoretische, basiswetenschappelijk basis hebben, die de vertaalslag van kennis naar toepassing kunnen maken, een wetenschappelijke attitude hebben, de patiënt in zijn of haar totaliteit benaderen, de geneeskunde uitoefenen op een professionele en integere wijze en aandacht besteden aan de internationale context van de geneeskunde.

Voor de bachelor- en masteropleidingen specifiek zijn er profielen uitgewerkt. De opleiding streeft ernaar bachelor aspirant-artsen af te leveren, die de basiselementen van de geneeskunde verworven hebben en die klaar zijn om de stap te zetten naar het geïntegreerd klinisch redeneren. In de masteropleiding zelf wil de opleiding de bouwstenen uit de bachelor verbinden via het geïntegreerd klinisch wetenschappelijk redeneren volgens de principes van EBM. Dit is volgens de opleiding ook het moment om de vertaalslag naar de praktijk te intensifiëren.

De commissie stelt vast dat de uitgewerkte visie en profilering in het ZER en in diverse documenten goed uitgewerkt is en een sterke congruentie vertoont met de leerresultaten. Op basis van de gesprekken merkt de commissie op dat de focus van de opleiding en de sterkte volgens de stakeholders voornamelijk ligt bij het verwerven van de theoretische, basiswetenschappelijke kennis, het streven naar de wetenschappelijke attitude en de aandacht voor het geïntegreerd klinisch redeneren. De bachelor- en masteropleidingen geneeskunde van de KU Leuven profileren zich als een sterk merk en zitten geworteld in een eeuwenoude traditie van medisch onderwijs. De leerresultaten die de opleiding uitgewerkt heeft, gebaseerd op de CanMEDS-rollen, zijn degelijk en geven een waardevolle

aanzet tot een modern competentiegericht curriculum. De centrale sturing die volgens de vorige visitatiecommissie ontbrak is gerealiseerd wat de leerdoelen van de opleiding betreft. De visitatiecommissie stelt dat de opleiding een goed uitgewerkte set leerdoelen en een mooie visie uitgewerkt heeft. In GKW 2 beschrijft de commissie hoe deze visie in de praktijk uitgewerkt wordt.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

Om de kwaliteit van het curriculum en de onderlinge afstemming te bewaken heeft de permanente onderwijscommissie (POC) verschillende werkgroepen en organen in het leven geroepen, waaronder de didactische teams, het coördinatorenoverleg en ten slotte de werkgroepen in Leuven en de vakgroepen in Kortrijk. Ten tijde van het visitatiebezoek was het coördinatorenoverleg voor de lijn Vaardigheden en communicatie reeds gerealiseerd in de vorm van een stuurgroep, maar voor de andere lijnen diende dit nog te worden opgestart. De didactische teams zijn verantwoordelijk voor de verschillende opleidingsonderdelen, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Om dit te realiseren wordt regelmatig overleg georganiseerd onder leiding van de coördinator, de eindverantwoordelijke voor het opleidingsonderdeel. Gezien het grote aantal docenten en de vele beperkte aanstellingen is het moeilijk om de samenhang te bewaken, oordeelt de commissie. Ze waardeert dan ook de instrumenten ter controle die de opleiding ingericht heeft, zoals het coördinatorschap en de didactische teams. Zoals in GKW 1 vastgesteld door de commissie heeft de opleiding een helder leerresultatenkader en degelijke visie uitgewerkt. De commissie stelt wel vast dat dit meer leeft bij het bestuur van de opleiding dan bij de docenten en de studenten. De commissie beveelt de opleiding dan ook aan om meer aandacht te besteden aan het draagvlak van deze visie en de uitwerking ervan.

In 2010 werd in de centrale universitaire werkgroep 'Milleniumstudent' een nota uitgewerkt omtrent inspirerende en stimulerende werkvormen, als stimulans voor de eigen docenten om actief na te denken over de onderwijsvormen. Leden van de Faculteit Geneeskunde zetelden in die commissie en de nota werd besproken op de Facultaire POC en de POC van de opleidingen Geneeskunde. De commissie stelt vast dat de opleiding ervoor

gekozen heeft om opleidingsonderdeel na opleidingsonderdeel aan te pakken. De POC is verantwoordelijk voor het didactisch concept, met als uitgangspunten een integratie van het klinisch redeneren, het afbouwen van de ondersteuning en het verwerven van kennis als belangrijke pijlers. De commissie mist echter een **concrete uitwerking van de visie op onderwijs- en werkvormen**. De commissie vreest dat er na gelijkaardige opmerkingen van de vorige visitatiecommissie nog steeds een implementatie- en sturingsprobleem is bij de opleiding; de onderwijskundige staf is aanwezig, maar de adviezen worden zeer moeizaam opgevolgd.

Een opmerking van de vorige visitatiecommissie was om meer centrale sturing in het programma te hebben, ook al komt daarbij de autonomie van de docenten in het gedrang. De opleiding geeft aan dat ze via O2 meer ingezet heeft op een zekere sturing, maar is er tegelijkertijd van overtuigd dat er door de selectieve screening van docenten voorafgaand aan het toekennen van een leeropdracht veel ruimte gelaten kan worden voor een vrijheid in les- en examenvormen. De huidige visitatiecommissie wil deze aanbeveling nog eens herhalen en vraagt de opleiding om hier meer werk van te maken. De commissie vraagt om de didactische teams verder te ontwikkelen, blijvend te ondersteunen via de dienst Onderwijsondersteuning Faculteit Geneeskunde en centraal aan te sturen. Die centrale sturing dient volgens de visitatiecommissie versterkt worden.

Zowel voor haar bachelor- als masterprogramma heeft de opleiding opleidingslijnen uitgebouwd, die doorheen de verschillende fasen van de opleidingen lopen: de 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde', 'Wetenschappelijke vorming', de 'Arts in de samenleving' en 'Vaardigheden en communicatie'. In de master wordt daar nog een vijfde lijn aan toegevoegd in de vorm van het keuzeonderwijs, waar studenten hun afstudeerrichting uit kunnen kiezen. Deze lijnen stellen de opleiding in staat om de zeven CanMEDS-rollen te behalen, aangezien meerdere rollen in verschillende lijnen aan bod komen. De opleiding heeft een traditioneel curriculum uitgewerkt. De klassieke lijn van cel naar molecule en lichaam, en de ontwikkeling van gezond naar ziek en ziektebeelden is volgens de commissie duidelijk aanwezig. In een matrix geeft de opleiding een duidelijk overzicht van de relatie tussen OLR en de onderdelen van het onderwijsprogramma. De commissie vindt dat het op een aantal competenties gaat wringen in de bacheloropleiding, in het bijzonder in Leuven wat de rol van communicator, samenwerker en manager betreft. De commissie heeft tijdens het bezoek het onderwijsprogramma, de organisatie en vooral de inhoud van het onderwijs en de daarbij horende toetsing van een representatieve

selectie opleidingsonderdelen (OPO) in detail bestudeerd. In de onderwijsblokken en de stages zijn heldere leerdoelen geformuleerd. Het onderwijs in de blokken is thema overschrijdend en multidisciplinair met een goede balans tussen basis- en klinische vakken. De grote rol die de basiswetenschappelijke vakken speelden in het oude curriculum is onder invloed van de medicalisering gereduceerd, een evolutie die de commissie waardeert.

Door de vormgeving van doorlopende leerlijnen kent het curriculum een spiraalvorm met toenemende complexiteit, waarin de horizontale en verticale integratie degelijk verzekerd zijn. De opleiding kiest daarbij voor traditioneel, onderbouwd en theoretisch lesmateriaal, maar vertrekt wel van een *authority based* concept waarbij weinig plaats is voor het principe van student-centered learning. De manier waarop de opleiding haar competentiegebaseerde opleidings specifieke leerresultaten en het CanMEDS-model heeft vertaald naar het curriculum kan volgens de commissie nog veel optimaler worden uitgewerkt. Het curriculum volgt een aantal ontwikkelingen in het medisch onderwijs zoals competenties als basis, doorlopende leerlijnen en multidisciplinair onderwijs, maar het onderwijsprogramma is geen trendsetter in het medisch onderwijs. De commissie vindt het hoge ambitieniveau van de faculteit op het gebied van wetenschap niet terug op het gebied van onderwijsvernieuwing. De structuur met opleidingslijnen en het aantal studiepunten dat de opleiding aan die opleidingslijnen besteedt is volgens de commissie zeer traditioneel en past niet bij de ambitie en de doelen die ze geformuleerd hebben. De focus op kennisverwerving in het curriculum zorgt voor een sterke nadruk op de rol van 'medisch deskundige', terwijl de overige rollen eerder beperkt aan bod komen en vaak sterk verspreid zijn over het curriculum.

De commissie observeert dat de leerdoelen en opleidingslijnen voor de bacheloropleiding zowel de KU Leuven en de Kulak hetzelfde zijn, maar Kulak heeft de mogelijkheid om eigen accenten te leggen binnen de verschillende opleidingsonderdelen. In een vergelijkend programmaoverzicht van de opleidingsonderdelen in relatie tot de OLR merkt de commissie op dat de rollen van communicator, samenwerker en manager in Kortrijk meer aan bod komen in het curriculum, voornamelijk in de opleidingslijn 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde'.

De rol van **medisch deskundige** komt zeer prominent naar voor in de opleiding en komt in eerste instantie voornamelijk aan bod in de opleidingslijn '**Kennis en grondslagen van de geneeskunde**'. Tijdens de **bacheloropleiding** beslaat deze lijn 71% van de studiepunten en behan-

delt het OLR 1 tot 5. De inhoudelijke focus ligt op kennis en inzicht van de gezonde en zieke mens, wat zich vertaalt in opleidingsonderdelen met morfologische, functionele en natuurwetenschappelijke invalshoeken. De commissie herkent de klassieke opbouw die begint bij de cel en eindigt bij het lichaam en van gezond naar ziek. Ze uit haar waardering voor de basiswetenschappelijke diepgang en detaillering van het les- en studiemateriaal in het kader van deze opleidingslijn. Door de hervorming van het zevenjarig naar het zesjarig curriculum werden in de bachelor belangrijke wijzigingen doorgevoerd, waaronder het verdwijnen van de natuurwetenschappen als afzonderlijke OPO's en het uitmonden van de leerlijn 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde' in kennis en inzicht in de menselijke pathologie met oog voor de diagnostische, therapeutische en preventieve benadering. De rol medisch deskundige wordt in de bachelor verder ook behandeld in de lijn 'Wetenschappelijke vorming' en 'Arts in de Samenleving'. Het **uitoefenen van de rol van medisch deskundige** in de vorm van het vaardighedenonderwijs heeft in het programma meer aandacht gekregen dan vroeger het geval was. Studenten leren gradueel complexere vaardigheden en handelingen uitvoeren, waarbij in de eerste fase basis instrumenteel-technische handelingen aangeleerd worden. Aanvullend bij de theoretische opleidingsonderdelen worden ook praktijkmomenten zoals een verpleegstage ingericht waarop studenten kunnen oefenen. In de latere fasen wordt hierop verder gebouwd en leren studenten technieken om een anamnese af te nemen en wordt aandacht gespendeerd aan het koppelen van de theoretische inzichten aan de realiteit. In de derde fase van de bachelor krijgen studenten een doorgedreven praktische training in de vaardigheden. Voor het aanleren van de basis instrumenteel-technische handelingen lijkt het de commissie echter wenselijk om die just-in-time aan te leren, een insteek die in het medisch onderwijslandschap inzet op het aanleren van de vaardigheden wanneer de student ze ook effectief nodig heeft. Het vroege aanleren van deze vaardigheden maakt een opfrissing haast noodzakelijk later in het curriculum. Studenten hebben de mogelijkheid om in de derde bachelorfase als tutor op te treden in het skillslab en studenten te helpen bij het aanleren van de vaardigheden, wat de commissie een sterk punt vindt. Tutors krijgen een vooropleiding en worden gecompenseerd in de vorm van studiepunten.

In de **masteropleiding** wordt de rol van medisch deskundige ook voornamelijk behandeld in de lijn '**Kennis en grondslagen van de geneeskunde**', die 40% van de studiepunten behandelt en de OLR 1 tot 7 van de master beslaat. De inhoudelijke focus ligt in de master voornamelijk op het verdiepen van de kennis van en het inzicht in de zieke mens. De opleiding kiest

hier voor themagestuurd onderwijs, met de ambitie het interdisciplinair overleg uit de praktijk over te nemen. Het programma is hier opgebouwd volgens de orgaansystemen en volgt grotendeels de indeling die in de bachelor gehanteerd wordt. Ook in de lijn 'Arts in de Samenleving' komt de rol van medisch deskundige aan bod in die zin dat studenten leren om een inschatting te maken van de patiënt en inzicht te verwerven in het verloop van een aandoening. Het **uitoefenen van de rol van medisch deskundige** in de master spitst zich in de lijn 'Vaardigheden en communicatie' via de opleidingsonderdelen 'Vaardigheidstraining Deel 1' en 'Deel 2' meer toe op de rollen van communicator, maar er wordt blijvend aandacht besteed aan het inoefenen van de manuele vaardigheden.

De opleiding stelt het **functioneren van de basisarts als wetenschapper** voorop als rode draad doorheen het curriculum, beginnend in de **bachelor** in de lijn 'Wetenschappelijke vorming'. Studenten worden verwacht een wetenschappelijke attitude aan te nemen en komen doorheen de fasen in aanraking met het wetenschappelijk onderzoek. Na een initiatie in de eerste fase volgt de wetenschappelijke vraagstelling in de tweede fase. De opleiding laat in de derde fase de rol van wetenschapper aan bod komen in een nieuw opleidingsonderdeel biostatistiek en epidemiologie. Studenten zullen volgend academiejaar een bachelorpaper schrijven waarbij een wetenschappelijke hypothese geformuleerd dient te worden. De commissie zag in de lijn rond wetenschappelijke vorming in **Kortrijk** een erg mooie *alignment* tussen de ambitie, het programma en de toetsing rond wetenschappelijke vorming, wat ze in Leuven minder terug zag. Studenten in het eerstejaarsblok krijgen in Kulak niet enkel een kennismaking met de wetenschap, maar maken een inhoudelijk verslag, dat gekoppeld is aan het zoeken van literatuur. Dit is een waardevol initiatief, dat na verdere evaluatie ook ingevoerd kan worden in Leuven. Studenten hebben verder zowel in Leuven als in Kortrijk de mogelijkheid om vrijblijvend in te stappen in het statuut van student-onderzoeker. Dit statuut geeft geëngageerde en geïnteresseerde studenten de kans om vier weken lang tijdens het jaar, meestal tijdens de vakantieperiode, deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek binnen de faculteit.

In de **master** komt de rol van wetenschapper ook voornamelijk in de lijn 'Wetenschappelijke vorming' aan bod. In de eerste fase start de opleiding met het uitwerken van het EBM-kader, waarbij gebruik gemaakt wordt van de onderzoeksomgeving van de instelling. Studenten leren doorheen de fasen omgaan met het gebruik van wetenschappelijke bevindingen bij het nemen van klinische beslissingen en gaan in de tweede masterfase aan

de slag met een klinisch probleem, gekoppeld aan een groepspresentatie. Dit alles is gericht op het verwerven van de competentie van geïntegreerd klinisch redeneren. De opleiding zet ook in op de integratie met de stage, met een wetenschappelijk artikel gebaseerd op een klinische casus die ze tijdens de stage kunnen kiezen. De lijn rond wetenschappelijk onderzoek wordt afgerond in het zevende jaar met de masterpaper als onderdeel van een breder samengestelde masterproef, waarover later meer. De opleiding heeft de ambitie om met de **masterpaper** studenten een klinisch probleem wetenschappelijk te laten analyseren en hierover te laten rapporteren in de vorm van een artikel, dit alles onder begeleiding van een promotor.

De commissie stelt vast dat 5 ECTS voor de huidige masterpaper zeer beperkt is, zeker gezien het belang van de rol van wetenschapper als rode draad en het sterke profiel van de instelling. Studenten krijgen volgens de commissie te weinig tijd om aan de masterpaper te werken en er is ook geen expliciete periode in het curriculum ingepland waarin studenten aan de paper kunnen werken. De commissie stelt overigens vast er binnen de afstudeerrichting prespecialisatie gekozen wordt voor een individuele paper, terwijl het bij de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde veelal om groepswerk gaat. De opleidingsverantwoordelijken in deze laatste afstudeerrichting achten het wenselijk dat studenten samen het proces afleggen en samen onderzoeken. Er wordt binnen de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde veel aandacht gespendeerd aan procesbeoordeling en terugkoppeling, om de bijdrage van de individuele studenten goed zichtbaar te maken. De groepen worden van heel nabij opgevolgd, houden alles bij in een logboek en hebben ook meer ruimte om te werken aan de masterpaper. Deze benadering houdt risico's in wat het leerresultaat betreft, waar de commissie in GKW 3 verder op in gaat. De commissie is van oordeel dat de opleiding een hoge ambitie heeft rond wetenschappelijke vorming op beide locaties, maar dat dit nog niet volledig verankerd is.

De rol van **gezondheidsbevorderaar** komt in het bachelorcurriculum voornamelijk aan bod in de opleidingslijn '**De arts in de samenleving**'. Studenten moeten kritisch nadenken over basisaspecten van de menselijke bestaansconditie en leren de wetenschappelijke kennis van de geneeskunde in perspectief plaatsen. In de bachelor wordt de nadruk gelegd op klinisch leren redeneren, inzicht verwerven in de psychosomatiek en het hanteren van ethische argumentatiemodellen. In de master wordt deze opleidingslijn vanuit twee verschillende invalshoeken benaderd, met name die van de eerstelijns en die van een ziekenhuis. Modellen van organisatie van de

gezondheidszorg, leren omgaan met de populatie en kennis verwerven omtrent modellen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid staan hier ook in centraal.

De rol **communicator** komt in de **bachelor** hoofdzakelijk aan bod in de lijn 'Vaardigheden en communicatie', waarbij studenten in de eerste fase leren hoe ze een groepsgesprek kunnen leiden. In de tweede fase wordt aandacht besteed aan het belang en de techniek van de anamnese. Gesprekstechnieken, luisteren naar en communiceren met patiënten worden verder ook geoefend in de stage. Het schriftelijk en mondeling rapporteren wordt in de andere opleidingslijnen ook frequent geoefend. Op basis van de gesprekken met de bachelorstudenten en docenten stelt de commissie vast dat communicatievaardigheden op diverse plaatsen in het curriculum aan bod komen. De commissie is van oordeel dat het aandeel van de rol communicator in de bachelor structureel te beperkt is, wat ze betreurt gezien de helder geformuleerde doelstelling en het belang ervan voor studenten en werkveld. De opleiding heeft in het nieuwe curriculum reeds de ambitie om het aandeel communicatie op te voeren, wat de commissie wil aanmoedigen.

In de **masterfase** worden de gesprekstechnieken en het communiceren met patiënten ook voornamelijk in de lijn 'Vaardigheden en communicatie' geoefend, terwijl het schriftelijk en mondeling rapporteren in de andere opleidingslijnen aan bod komt. Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie stelt de commissie vast dat de oefening van de rol communicator sterk verspreid over de opleidingsonderdelen aan bod komt, maar dat het voor de studenten zeer diffuus overkomt. Studenten herhalen het afnemen van een anamnese, oefenen van gesprekken met verschillende doelgroepen en dergelijke meer. Studenten zijn van oordeel dat het communicatieonderwijs meer gestructureerd kan aangeboden worden, waar de commissie zich in kan vinden. In de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde wordt in het verdiepingsopleidingsonderdeel extra aandacht besteed aan consult- en communicatievaardigheden, wat in de afstudeerrichting prespecialisatie niet het geval is. De alumni uit de huisartsgeneeskunde waren hier zeer positief over en de commissie stelt dat dit ook in de andere afstudeerrichtingen kan ingevoerd worden. Aanvullend daarbij stelt de commissie vast dat studenten in het communicatieonderwijs nog meer getraind kunnen worden in het geven, zoeken en ontvangen van feedback.

Het **samenwerken** als rol van de basisarts komt in de **bachelor** verspreid over het curriculum terug. Het inzicht in de meerwaarde van het samenwerken vindt de commissie zowel in 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde', 'Arts in de Samenleving' en de stage terug. Het oefenen van het samenwerken in opleidingsomstandigheden komt dan weer in de stages in de bachelor aan bod. Het diffuse beeld zet zich verder in de **master**, waar de opleidingslijnen 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde', 'Wetenschappelijke vorming' en 'Arts in de Samenleving' de competenties in het samenwerken trainen. De rol van **professional** komt in de **bachelor** in alle opleidingslijnen voor en spitst zich voornamelijk toe op het aanzetten van de studenten tot levenslang leren. In het kader van 'Arts in de samenleving' en de lijn 'Vaardigheden en communicatie' worden tevens de ethische en professionele codes aangeleerd. In de master komt de rol van professional voornamelijk aan bod in de stage, waar alle aspecten van de rol behandeld worden. Het levenslang leren en reflecteren komt ook terug in de lijnen 'Kennis en grondslagen van de Geneeskunde' en 'Arts in de samenleving'.

De **stages** maken deel uit van de opleidingslijn '**Vaardigheden en communicatie**', maar beslaan zowel in de bachelor als de master verschillende OLR en trainen de studenten ook in diverse rollen. In de **bachelorfase** wordt tijdens de verpleegstage in de eerste fase, de patiëntenzorgstage in de tweede fase, de pre-stage huisartsgeneeskunde en de ziekenhuisstage in de derde fase niet enkel aandacht besteed aan de uitoefening van de rol van medisch deskundige, maar komen de rollen van samenwerker, communicator, manager en professional evenzeer aan bod. De eerste kennismaking met de praktijk gebeurt tijdens een verpleegstage van 10 dagen en twee korte kennismakingen met de huisartsgeneeskunde van vier dagen. De verpleegstage wordt ingeleid door een dag intensief oefenen in het vaardigheidscentrum en is volgens het beroepenveld bijvoorbeeld belangrijk om studenten het belang van infectiepreventie en steriliteit te leren kennen. De commissie stelt vast dat er vooral in de bachelor weinig patiënten gedemonstreerd worden in de Leuvense collegesalen, terwijl dit in Kortrijk wel meer het geval is. In het kader van leren in de context lijkt het de commissie wenselijk dat de studenten frequenter met patiënten geconfronteerd worden. De commissie stelt dat het contact met patiënten immers een deel kan uitmaken van de theorie en dat studenten vanaf de eerste dag in de eerste bachelorfase een patiënt gedemonstreerd kunnen zien. Tijdens de gesprekken halen de studenten aan dat de stap naar de stage na de overwegend theoretische eerste vijf jaar als een sprong in het diepe ervaren wordt. De commissie adviseert

om in het onderwijsprogramma in de bachelor op gestructureerde wijze werkelijke patiënten in te brengen om het leren in de klinische context te versterken.

In de **masterfases** wordt ingezet op een verder doorgedreven training in manuele en communicatieve vaardigheden. In het huidige curriculum bestaat de derde fase van de master haast uitsluitend uit stage, terwijl dit in het toekomstig zesjarig curriculum meer verspreid zal zijn over de masterfasen. In de stage wordt gewerkt aan de rollen medisch deskundige, communicator, samenwerker, gezondheidbevorderaar en professional. Het stagejaar is volgens de commissie degelijk georganiseerd, wordt strak aangestuurd vanuit de opleiding en kan rekenen op de waardering van zowel studenten als het werkveld. De opvolging van de te evalueren rollen gebeurt via de stagemap/portfolior en de feedbackcyclus die ingebouwd werd. De commissie stelt vast dat studenten tijdens de stage voldoende ondersteuning krijgen door de opleiding en het ziekenhuis en dat er duidelijke leerdoelen geformuleerd zijn. Studenten krijgen de mogelijkheid om aan de slag te gaan met het elektronisch patiëntendossier en geven aan vlot toegang te hebben tot elektronische ondersteuning. Rond de stage is een degelijke feedbackloop opgezet, maar de commissie stelt vast dat de kwaliteit van die feedback verbeterd kan worden. Vaak treft de commissie feedback in de vorm van aangekruiste hokjes op voorgedrukte formulieren aan en te weinig in de vorm van kritisch opbouwende commentaren. De opleiding heeft de ambitie om de stagemap/portfolior te digitaliseren en te ontwikkelen als een verdergaand leerinstrument, een ambitie die de commissie sterk wil ondersteunen. De visitatiecommissie beveelt de opleiding aan om de supervisie en feedback tijdens de stage beter te structureren. Een optimalere benutting van het portfolior kan volgens de commissie de kwaliteit van de feedback en dus van de stage doen toenemen. De stages moeten volgens de commissie helder gericht worden op de competenties, wat het best gestimuleerd wordt door een langer verblijf op eenzelfde afdeling, in plaats van een kort verblijf op verschillende afdelingen. De begeleiding moet gericht worden op het ontwikkelen van competenties. Resultaten hiervan dienen vastgelegd te worden in een longitudinaal portfolior, met aandacht voor feedback en reflectie. De visitatiecommissie doet de aanbeveling aan de opleiding om de kwaliteit van de stages te verbeteren door de stagebegeleiders en de studenten meer te trainen in het geven en verkrijgen van feedback en het bespreken van het portfolior in te schakelen als instrument voor reflectie.

Het valt de commissie op dat het eerste blad van het portfolio het opt-out-formulier zit. Omtrent de werktijden van studenten volgt de opleiding de Belgische wetgeving, die de Europese richtlijn van 48u opvolgt maar een vrijwillige opt-out mogelijk maakt om tot 60u per week te werken. De opleiding stelt tijdens de gesprekken dat het vanuit de praktijk onmogelijk is om in 48u de stiel aan te leren en haar studenten ook geen onrealistische verwachtingen wil geven over het werkveld. De opleiding staat er op dat de Belgische wet strikt opgevolgd wordt en dat de standaard werktijd 48u is, maar om wachten op dienst mogelijk te maken en om alle leerdoelen te behalen worden studenten aangemoedigd om de opt-out te tekenen. Uit de diverse gesprekken kon de commissie afleiden dat de studenten gemiddeld 50u tot 60u per week werken in de kliniek. Studenten beschouwen de 60u als noodzakelijk om voldoende te kunnen leren en geven aan dat het volgens de opleiding zelfs nodig is om de eindtermen te behalen. Het beroepenveld bevestigt dit en stelt dat, hoewel het verschilt van specialisatie tot specialisatie, studenten ook zelf lang op stage willen blijven en zelfs verplicht moeten worden om naar huis te gaan. Strikt genomen voldoet de opleiding aan de wettelijke bepalingen, maar de commissie stelt echter vast dat de arbeidsduurbepaling tot 48u in de praktijk 60u is, gezien de vrijwel unanieme ondertekening van het vrijwillige opt-out formulier door de studenten. De druk die de opleiding op studenten legt door te stellen dat het zeer moeilijk is om de leerdoelen te behalen in 48u is volgens de commissie problematisch. Internationale voorbeelden van medische basis- en vervolgoopleidingen geven bovendien aan dat het met een afwijking in intensiteit en in uren zeker mogelijk is om binnen 48u per week alle eindtermen te behalen. De werktijden van studenten worden door de opleiding opgevolgd, maar de verantwoordelijkheid wordt voornamelijk bij de ziekenhuizen en bij de studenten gelegd. De commissie stelt dat studenten in staat moeten zijn om binnen de 48u de leerdoelen te halen en dat geen enkele student nadeel mag ondervinden indien de opt-out niet ondertekend wordt. De stages en co-schappen zijn volgens de commissie voldoende qua kwaliteit, maar studenten hebben meer garanties nodig dat hun leren centraal staat. Door nauwer toe te zien op de werktijden, de kwaliteit van de feedback te verhogen en blijvend in te zetten op een goede ondersteuning van de studenten kunnen de stages een nog effectiever leermiddel worden om de studenten voor te bereiden op het medisch beroep van morgen. Uit de gesprekken leidt de commissie af dat de problematiek zich voornamelijk in ziekenhuizen uit de periferie afspeelt en dat er een mentaliteit heerst dat niet het leren maar het werken hier centraal staat.

In de masteropleiding krijgen studenten in de vijfde opleidingslijn '**keuze-onderwijs**' de keuze tussen een aantal topics waarin ze zich in verschillende opleidingsonderdelen kunnen verdiepen in het laatste, zevende jaar. Deze lijn bereidt studenten voor op de vervolgopleiding, met prespecialisatie, huisartsgeneeskunde, maatschappelijke gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek als mogelijkheden. De commissie kon vaststellen dat een meerderheid van de studenten kiest voor prespecialisatie en ongeveer een derde van de studenten in de huisartsgeneeskunde terecht komt. De dominante afstudeerrichtingen zijn '**prespecialisatie**' en '**huisartsgeneeskunde**', waarin studenten telkens een andere stage lopen en verschillende verdiepende opleidingsonderdelen volgen. **Prespecialisatie** bestaat uit 21 subdisciplines waar studenten uit kunnen kiezen en die tevens aansluiten bij de professionele en academische vervolgopleidingen nadien. De co-assistentenschappen, besproken bij de eerder vermelde stage, zijn een fundamenteel onderdeel van deze afstudeerrichting en bestaan in het eerste semester uit 13 weken in één specialiteit, met rotatie tussen de verschillende afdelingen binnen die specialisatie.

De **huisartsgeneeskunde** bestaat uit drie opleidingsonderdelen die uit diverse leertrajecten putten. Studenten geven aan dat er in vergelijking met de prespecialisatie relatief meer colleges en theoretische lessen zijn, in het opleidingsonderdeel 'Verdieping Huisartsgeneeskunde'. Deze lessen gaan verder in op de kennis en vaardigheden die studenten de voorbije jaren hebben opgedaan, maar nu toegepast op de huisartsgeneeskunde. Ook in deze afstudeerrichting is er een stageblok waarin studenten een discipline kunnen kiezen waarin ze meer onderlegd willen worden. Studenten stromen grotendeels uit in de master-na-master huisartsgeneeskunde en geven aan dat hoewel de zes eerste jaren van de opleiding sterk specialistisch gericht zijn, ze in de afstudeerrichting voldoende voorbereid worden. Zoals aangegeven bij de rol communicator zijn de alumni met name tevreden over het deel consult- en communicatievaardigheden. Zij suggereren echter dat het schrijven van een voorschrift of een verwijfsbrief ook in de afstudeerrichting aan bod zou mogen komen. Daarbij zou de opleiding het principe van toenemende autonomie van de studenten kunnen bevorderen door in het begin strakke supervisie toe te passen op consultrainingen en geleidelijk aan meer ruimte te bieden voor geheel zelfstandig werken. De alumni stippen de problematiek van de multipathologie van ouderen aan als uitdaging voor de toekomst van de opleiding.

Studenten kunnen binnen deze opleidingslijn naast deze twee afstudeerrichtingen ook kiezen voor **maatschappelijke gezondheidszorg**, waarin studenten kennis maken met de structuur en de organisatie van het volledige veld van de maatschappelijke gezondheidszorg, verschillende disciplines inclusief. Er worden stages georganiseerd in de betrokken werkvelden en studenten kunnen deelnemen aan raadplegingen, multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en dergelijke meer. De commissie stelt vast dat een haast verwaarloosbaar aantal studenten kiest voor maatschappelijke gezondheidszorg en dat er sinds 2008–2009 11 studenten de afstudeerrichting gevolgd hebben. Uit de gesprekken met de alumni leidt de commissie af dat er voor maatschappelijke gezondheidszorg reclame gemaakt wordt tijdens de eerstelijnsstages en rond medische psychologie, wanneer de focus voornamelijk op preventie ligt. Het is echter pas eens gekozen wordt voor de afstudeerrichting dat het echt duidelijk wordt voor de studenten wat de opleiding inhoudt. De afstudeerrichting **wetenschappelijk onderzoek** dateert volgens de opleiding voornamelijk uit een tijd dat de combinatie kliniek en wetenschap niet evident was. Door de huidige organisatie van de vervolgopleiding en de mogelijkheid om daar kliniek en onderzoek te combineren wordt de noodzaak om te kiezen in de basisopleiding uitgeschakeld. De opleiding geeft tegelijkertijd aan dat er door het systeem van student-onderzoekers ook aan de vraag van basisartsen in opleiding voldaan wordt. De commissie stelt vast dat er de voorbije vijf jaar geen enkele student gekozen heeft voor de afstudeerrichting wetenschappelijk onderzoek. De commissie stelt zich vragen bij de levensvatbaarheid van de afstudeerrichtingen maatschappelijke gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek en beveelt hierbij aan deze te heroverwegen. Ongeacht de maatschappelijke waarde die de beide afstudeerrichtingen hebben wijst het gebrek aan studenten de voorbije vijf jaar op een structureel probleem. Studenten zijn volgens de commissie wel in staat om in een veilige leeromgeving de einddoelen van deze afstudeerrichtingen te behalen, doordat ze ingebed zitten in een bredere structuur waarin de kwaliteit van de opleiding geborgd kan worden.

Het keuzeonderwijs en de afstudeerrichtingen in de master zijn in zekere mate een voorbereiding op de vervolgopleiding, maar de opleiding benadrukt dat de selectiecriteria geen deel uit maken van de master. Het primaire doel is om de studenten op te leiden tot basisarts en om hen in staat te stellen dat diploma te halen, ongeacht de keuzes die ze gemaakt hebben in het curriculum. In het kader van de hervorming van het zevenjarig curriculum naar een zesjarig curriculum heeft de opleiding een aantal principes afgetoetst bij een aantal stakeholders (afgevaardigden van disciplines,

de stagewerkgroep, de stagemeeesters en dergelijke meer). Op basis van deze feedback wordt een nieuw voorstel geformuleerd. De visitatiecommissie signaleert op basis van de gesprekken dat studenten reeds vroeg op één bepaalde discipline focussen, wat de vraag oproept of ze alle medische competenties wel kunnen halen. Dit is geen bewuste keuze van de opleiding, maar de commissie stelt vast dat de studenten de mogelijkheid krijgen door de keuzevrijheid die studenten hebben. De visitatiecommissie stelt dat de opleiding dient te vermijden dat studenten uit eigen keuze een te eentonig programma volgen.

De opleiding stelt een diversiteit aan **werkvormen** aan te bieden, maar de commissie treft voornamelijk in de **bachelor** nog steeds een dominantie aan van grootschalige hoorcolleges, grotendeels gelinkt aan de lijn 'Kenniss en grondslagen van de geneeskunde', terwijl andere opleidingen in de wereld actief aansturen op het terugdringen van hoorcolleges. Tijdens de gesprekken wordt het duidelijk dat wat op papier als hoorcollege gedefinieerd staat niet noodzakelijk een hoorcollege is, gezien de beperkte mogelijkheid die de opleiding van de universiteit gekregen heeft om onderwijsvormen te definiëren. Studenten geven aan over het algemeen tevreden te zijn over de werkvormen en zijn ervan overtuigd dat hoorcolleges een focus op de theoretische onderbouw een goede basis vormen voor het onderwijs. Dit wordt versterkt door het leermateriaal, wat in de bachelor voornamelijk uitgeschreven teksten zijn waarin alles staat wat de studenten moeten kennen. Dit vormt voor de studenten een houvast, waardoor ze minder geneigd zijn om buiten het aangereikte materiaal verder te zoeken, tenzij ze hiertoe aangezet worden. Door de erg brede definitie van hoorcolleges is het moeilijk voor de commissie om een exact overzicht te hebben over de gehanteerde werkvormen en de variatie die de opleiding hierin aanbiedt. De commissie stelt echter vast dat het traditionele hoorcollege nog een belangrijke plaats inneemt in het onderwijs in Leuven. In het kader van het onderwijsproject heeft de opleiding wel werk gemaakt van een andere aanpak gebaseerd op een onderbouwd ontwerpmodel, waarin een mengvorm van werkvormen aan bod komt. De commissie moedigt de opleiding aan om meer gebruik te maken van e-learning als activerende werkvorm waarbij de student zelf kan ontdekken.

In de **master** treft de commissie meer interactieve elementen aan in de colleges, waardoor studenten actief betrokken zijn bij het gegeven onderwijs. Een deel van de hoorcolleges blijken tevens werkcolleges te zijn, bedoeld voor een discussie tussen student en docent. Naarmate de opleiding vordert neemt de actieve component in de hoorcolleges daadwerkelijk toe.

De commissie benadrukt dat een diversiteit in werkvormen fundamenteel is voor de kwaliteit van het onderwijs en de mate waarin studenten de overgedragen informatie overnemen. De autonomie en keuzevrijheid van docenten en studenten wordt benadrukt door de opleiding, maar de commissie stelt vast dat de combinatie van het semestersysteem, de hoorcolleges en de te kennen teksten er voor zorgt dat studenten discontinu studeren. Het zwaartepunt ligt door deze structuur tijdens de examenperiodes, terwijl een gelijkmatigere inrichting van het onderwijs er volgens de commissie voor zorgt dat er een betere kennisretentie is bij de studenten. De kleinschalige werkzittingen in de master, bijvoorbeeld, die vertrekken van een echte patiëntencasus en een gesprek met een echte patiënt zijn volgens de commissie veel effectiever en kunnen ook in de bachelorfase een absolute meerwaarde zijn voor de opleiding. Door studenten meer te betrekken en in te zetten op interactief onderwijs via e-learning, zelfstudieopdrachten en just-in-time learning voor een aantal vaardigheden kan de onderwijstijd volgens de commissie efficiënter gebruikt worden. De grote hoeveelheden studenten waar de opleiding mee geconfronteerd wordt lijkt een hinderpaal, maar internationale voorbeelden tonen aan dat dit haalbaar is. De commissie adviseert dan ook om ondanks de massaliteit van de opleiding meer aandacht te besteden aan de moderne vormen van onderwijs met meer aandacht voor actief leren. De kleinschalige campus te **Kortrijk** geeft de opleiding uitstekende mogelijkheden om onderwijsvernieuwingen te ontwikkelen en uit te testen. De commissie trof in Kulak een echte *community of learners* aan met veel enthousiaste, jonge docenten, die vaak vernieuwende onderwijsvormen aanwenden. Hoewel ook in Kortrijk de focus op kennisverwerving blijft liggen denkt de commissie dat deze mogelijkheden uitgebreid kunnen worden en dat de opleiding in Kortrijk de mogelijkheid moet krijgen om meer te variëren qua onderwijs- en werkvormen.

Docenten en studenten worden gestimuleerd om zich ook **internationaal** te profileren. Docenten worden aangemoedigd om deel te nemen aan buitenlandse congressen, terwijl studenten in de eerste opleidingsfase van de master een semester of jaar in het buitenland kunnen studeren in het kader van een Erasmusprogramma. Om een theoretisch programma te volgen leggen studenten een dossier aan dat goedgekeurd wordt door een jury, terwijl er voor de studentenuitwisseling op stage een 100 à 120 stageplaatsen aangeboden wordt in het buitenland. Stagiairs die naar het Zuiden gaan volgen specifiek daartoe ingerichte opleidingsonderdelen, zoals 'biomedische ontwikkelingssamenwerking' en 'tropische geneeskunde', samen met een specifieke workshop per landengroep. Voor **inkomende**

studenten wordt nagedacht over een internationale track naar analogie met de biomedische wetenschappen, door onder andere een semester in het Engels aan te bieden of op zijn minst een aantal opleidingsonderdelen. De opleiding gaf in haar zelfevaluatie rapport aan dat studenten hier weigerachtig tegenover staan, maar de studenten die de commissie sprak geven in de aan dat zij achter een Engelstalig semester staan. De opleiding stelt dat de kwaliteit van het Engels als doceertaal gewaarborgd is door de verplichte en internationaal erkende taaltest Engels voor docenten, zoals opgelegd door de Vlaamse overheid. De studenten stellen echter dat het niet wenselijk is dat een volledig semester meteen ingevoerd wordt, aangezien docenten snel moeten omschakelen en misschien de Engelse taal niet voldoende beheersen om daarin te doceren. Studenten krijgen momenteel reeds Engelstalige teksten, maar het onderwijs wordt nog volledig in het Nederlands gegeven.

Studenten krijgen in Kortrijk de kans om een studiereis te maken naar de Filipijnen. De ethische en maatschappelijke dimensies worden uitgediept en studenten krijgen de kans om kennis te maken met de organisatie van de gezondheidszorg in een derdewereldland. De reis bestaat uit een combinatie van kijkstages, excursies, theoretische colleges en een practicum. Gemiddeld nemen 20 studenten deel aan deze reis en de commissie vindt dit een positief en waardevol initiatief. Uit de gesprekken leidt de commissie af dat de studenten in Kortrijk moeite hebben met de communicatie over Erasmus uit Leuven en dat dit volgens hen beter georganiseerd kan worden.

De commissie kon vaststellen dat de opleiding over veel **personeel** van hoge kwaliteit beschikt. Docenten die lesgeven in de opleiding, zowel in Leuven als in Kortrijk, zijn actief in onderzoek, in de kliniek of beiden. De overgrote meerderheid van het personeel 'resideert' in Leuven, maar deze docenten pendelen regelmatig naar Kortrijk om het onderwijs te verzorgen ter plaatse. De commissie denkt dat het totale aantal docenten voor Leuven en Kortrijk ruim voldoende is, maar dat het wenselijk is om in Kortrijk meer residerende docenten in te schakelen dan nu het geval is.

De commissie stelt vast dat er in **Kulak** veel jonge, enthousiaste docenten zijn die onderwijskundige trainingen gevolgd hebben en vernieuwend onderwijs bedenken. Dit zou volgens de commissie uitgebreid kunnen worden door het concept van de *community of learners* volledig te omarmen, en nog meer in te zetten op e-learning en opdrachten. De relatie die de docenten hebben met het AZ Groeninghe en de mogelijkheden die deze samenwerking biedt kan hierin nog meer gebruikt worden volgens de commissie.

De grote groep docenten zorgt voor risico's wat de **samenhang en afstemming** binnen de opleiding betreft, wat volgens de commissie versterkt wordt door de grote hoeveelheid docenten met een kleine aanstelling voor onderwijs zijn binnen de opleiding. Dit geldt in het bijzonder voor de docenten die ook betrokken zijn bij patiëntenzorg. De docenten en opleidingsverantwoordelijken halen aan dat ondanks de beperkte aanstelling binnen de opleiding, onderwijs wel degelijk een prioritaire rol speelt. De commissie twijfelt niet aan het enthousiasme van de docenten en leidt uit de gesprekken af dat veel docenten onderwijs als een prioriteit beschouwen, maar tegelijkertijd stelt zij vast dat de kleine aanstellingen van docenten binnen de opleiding niet overeenkomen met de werkelijke tijdsinvestering van de docenten. Doordat de diensten in het UZ verantwoordelijk zijn voor het vrijroosteren van het personeel voor de onderwijsopdracht vreest de commissie dat de opleiding onvoldoende controle heeft over hoe ze haar personeel inzet. De opleiding erkent het spanningsveld tussen onderwijs, onderzoek en dienstverlening in de kliniek, maar stelt dat ze voldoende mechanismen in handen heeft om de kwaliteit van haar personeel te garanderen. Enerzijds is er de selectie van nieuwe docenten, anderzijds is er ook het proefproject om het onderwijs dat docenten verzorgen een rol te laten spelen in de bevorderingsdossiers. Door in te spelen op de EVALOP-beoordeling en door in de toekomst tijdens functioneringsgesprekken concreet te vragen in welke mate de docenten bijgeschoold zijn in het geven van onderwijs meent de opleiding de rol van het onderwijs de plaats te geven die het verdient. De commissie herhaalt haar vertrouwen in de kwaliteit van het personeel, maar stelt desalniettemin vast dat op het moment van de visitatie de controle van de opleiding op haar personeelsbeleid waar het de onderwijsverplichtingen betreft beperkt blijft. De toegekende tijd voor onderwijs komt veelal niet overeen met de werkelijke taakbelasting van de docenten.

Om haar personeel te **professionaliseren** bieden zowel de opleiding als de universiteit mogelijkheden aan de stafleden om zich bij te scholen, zowel op domeinskundig als op onderwijskundig vlak. Recent aangeworven docenten stappen in het tenure-track systeem, en worden door de opleiding verplicht om aan onderwijsprofessionalisering te doen door de cursus 'Lesgeven aan de KU Leuven' te volgen. Langer aangestelde docenten en reeds bevorderde hoogleraren worden niet verplicht om de bijscholing te volgen, maar worden wel aangemoedigd om dit te doen. In de toekomst wil de opleiding zoals eerder vermeld onderwijs een belangrijkere rol geven in bevorderingsdossiers en functioneringsgesprekken, onder andere door te werken met een onderwijsportfolio dat de docenten dienen bij te houden.

Uit de vorige visitatieronde kwam de aanbeveling voort dat het professionaliseringsaanbod verplicht mag worden, een opmerking die de opleiding opgevolgd heeft voor de nieuwe aanwervingen. De visitatiecommissie wil de aanbeveling herhalen en onderstrepen en ziet ook voor de reeds bevorderde hoogleraren en langer residerende docenten de meerwaarde van verdere professionalisering, in de vorm van rolspecifieke training. Zowel op domeindeskundig als onderwijskundig vlak, is het aanleren, trainen en beoordeeld worden op deze rollen volgens de commissie een cruciaal onderdeel van een personeelsbeleid. De commissie is verder ook van oordeel dat op basis van de grote rol die de coördinatoren van opleidingsonderdelen spelen en de grote verantwoordelijkheid die ze hebben naar het didactische team en de studenten een onderwijskundige vorming essentieel is. Voor de begeleiding van de stage rekent de opleiding op de stagebegeleiders, die niet betaald worden door de opleiding maar wel getraind worden. Jaarlijks wordt er een terugkomdag georganiseerd met een bijkomende training, onder andere in het geven van feedback. Bijkomend is er ook elk jaar een opleidingsmodule en wordt er in de regio zelf ook een training georganiseerd.

Docenten worden opgevolgd door de POC in Leuven en het OMT in Kortrijk. Studenten kunnen via de EVALOP-bevragingen opleidingsonderdelen **evalueren**. Indien er problemen vastgesteld worden grijpt de POC in en worden er stappen ondernomen om de situatie te corrigeren. De commissie stelt dat het EVALOP-systeem functioneel is, maar dat de responsgraad eerder laag is en dat er lange tussenpozen zijn tussen de evaluatiemomenten. De commissie stelt dat de opleiding nog inspanningen kan leveren om de responsgraad te verhogen en om frequenter te evalueren.

De **voorzieningen** waar de opleiding over beschikt zijn volgens de commissie van een hoog niveau. Er is in Leuven een modern uitgewerkte Biomedische bibliotheek met elektronische toegang voor studenten, terwijl er in Kortrijk een degelijke centrale campusbibliotheek is. Studenten uit Kortrijk hebben een vlotte toegang tot de Leuvense collectie. Op de beide campussen trof de commissie goed uitgewerkte studieruimtes aan. In Leuven is er een modern vaardigheidscentrum uitgebouwd met opname-mogelijkheden, maar de commissie trof er echter geen interactieve simulatiemodellen aan die feedback op de reanimatie mogelijk maken. In Kortrijk bestaat het vaardigheidscentrum uit een ruimte voor het oefenen van instrumenteel-technische vaardigheden, een zaal met ziekenhuisbedden en een vergaderlokaal. De onderwijslokalen en auditoria zijn volgens de commissie op beide locaties voldoende. Studenten geven aan dat ze in Leu-

ven niet de mogelijkheid hebben om zelf hun vaardigheden te oefenen in het vaardigheidscentrum. De opleiding stelt dat er wel degelijk momenten ingelast worden waar studenten zelf kunnen komen oefenen en feedback krijgen. Om redenen die voor de opleiding nog niet duidelijk zijn maken studenten hier onvoldoende gebruik van. De visitatiecommissie stelt dat de opleiding dit verder kan stimuleren door het oefenen te laten opnemen in het portfolio. Bij de bezoeken aan de klinische afdelingen van het academisch ziekenhuis in Leuven bleek de commissie dat de voorzieningen voor het klinische onderwijs voor de studenten goed zijn. Studenten hebben op de afdeling een adequate werkplek met directe elektronische ingang in internationale databanken, studenten maken kennis met het elektronisch patiënten dossier en met geavanceerde vormen van medicatiebewaking.

De opleiding biedt zowel in Leuven als in Kortrijk voor het dagonderwijs een veilige leeromgeving aan de studenten, met de mogelijkheid om te leren en ondersteund te worden tijdens dit leren. De rechten en plichten van de student staan in het Onderwijs- en Examenreglement, een document waar studenten van op de hoogte gebracht worden bij het begin van de opleiding. In Kortrijk worden studenten die onder 60% scoren actief benaderd en uitgenodigd voor een gesprek, maar ze zijn niet verplicht om hier op te reageren. De opleiding zet er op de campus sterk op in dat studenten gewoon snel kunnen binnenlopen bij een begeleider indien er problemen zijn. De studie- en studietrajectbegeleiders hebben ook frequent contact met de docenten, die eventuele gedetecteerde problemen kunnen melden. Voor psychologische problemen, zoals stress, faalangst, burn-out kunnen de studenten op beide campussen terecht bij centraal georganiseerde begeleiding. Ook in Leuven, waar een veel grotere groep studenten is, ontvangen studenten een e-mail met een uitnodiging voor een gesprek en het eventuele invullen van een studievaardigheden vragenlijst. Studenten kunnen een afspraak maken met het monitoraat, wat traditioneel gebeurt na de examens in januari in het eerste jaar. De opleiding voorziet individuele begeleiding, met een grotere monitoring in het eerste jaar en een graduele afbouw. Tijdens de stage in de master kunnen studenten terecht bij de vertrouwenspersonen van de Stagewerkgroep indien ze zich onheus bejegend voelen op stage of problemen willen melden.

Studenten **participeren** aan het onderwijs via verschillende commissies. Medica, de studentenkring van studenten geneeskunde en biomedische wetenschappen, heeft een werkgroep onderwijs die een direct aanspreekpunt is en open staat voor alle studenten met opmerkingen. Per jaar worden jaarverantwoordelijken aangesteld, bij wie studenten problemen kunnen

signaleren. Medica heeft een onderwijscoördinator en heeft ook studenten die zetelen in de POC van de opleiding. Ook in Kortrijk hebben de studenten inspraak. In het kader van de hervorming van het zevenjarig naar het zesjarig curriculum werden focusgesprekken georganiseerd waarin studenten hun opmerkingen in konden geven. Er zijn studenten die optreden als jaarverantwoordelijke per jaar en een OC-verantwoordelijke, die zetelt in de opleidingscommissie. Deze verantwoordelijken zijn het aanspreekpunt voor hun medestudenten indien zij vragen of opmerkingen hebben.

De commissie merkt op dat de opleiding aan de slag ging met de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie, maar dat er voor sommige aandachtspunten slechts recent verbeteracties ondernomen zijn. De centrale sturing door de POC en de didactische teams waar de vorige visitatiecommissie op aanstuurde is merkbaar in de eerste stappen die genomen zijn, maar de autonomie van de docent staat nog altijd centraal en de door de POC voorgestelde hervormingen worden traag uitgerold. De commissie vraagt om hier nog meer op in te zetten. De aanbeveling om de basiswetenschappen af te slanken en ruimte te laten voor de andere domeinen is opgevolgd en de commissie stelt dat de voorgestelde opleidingslijnen herkenbaarder zijn dan vroeger wat het curriculum betreft. Het overwicht van de hoorcolleges met encyclopedische kennisoverdracht is nog steeds de dominante onderwijsvorm wat het merendeel van de opleidingsonderdelen betreft. De commissie moedigt het sturen van de zelfstudie met activerende onderwijsvormen aan. Het organiseren van regelmatige objectieve evaluaties gebeurt via het EVALOP-systeem en is volgens de commissie functioneel uitgewerkt. De opleiding kan dit nog verbeteren door de responsgraad te verhogen en de evaluatie frequenter in te plannen. Door te werken met een PDCA-cyclus kan de opleiding volgens de commissie een uitgewerkt implementatieplan formuleren, waarin een belangrijke check op de uitvoering van de plannen kan gebeuren.

Concluderend stelt de commissie dat de goed uitgewerkte leerresultaten met een moderne ambitie voornamelijk in Leuven traditioneel vertaald zijn naar het curriculum, met aandacht voor theoretische diepgang. De nadrukkelijke focus op de rol van medisch deskundige in de bacheloropleiding te Leuven overschaduwde die van samenwerker, communicator en manager. Op basis van evidence in de bestaande literatuur adviseert de commissie om het traditionele hoorcollege met reproductie van overal bekende kennis tot een minimum te beperken en hoorcolleges structureel te laten geven met een interactieve component, waar mogelijk ondersteund door digitale leermiddelen.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De opleidingsverantwoordelijken stellen dat de visie op toetsing van de opleiding geneeskunde over de jaren heen drastisch veranderd is, veranderingen die ervoor zorgen dat toetsvormen meer gediversifieerd dienen te worden. In het kader van deze wijzigingen wil de opleiding investeren in het inpassen van de geschikte examenvormen in functie van de leerresultaten. De faculteit heeft volgens de commissie een mooie nota rond **toetsbeleid** uitgewerkt, met een aantal weldoordachte voorstellen om die aanpassingen door te voeren. In het toetsplan worden duidelijke afspraken voorgesteld om de kwaliteit van toetsing, zowel formatief als summatief, te bewaken en te verbeteren. Om te toetsen of de studenten de beoogde leerresultaten behaald hebben heeft de opleiding voor de verschillende opleidingslijnen diverse evaluatievormen ingericht. De opleiding zet in op een afwisseling van summatieve en formatieve toetsing, waarbij de summatieve toetsing in elke fase twee keer per jaar georganiseerd wordt op het einde van een semester. De formatieve toetsing gebeurt doorheen het jaar in de vorm van profexamens, tellen niet mee in het eindresultaat en zijn grotendeels vrijblijvend. Deze indeling van het academiejaar is niet de expliciete keuze van de opleiding, maar het gevolg van een universitaire beslissing waar ze niet omheen kan. De commissie stelt vast dat door dit systeem studenten leren voor de toetsen, wat leidt tot een zeer discontinue manier van leren.

De voorstellen kunnen volgens de commissie leiden tot een uitstekend **toetsprogramma**, maar het tempo waarmee het toetsplan momenteel uitgerold wordt is eerder traag en de keuzes die gemaakt worden liggen niet in lijn met de ambitie. De keuze om voor de verschillende opleidingslijnen diverse evaluatievormen in te richten staat haaks op de ambitie om de evaluatievormen af te stemmen op de leerresultaten en is volgens de commissie een gevolg van het implementatieprobleem van de CanMEDS-rollen en het competentiegericht denken in het curriculum. De commissie constateert dat voor de bachelor niet alle rollen overtuigend getoetst worden, een punt waar met de uitrol van het nieuwe toetsplan verandering in dient te komen. De commissie stelt vast dat er eind 2013 opleidingsspecifieke aanvullingen gebeurd zijn op het toetsbeleid en dat er ten tijde van het bezoek met twee opleidingsonderdelen voorzichtig geëxperimenteerd wordt. De opleiding beschikt nog niet over een universele toetsmatrijs om die afstemming tussen leerdoelen en evaluatievormen te garanderen.

De opleidingslijn 'Kennis en grondslagen van de geneeskunde' wordt door de sterke kennisgerichtheid van de leerstof in de **bachelor** voornamelijk geëvalueerd aan de hand van schriftelijke gesloten boek examens, met in de latere bachelorfasen een evolutie richting meerkeuzevragen en gemengde (open) vragen. In de opleidingslijnen Wetenschappelijke Vorming en Arts in de Samenleving wordt kennis eveneens getoetst via schriftelijke meerkeuzevragen, terwijl er voor het achterhalen van de redeneerprocessen van de studenten gewerkt wordt met open vragen. De commissie stelt vast dat de toetsing in deze opleidingslijnen voornamelijk gebaseerd is op de organisatie van het onderwijsproces eerder dan op de geformuleerde leerresultaten. De toetsvormen zijn traditioneel en gefocust op het toetsen van de mate waarin de studenten kennis verworven hebben, eerder dan een evaluatie van de mate waarin de studenten de nagestreefde competenties behaald hebben. Docenten hebben volgens de commissie nog steeds de vrijheid om zelf hun toetsing te bepalen, waardoor een echte koppeling tussen de beoogde leerdoelen en het toetsprogramma over die leerdoelen heen in de vorm van een blauwdruk ontbreekt. In de **master** wordt een mengvorm gehanteerd van schriftelijke en mondelinge examens met meerdere vraagtypes, om ook de redeneerprocessen van de studenten in kaart te brengen, maar hier treden dezelfde problemen op die de commissie in de bachelor vastgesteld heeft.

De commissie raadt de opleiding aan om voluit te kiezen voor een evaluatie van de competenties, zoals ze ook nastreeft met haar beoogde leerresultaten. Docenten, die een grote keuzevrijheid hebben in heel wat opleidingsonderdelen, kiezen immers vaak voor een traditionele aanpak. Het concept *assessment for learning* is volgens de commissie bijvoorbeeld nog niet voldoende uitgewerkt en indien het aanwezig is vaak nog te vrijblijvend in de vorm van proefexamens. Ondanks een aanbeveling van de vorige visitatiecommissie om het aantal mondelinge examens terug te dringen wordt nog altijd frequent gekozen voor deze vorm van examineren. De opleiding stelt dat de combinatie van een mondeling en een schriftelijk examen de docenten de mogelijkheid biedt om te toetsen of de studenten ook écht begrijpen wat ze neergeschreven hebben. Een mondeling examen biedt studenten de mogelijkheid om hun redeneerproces toe te lichten en eventueel te corrigeren indien dat nodig is. De commissie stelt dat mondelinge examens een onbetrouwbare evaluatievorm zijn voor kennistoetsing.

De bachelorfasen op de twee locaties zijn gelijkaardig georganiseerd en streven dezelfde leerresultaten na. De commissie acht het in dat oogpunt wenselijk dat de toetsen in KU Leuven en Kulak **identiek** zijn en op het-

zelfde tijdstip georganiseerd worden. De vertaling van de leerdoelen naar de onderwijsprogramma's kan volgens de commissie ook door het grote verschil in aantal studenten differentiëren, maar het ligt voor de hand volgens de commissie dat op beide plaatsen dezelfde instrumenten gebruikt worden voor de toetsing van de leerresultaten. Dit zou overigens een efficiëntiewinst betekenen voor docenten, doordat ze geen dubbele examens dienen op te stellen en expliciet moeten pendelen voor het afnemen van een examen.

In het kader van het toetsbeleid worden initiatieven rond **kwaliteitsbewaking** geëxpliciteerd en geüniformiseerd om de validiteit, betrouwbaarheid en de transparantie van de toetsing te bewaken. De organisatie van de toetsing gebeurt transparant naar studenten toe, die op de hoogte gebracht worden via de ECTS-fiches en in de lessen. De uitgebreide cursussen geven studenten een zekere garantie dat wat ze op papier krijgen ook op het examen zal komen. Studenten geven aan graag afgelijnd te zien wat ze moeten kennen, iets waar de opleiding grotendeels op in gaat. De commissie stelt dat dit haaks staat op het principe van de leerdoelen. Ze raadt de opleiding dan ook aan om in het kader van transparantie in te zetten op een heldere communicatie van de welomlijnde leerdoelen naar de studenten toe. De opleiding geeft in haar zelfevaluatie-rapport aan dat de kwaliteitsbewaking voornamelijk ad hoc en reactief gebeurt en dat de POC hierin een meer sturende rol kan aannemen, een opmerking die ze ook in haar toetsbeleid opgenomen heeft. De commissie kon vaststellen dat de POC multiple choice examens nadien psychometrisch laat analyseren, en daarbij significante afwijkingen kan detecteren en remediëren. De controle en sturing van de opleidingscommissie is aanwezig bij de stationsproeven, maar verder speelt de POC voornamelijk een probleemoplossende rol. De grote graad van autonomie bij docenten bestaat nog steeds en zorgt voor een eerder zwakke centrale sturing. De commissie stelt dat een redactie en analyse van de vragen voorafgaand aan het examen een sterkere garantie biedt om de validiteit en betrouwbaarheid van de toetsing te garanderen.

Op het einde van de bachelorfase is er op dit moment geen assessment van het eindniveau. In de toekomst heeft de opleiding de ambitie een 'kleine stationsproef' te organiseren, die op een gestandaardiseerde manier de verworven vaardigheden van de hele bachelorfase toetst. In het kader van deze stationsproef moeten de studenten een aantal opdrachten uitvoeren, die genoteerd worden in een portfolio. Studenten zullen ook een bachelorpaper moeten indienen, op basis van een keuzeonderwerp, waar ze in de voorgaande bachelorfasen op voorbereid zullen worden. De **masterproef** is

geen specifiek eindproduct, maar bestaat uit drie onderdelen: het geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren, het probleemoplossend klinisch redeneren en de masterpaper. Het eerste onderdeel wordt behandeld in de **stationsproef**, die opgesplitst wordt in een deel opdrachten voor de stage en een deel opdrachten na de **stage**. Vroeger bestond de stationsproef uit een circuit van 22 opdrachten of stations, maar na het uitlichten van de schriftelijke proeven zijn er nu 7 stations voor de stage en 16 stations na de stage. Deze opdrachten focussen op het manuele en het communicatieve en worden gevalideerd door een groep van docenten die optreden als peers om de opdrachten bij te sturen waar nodig. Elke opdracht moet binnen een bepaalde tijd door de student worden uitgevoerd en wordt beoordeeld door een observator aan de hand van een scoreformulier. Via deze stationsproef wil de opleiding verschillende rollen toetsen, waaronder medisch deskundige, communicator, manager, professional en gezondheidsbevorderaar. De tweedimensionale blauwdruk die de opleiding hanteert om de stationsproef te evalueren geeft hier volgens de commissie echter geen blijk van, aangezien er van de CanMEDS-rollen geen sprake is. De commissie stelt dat de technische aanpak van de stationsproef uitstekend is, maar dat de *alignment* op de eigen doelstellingen in de blauwdruk alvast beter kan.

Deze toetsen zijn in opzet competentiegeoriënteerd en hebben een duidelijk positieve invloed op het leren van de student, maar dit leereffect kan volgens de commissie versterkt worden door de positionering van de stationsproef te optimaliseren door het in meerdere plaatsen in het curriculum aan te bieden. Idealiter worden de stationsproeven voornamelijk georganiseerd voor de studenten op stage vertrekken. De commissie merkt verder op dat er ruimte is voor het implementeren van feedback en formatieve toetsing in de stationsproef om het leren beter te sturen. Op deze manier krijgt de stationsproef een longitudinale invulling. De evolutie van de student in de rol van 'professional' wordt momenteel voornamelijk opgevolgd in het portfolio, maar is volgens de commissie in het bijzonder in de bachelor te beperkt. Het **probleemoplossend klinisch redeneren** wordt behandeld in het POKR-examen, dat bestaat uit 120 casusgebaseerde klassieke meerkeuzevragen met een wisselend aantal antwoordopties en met betrekking op verschillende disciplines. De nadruk ligt hier voornamelijk op de rollen van medisch deskundige en wetenschapper. De commissie stelt dat de eindtoetsen in bachelor en master, voornamelijk de stationsproeven en het POKR-examen, technisch goed ontwikkeld zijn en voldoen aan de eisen rond betrouwbaarheid en validiteit. De **masterpaper** tenslotte, het laatste onderdeel van de masterproef, wordt door minstens twee stafleden beoordeeld en evalueert voornamelijk de rollen van wetenschap-

per en communicator. Studenten krijgen de kans om een mondelinge presentatie te geven van hun masterpaper. De eisen die de opleiding qua tijdsinvestering stelt in de masterpaper is met 5 ECTS volgens de commissie te weinig. Zoals reeds in GKW 2 besproken zorgt het niet fulltime vrijroosteren van de studenten om aan de paper te werken ervoor dat het er voor de studenten uit de afstudeerrichting prespecialisatie alvast gewoon bovenop komt. De visitatiecommissie heeft de papers overigens ontvangen vol met aantekeningen, waardoor het initieel niet altijd duidelijk was of het nu een finale versie betrof of niet. Op basis van de gesprekken werd duidelijk dat een aantal eindwerken voorbereid werden om gepubliceerd te worden. De commissie heeft echter haar bedenkingen bij de wijze waarop de papers bewaard worden door de opleiding. Ze wenst aan te bevelen om de papers beter te archiveren.

De wetenschappelijke papers die tijdens het visitatiebezoek bekeken werden voor de **afstudeerrichting prespecialisatie** zijn volgens de commissie van een voldoende niveau voor wat verwacht wordt door de opleiding, maar het geringe aantal studiepunten (5 ECTS) die de opleiding voorziet lijkt te weinig om hoogstaande kwaliteit in de papers te garanderen. Een aantal eindwerken waren ondanks de beperkingen weliswaar van een hoog niveau. In de **afstudeerrichting huisartsgeneeskunde** mogen studenten gemeenschappelijk werken aan een bepaalde paper. Daardoor was het volgens de commissie niet mogelijk om de individuele bijdrage van de student aan de paper vast te stellen. Studenten hebben frequent contact met de promotor, maar het lijkt de commissie moeilijk om te beoordelen of ieder van de auteurs heeft voldaan aan de beoogde leerresultaten in OLR 25. De commissie beveelt de opleiding ten sterkste aan om de papers als individuele werken te organiseren en beoordelen. De commissie heeft tijdens de gesprekken met het management en met de verantwoordelijken ook vastgesteld dat de opleiding op zeer korte termijn aan de aanbeveling tegemoet wil komen. Voor de **afstudeerrichting wetenschappelijk onderzoek** kon de commissie geen masterpapers bekijken, wegens het ontbreken van studenten.

De **stage**, als fundamenteel onderdeel van het vaardigheidsonderwijs, wordt in de **bachelor** geëvalueerd door de begeleidende verpleegkundige, waarna de feedback besproken wordt met de student. Tot 2013–2014 gebeurde de feedback hierover in Kulak collectief, maar er is overgeschakeld op een individuele evaluatie. De verpleegstage is voor de opleiding zeker in de eerste fase een belangrijk signaalmoment, waarop men studenten die problemen ondervinden er uit kan pikken en hen motiveren of heroriënteren indien dit nodig is.

In de **master** wordt de stagiair geëvalueerd aan de hand van verschillende evaluatievormen, waar de beoordelingen na de stages door de stagecoördinatoren het belangrijkste element in zijn. Studenten worden verder opgevolgd tijdens de terugkomdagen en de eerder vermelde stationsproeven en masterpaper. Het derde jaar van de masterfase bestaat uit twaalf maanden stage, waarin studenten om de drie maand roteren van specialisatie. Het stagejaar is goed georganiseerd en zorgt voor tevredenheid bij studenten en stagebegeleiders. De commissie kon vaststellen dat de feedbackcyclus er is met een duidelijke continuïteit over de stageplekken heen, maar dat de kwaliteit ervan eerder laag is en sterk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Studenten geven aan dat ze pas laat leren hoe ze moeten omgaan met feedback, wat volgens de commissie vroeger in het curriculum aan bod mag komen. Alles wordt opgevolgd in de zogenaamde stagemap, een instrument waarin het 'bewijs' van de stage verzameld wordt en waar studenten hun leerproces doorheen het stagejaar en de stationsproef in documenteren. De commissie stelt dat de stagemap als portfolio eerder een verzameling van losse documenten is dan een samenhangend geheel. Een beter uitgewerkte stagemap zorgt ervoor dat de opleiding de rol van professional doorheen het leerproces van de student beter kan opvolgen en dat de kwaliteit van de feedback verhoogd kan worden.

Studenten uit de vierde masterfase nemen vrijwillig deel aan een internationaal benchmark examen van de National Board of Examiners (IFOM). Het **werkveld** is positief over de studenten die ze binnenkrijgen. De verpleegstage die studenten volgen is een absolute meerwaarde: er wordt gewerkt aan zelfreflectie en feedback en studenten leren omgaan met steriel en protectief werken in een klinische setting. Studenten uit Leuven worden gewaardeerd voor hun kritisch vermogen op academisch niveau binnen de grenzen van het vak. De commissie kon niet spreken met afgestudeerden uit de **afstudeerrichting wetenschappelijk onderzoek**, wegens het ontbreken van studenten.

Uit de tabellen in bijlage bij het zelfevaluatierapport blijkt het diplomarendement van de bacheloropleiding te Leuven 92,8% te zijn en 93% te Kortrijk. Het diplomarendement van de masteropleiding lag in 2011-2012 op 97,4%. De kwaliteit van de afgestudeerden en het rendement van de opleiding zijn hoog. De Leuvense studenten worden goed opgeleid wat de basale kennis en EBM betreft, maar de ontwikkeling van de competentierollen is nog niet optimaal.

De commissie stelt vast dat de opleiding een hoog numeriek rendement bereikt met haar studenten. Het toetsbeleid van de opleiding is volgens de commissie veelbelovend, maar dient sneller uitgerold te worden en gepaard te gaan met een betere *alignment* tussen de beoogde eindresultaten en de evaluatievormen. De stationsproeven en het POKR-examen zijn geïntegreerde toetsen die technisch zeer sterk uitgebouwd zijn en mits een betere positionering in het curriculum nog een groter leerresultaat kunnen bereiken.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Bachelor

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Master

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Master in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Besteed meer aandacht aan het draagvlak van de visie bij docenten en studenten en werk deze verder uit in het programma.
- Zorg voor meer centrale sturing in het programma, in het bijzonder op vlak van les- en examenvormen. Werk de didactische teams verder uit en ondersteun hen.
- Kies voor het aanleren van de basis instrumenteel-technische handelingen volgens het just-in-time principe, waarbij studenten vaardigheden aangeleerd krijgen wanneer ze deze nodig hebben.
- Spendeer meer studiepunten aan de masterpaper en voorzie meer tijd in het rooster om aan de paper te werken.
- Werk een beter archiveringsbeleid uit voor de masterpapers.
- Voer het verdiepingsopleidingsonderdeel rond consult- en communicatievaardigheden ook in de afstudeerrichting prespecialisatie.
- Kies expliciet voor het leren in de context door studenten vroeger in contact te brengen met patiënten. Koppel dit contact met patiënten ook aan het theoretisch onderwijs.
- Structureer de feedback en supervisie op de stage wat beter, door meer gebruik te maken van een longitudinaal portfolio en door stagebegeleiders en studenten meer te trainen in het geven en verkrijgen van feedback.
- Zorg dat studenten in staat zijn om binnen de wettelijke termijn van 48u de leerdoelen te halen en zorg ervoor dat geen enkele studenten nadeel ondervindt van het niet tekenen van de vrijwillige opt-out.
- Heroverweeg de afstudeerrichting maatschappelijke gezondheidszorg. Overleg met de overige Vlaamse universiteiten die de afstudeerrichting aanbieden en overweeg een interuniversitaire master in te richten.
- Heroverweeg de afstudeerrichting wetenschappelijk onderzoek.
- Zorg ervoor dat studenten niet te snel focussen op één discipline en vermijd dat ze in een bepaalde richting geduwd worden.
- Beperk het aantal traditionele hoorcolleges en kies voor moderne vormen van onderwijs met een actievere rol voor studenten. Maak de omschakeling naar het studentgecentreerd leerproces ook op vlak van het lesmateriaal, door af te stappen van *authority based* blokboeken. Stimuleer studenten om verder te kijken dan het aangereikte leermateriaal.

- Laat ruimte om in Kortrijk te experimenteren met onderwijsmethoden, die indien succesvol ingezet kunnen worden in Leuven.
- Beperk het aantal kleine aanstellingen voor onderwijs, gezien het risico dat dit meedraagt voor de samenhang en afstemming binnen de opleiding.
- Verplicht het professionaliseringsaanbod voor alle docenten, niet enkel voor nieuwe docenten. Zet hierbij in op rolspecifieke training, waarbij docenten zowel op domeindeskundig als onderwijskundig vlak dienen aan te tonen of ze bepaalde rollen beheersen.
- Geef studenten in Leuven de mogelijkheid om zelf hun vaardigheden te oefenen in het vaardigheidscentrum.
- Werk een implementatieplan uit voor het opvolgen van aanbevelingen en werk hierbij met een PDCA-cyclus, zodat er telkens een check kan gebeuren.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Overweeg om een alternatief te kiezen voor het semestersysteem, om te vermijden dat studenten enkel studeren voor de toetsen en op die manier discontinu leren.
- Kies voluit voor een evaluatie van de competenties, zoals nagestreefd met de beoogde leerresultaten. Werk hierbij ook het concept *assessment for learning* verder uit. Focus op meer longitudinale toetsing en verminder de nadruk op de *high stakes* eindexamens.
- Bring het aantal mondelinge examens terug, zoals aanbevolen door de vorige visitatiecommissie. Mondelinge examens zijn een onbetrouwbare evaluatievorm voor kennistoetsing.
- Maak de toetsen voor de opleiding te Leuven en Kortrijk identiek en neem ze af op hetzelfde moment, naar analogie met de gelijke leerresultaten die nagestreefd worden. Op die manier kan de opleiding de impact van het onderwijsproces beter inschatten.
- Organiseer dringend de masterpapers in alle afstudeerrichtingen als individuele werken die ook individueel beoordeeld worden.
- Bouw het portfolio verder uit, met meer aandacht voor feedback en persoonlijke reflectie. Schakel het portfolio in als instrument voor die reflectie en geef de CanMEDS-rollen hier een plaats in.

UNIVERSITEIT ANTWERPEN

Geneeskunde

SAMENVATTING

Bachelor in de Geneeskunde

Op 16, 17 en 18 december 2013 werd de opleiding Bachelor in de Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen, in het kader van een onderwijsvisiteatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt aan de Universiteit Antwerpen aangeboden in de Faculteit GGW op de Campus Drie Eiken.

De Universiteit Antwerpen werkt met een visie op onderwijs waarmee gestreefd wordt naar competentiegericht, studentgecentreerd, activerend, internationaal en op academisch onderzoek gebaseerd onderwijs. De opleiding heeft geïnvesteerd in een vertaling van de internationaal gehanteerde CanMEDS-rollen naar werkbare instrumenten. In de CanMEDS Competence Based Inventory krijgen de rollen medical expert, communicator, collaborator, scholar, professional, manager & health advocate een eigen invulling door de opleiding.

Het opleidingsteam heeft de ambitie basisartsen te vormen die in staat zijn eender welke vervolgopleiding aan te vatten. Om dit te realiseren maken ze reeds in de bachelor een aantal specifieke keuzes in de vertaling van de CanMEDS-rollen. Met een lijst van 120 breed gedefinieerde klinische ziektebeelden biedt de opleiding een leidraad aan voor de docenten. De integratie van vaardigheden, kennis en gedrag staat centraal.

In het academiejaar 2012–2013 waren 361 studenten ingeschreven in de opleiding Bachelor in de Geneeskunde.

Programma

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde bestaat uit 180 studiepunten die verspreid over drie opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten aangeboden wordt aan de studenten.

De faculteit heeft zich aangesloten bij de onderwijsvisie van de Universiteit Antwerpen, en kiest voor studentgecentreerd, integrerend en competentiegericht onderwijs. De opleiding heeft de stap gezet richting de integratie van de CanMEDS-rollen en het competentiegericht onderwijs, maar moet dit vooral in de bachelor nog verder uitwerken. Er wordt gekozen voor onderwijs in een systeem van modules, wat betekent dat studenten een aantal weken met een bepaald opleidingsonderdeel bezig zijn in het onderwijs, waarna een nieuw opleidingsonderdeel aan bod komt. De opleiding werkt met twee ‘doorgangen’: het materiaal dat in de eerste doorgang – de bachelorfase aan bod komt – keert later in complexere vorm terug.

De bacheloropleiding bouwt op een aantal leerlijnen, waarin een aantal rollen uit de CCBI aan bod komen. De grootste lijn is de **Kennislijn**, die sterk de nadruk legt op de rol van medical expert. De fundamenteën van de medische kennis wordt in deze lijn gelegd, met een integratie van de basiswetenschappen (zoals fysica en chemie) met de medische wetenschap. In een aantal modules worden studenten reeds met patiënten geconfronteerd, maar het blijft verder vooral beperkt tot papieren casussen. De patiënt kan prominenter naar voor komen in het theoretisch onderwijs. De technische en communicatieve vaardigheden worden aangeleerd in de **Klinische lijn**. Via een verpleegstage in het eerste jaar krijgen studenten een aantal vaardigheden aangeleerd. In de latere fasen wordt het vaardighedenonderwijs gekoppeld aan de module. Naast de aandacht voor technische vaardigheden wil de opleiding ook inzetten op de communicatie tussen arts en patiënt, het omgaan met emoties en dergelijke meer.

In de **Wetenschappelijke lijn** leren studenten informatie verwerven en verwerken, informatie filteren en de nodige gegevensbanken gebruiken. De aandacht voor de wetenschappelijke methodologie staat centraal en studenten maken kennis met de verschillende kennischolen. Er zijn weinig contacturen voorzien voor de wetenschappelijke lijn, maar het onderwijs volgt een duidelijk patroon. De omgevings- en maatschappijfactoren komen aan bod in de **Arts & maatschappijlijn**, waar de begrippen gezondheid, ziektebeleving en ziektegedrag beschouwd worden vanuit een sociale en psychologische invalshoek. Een sterk punt uit deze lijn is de manier waarop de verslavingsthematiek geïntroduceerd wordt aan de studenten door een ervaringsdeskundige en de betrokkenheid van studenten via het stellen van vragen en sitebezoeken.

Tot slot is er de **integratielijn**, die in het academiejaar 2012–2013 ingevoerd werd, met als doelstelling studenten te stimuleren de kennis uit de verschillende modules te integreren met de rollen en competenties uit de CCBI. In integratieweken worden studenten op verschillende manier getoetst op hun parate kennis en krijgen ze probleemstellingen voorgeschoteld die ze met hun combinatie van kennis, vaardigheden en attitudes dienen aan te pakken. De integratielijn biedt de mogelijkheid om de evolutie in complexiteit en het multidisciplinair onderwijs zichtbaar te maken, een mogelijkheid die de opleiding ten volle moet benutten.

Voor de verschillende modules zijn draaiboeken uitgewerkt die **studiewijzers** genoemd worden. In deze studiewijzers worden de verschillende leerdoelen voor de module uitgewerkt, hoe de student geëvalueerd wordt, welk leermateriaal gebruikt wordt en dergelijke meer. Er wordt frequent gebruik gemaakt van internationale literatuur, maar de opleiding moet nog inspanningen leveren om het aantal traditionele *homemade* cursussen te verminderen. De contacturen tussen docent en student in de bachelor is beperkt tot 20u per week, na klachten van de studenten dat ze teveel tijd op campus moesten doorbrengen. De opleiding voorziet meer ruimte voor zelfstudie en heeft geschrapt in het aantal hoorcolleges. In de voorziene 20u zijn naast de hoorcolleges ook responsiecolleges en vaardigheidstrainingen terug te vinden, maar met ongeveer 15u zijn de traditionele hoorcolleges nog steeds te dominant.

De opleiding wil veel aandacht besteden aan haar **internationale dimensie**. Antwerpen is een multiculturele stad waar patiënten deel uit maken van verschillende cultuurgemeenschap. De faculteit heeft een internationaal netwerk uitgewerkt waar studenten gebruik van kunnen maken via

een Erasmusproject of voor een buitenlandse stage. Meer dan 50% van de studenten maakt hier volgens de opleiding gebruik van. De faculteit neemt ook actief deel aan verschillende internationale samenwerkingsprojecten. In de bachelor is Erasmus niet mogelijk, maar studenten krijgen artikels doorgestuurd, er worden informatiebrochures gegeven en infoavonden georganiseerd.

Beoordeling en toetsing

De beoordeling van de studenten staat beschreven in het Onderwijs- en examenreglement en in de studiewijzers die de studenten per opleidingsmodule ontvangen. Het modulair systeem leent zichzelf tot een frequentere toetsing, maar de opleiding maakt hier geen gebruik van en kiest voor een examinering op het einde van elk semester.

De keuze voor de inhoud en vorm van de examens ligt bij de individuele docent, maar de opleiding geeft wel een aantal richtlijnen mee, afhankelijk van de verschillende fasen van de opleiding. Voor de bachelor wordt voornamelijk gekozen voor 'klassieke evaluatievormen', in de vorm van schriftelijke examens. Het aantal mondelinge examens in de bachelor is beperkt. De nadruk ligt ook op eindtoetsing op hete inde van de Kennislijn, de Klinische lijn en de Wetenschappelijke lijn, via respectievelijk een parate kennistoets, een stationsproef en een individuele opdracht. De tussentijdse en formatieve toetsing, het doorlopend toetsen en gebruiken van feedback, kan frequenter aangeboden worden.

Begeleiding en ondersteuning

De **voorzieningen** van de opleiding zijn van een voldoende niveau. De auditoria en leslokalen zijn uitgerust met adequate middelen, maar zijn wel verspreid over meerdere locaties. Het studielandschap is beperkt tot drie lokalen met PC voorzieningen, wat gering is in verhouding met het aantal studenten. De faculteit bouwt nieuwe onderwijsgebouwen die vanaf 2015–2016 in gebruik genomen kunnen worden om de toenemende studentaantallen te blijven ondersteunen. Op de campus is een goed uitgerust bibliotheek voorzien, en studenten hebben volop de mogelijkheid om zelf via elektronische weg de nodige informatie op te vragen. De dissectiezaal en het vaardigheden lokaal zijn eveneens goed uitgerust. De opleiding maakt gebruik van de elektronische leeromgeving Blackboard, maar studenten geven aan dat de intensiteit van het gebruik afhangt van docent tot docent, en dat niet alle documenten altijd up to date zijn. De leeromgeving

wordt hoofdzakelijk gebruikt als een informatie- en distributieplatform, maar de mogelijkheden die het biedt voor e-learning kunnen beter benut worden.

Om een veilige leeromgeving te scheppen voor de studenten zijn verschillende kanalen opgezet waar studenten terecht kunnen met hun problemen. De studietrajectbegeleiders zijn het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt voor de studenten, die zowel op uitnodiging als op eigen initiatief kunnen langskomen. De begeleiders volgen de studenten op en vragen actief hoe ze geholpen kunnen worden. De Universiteit Antwerpen heeft ook centrale diensten als referentiepunt voor psychosociale problemen als faalangst of problemen met studieplanning. Er zijn uitgewerkte protocollen rond dyslexie en andere functiebeperkingen. De studieadviseurs tot slot geven advies en begeleiding bij studieproblemen, maar ook advies bij studiekeuze en eventuele heroriëntering, als studenten van opleiding willen veranderen binnen de instelling.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement per instromende cohorte ligt hoog. Van de cohorte studenten die in 2007–2008 gestart is met de opleiding behaalde 93% van de studenten het diploma binnen de reguliere tijdsduur van vier jaar, terwijl dat voor de studenten uit 2008–2009 94% bedraagt. Er is geen systematische internationale benchmarking van de studenten via internationale examens als USMLE, IFOM, EBME of de Nederlandse voortgangstoets.

De vertegenwoordigers van het werkveld geven aan dat ze globaal gezien tevreden zijn over de kwaliteit van de studenten. Tijdens de gesprekken merken ze op dat de brede vorming en goede praktische basis het makkelijk maakt om op verder te bouwen in de latere opleidingen. Studenten uit Antwerpen zijn goed voorbereid, leergierig en proactief. Het nemen van initiatief is hen niet vreemd, wat volgens de vertegenwoordigers van het werkveld samen met de communicatieve vaardigheden het sterkste punt van de Antwerpse afgestudeerden is.

SAMENVATTING

Master in de Geneeskunde

Op 16, 17 en 18 december 2013 werd de opleiding Master in de Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen, in het kader van een onderwijsvisitatie op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De opleiding Bachelor in de Geneeskunde wordt aan de Universiteit Antwerpen aangeboden in de Faculteit GGW op de Campus Drie Eiken.

De Universiteit Antwerpen werkt met een visie op onderwijs waarmee gestreefd wordt naar competentiegericht, studentgecentreerd, activerend, internationaal en op academisch onderzoek gebaseerd onderwijs. De opleiding heeft geïnvesteerd in een vertaling van de internationaal gehanteerde CanMEDS-rollen naar werkbare instrumenten. In de master wordt met dezelfde CanMEDS Competence Based Inventory gewerkt als in de Bachelor en wordt voornamelijk bijzondere aandacht besteed aan de uitwerking van de rol collaborator.

Het opleidingsteam heeft de ambitie basisartsen te vormen die in staat zijn eender welke vervolgopleiding aan te vatten. Om dit te realiseren maken ze reeds in de bachelor een aantal specifieke keuzes in de vertaling van de CanMEDS-rollen. Met een lijst van 120 breed gedefinieerde klinische ziektebeelden biedt de opleiding een leidraad aan voor de docenten. De integratie van vaardigheden, kennis en gedrag staat centraal. De opleiding beschouwt bachelor en master als een continuum, maar heeft desalniettemin zowel voor bachelor als voor master specifieke leerresultaten en niveaubepalingen uitgewerkt.

In het academiejaar 2012–2013 waren 485 studenten ingeschreven in de opleiding Master in de Geneeskunde.

Programma

Het opleidingsprogramma Master in de Geneeskunde bestaat ten tijde van het visitatiebezoek uit 240 studiepunten, verspreid over vier opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten. De opleiding biedt drie afstudeerrichtingen aan als oriëntaties: de ziekenhuisspecialisatie, de huisartsgenees-

kunde of de sociale geneeskunde. De opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde evolueren van een zevenjarige opleiding naar een zesjarige opleiding en de oriëntaties worden in de toekomst geïntegreerd in de vervolgopleiding.

De Kennislijn, Klinische lijn, Wetenschappelijke lijn, Arts & Maatschappijlijn die starten in de bachelor komen ook in de master in de master terug in wat de opleiding de tweede doorgang noemt. De leerstof uit de bachelorfase komt complexer aan bod in de master, waarbij de ziektebeelden en de behandeling ervan terugkomen. Ook in de masterfase is de Kennislijn de meest omvangrijke lijn, waarin studenten ook een aantal eigen accenten leggen via het **keuzeonderwijs**. In de eerste twee masterfases worden 10 studiepunten uitgetrokken voor deze verdieping. De opleiding heeft drie onderdelen gedefinieerd; raakvlakken bij het bestaande curriculum, aanvullingen van het bestaande curriculum en bijkomende stages. Een belangrijk en goed uitgewerkt onderdeel van de kennislijn is het MDO, het Multidisciplinair Doorstromonderwijs. Studenten krijgen lessen rond een aantal thema's van een multidisciplinair team, met de focus op een integratie van de kennis en het ontwikkelen van de competenties in kleine groepen van 10 tot 12 studenten. Studenten waarderen de aanpak voor het MDO, dat hen in staat stelt om te beginnen met een klacht en te evolueren richting ziekte, terwijl in het regulier curriculum die logica omgedraaid wordt. Dit is volgens de studenten niet enkel beter voor de vragen op het examen, maar ook voor later op de werkvloer. De **Klinische lijn** staat ook in de master in het teken van het aanleren van de technische en communicatievaardigheden, met een herhaling, bijsturing en uitdieping van de vaardigheden.

In het begin van de eerste masterfase starten de studenten in de Wetenschappelijke lijn met het eigen onderzoek, dat deel uitmaakt van de masterproef die verdedigd dient te worden in het laatste jaar. Studenten leren zelfstandig wetenschappelijk werk uitvoeren en literatuur kritisch beoordelen. De keuze voor het onderwerp wordt gemaakt in de derde bachelorfase na een 'onderzoeksbeurs', waarop de verschillende onderwerpen gepresenteerd worden. Tijdens het stagejaar in de derde masterfase krijgen de studenten de tijd om een maand lang aan het onderzoeksproject te werken en wordt hun functioneren vastgelegd in een beoordelingsformulier. De masterproeven is geen individueel eindproduct maar een werk in duo, met voldoende mechanismen om het 'meeliften' te vermijden. Desalniettemin is een evolutie richting een individueel eindproduct wenselijk. De **Arts & maatschappijlijn** bouwt ook verder op de opgedane kennis in

de bachelorfasen en verdiept het inzicht van de studenten in het gezondheidssysteem, de bredere aspecten die de gezondheid beïnvloeden en het professioneel gedrag.

De derde masterfase staat volledig in het teken van de stage die studenten zullen afleggen. In een voorbereidingsweek krijgen de studenten uitleg over het portfolio waarmee ze aan de slag zullen gaan en een voorstelling van de opdrachten die hierin opgenomen dienen te worden. Deze introductieweek helpt om de onzekerheid die heerst bij studenten omtrent de stage weg te werken. In het zevenjarig curriculum loopt de stage over 12 maanden heen en wordt gewerkt aan de integratie van de verschillende CanMEDS-rollen. De stage is opgedeeld in drie maanden heelkunde, drie maanden interne (m.i.v. spoed), een maand pediatrie, een maand gynaecologie/verloskunde, een maand wetenschappelijke stage en twee maanden 'kleine stages'. In deze 'kleine stages' worden studenten verplicht om 14 dagen psychiatrische stage te lopen, twee maal 14 dagen om te kiezen uit NKO, oogheelkunde, dermatologie, neurologie en sociale geneeskunde. De 'kleine stages' worden afgesloten met een maand keuzestage. De opleiding wil studenten vooral het 'geraamte' laten zien van wat ze allemaal kunnen doen en hen ook voldoende ruimte geven om te kiezen. Deze keuze betekent wel dat studenten minder kans hebben om competenties te leren in de kortere stages. De feedback op stage wisselt sterk van stagebegeleider tot stagebegeleider, aangezien er geen structurele feedbackmomenten ingebouwd zijn. Via terugkomdagen en tutorgroepen, waar studenten zich op kunnen inschrijven, kunnen ze wel samenkomen om problemen te bespreken. Het portfolio wordt gebruikt om de studenten op te volgen en te zien in welke mate ze de Korte Klinische Beoordelingen of KKB's, korte opdrachten tijdens de stage, afgelegd hebben. Dit kan nog meer als feedbackinstrument gebruikt worden.

De afsluitende module voor de masteropleiding is de IPSIG-module, het Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg. Studneten volgen samen met studneten uit negen domeinen van de gezondheidszorg een hele week samen onderwijs rond samenwerken. Er zijn multidisciplinaire colleges, seminaries, groepswerken, casusbesprekingen en dergelijke meer. Telkens staat het groepsproces en de dialoog centraal. Deze multidisciplinaire groepen leren samenwerken onder begeleiding van tutors, artsen of verpleegkundigen die hier speciaal toe opgeleid zijn. De rol collaborator komt hier heel sterk aan bod. De zeer degelijk uitgewerkte module is een voorbeeld voor andere opleidingen en kan zeker uitgebreid worden en doorheen de hele opleiding aan bod komen.

Voor de verschillende modules zijn draaiboeken uitgewerkt die **studiewijzers** genoemd worden. In deze studiewijzers worden de verschillende leerdoelen voor de module uitgewerkt, hoe de student geëvalueerd wordt, welk leermateriaal gebruikt wordt en dergelijke meer. Er wordt frequent gebruik gemaakt van internationale literatuur, maar de opleiding moet nog inspanningen leveren om het aantal traditionele *homemade* cursussen te verminderen. De contacturen tussen docent en student in de bachelor is beperkt tot 20u per week, na klachten van de studenten dat ze teveel tijd op campus moesten doorbrengen. De opleiding voorziet meer ruimte voor zelfstudie en heeft geschrapt in het aantal hoorcolleges. In de voorziene 20u zijn naast de hoorcolleges ook responsiecolleges en vaardigheidstrainingen terug te vinden, maar met ongeveer 15u zijn de traditionele hoorcolleges nog steeds te dominant.

De faculteit heeft een internationaal netwerk uitgewerkt waar studenten gebruik van kunnen maken via een Erasmusproject of voor een buitenlandse stage. Meer dan 50% van de studenten maakt hier volgens de opleiding gebruik van. Studenten stellen goed op de hoogte te worden gehouden van de mogelijkheden: er worden artikels doorgestuurd, informatiebrochures gegeven en infoavonden georganiseerd. Het buddy-project koppelt een student die reeds op Erasmus geweest is aan een student die dit wil doen, om ervaringen uit te wisselen en dergelijke meer. De coördinator waakt over de kwaliteit van de instellingen waar studenten op Erasmus kunnen en volgt hierbij de opgelegde regels. Studenten hebben de vrijheid om buiten Europa op stage te gaan, maar moeten daartoe een dossier indienen, waarop de stagecommissie een beslissing neemt. De instroom van buitenlandse studenten in de opleiding is eerder beperkt, wat de opleiding wijt aan de taalbarrière. Er werd een Engelstalig semester ingericht, waardoor de instroom van buitenlandse studenten in 2013–2014 reeds op 15 studenten ligt.

Voor de verschillende modules zijn draaiboeken uitgewerkt die **studiewijzers** genoemd worden. In deze studiewijzers worden de verschillende leerdoelen voor de module uitgewerkt, hoe de student geëvalueerd wordt, welk leermateriaal gebruikt wordt en dergelijke meer. Er wordt frequent gebruik gemaakt van internationale literatuur, maar de opleiding moet nog inspanningen leveren om het aantal traditionele *homemade* cursussen te verminderen. In de master wordt meer gekozen voor een studentgecentreerde en casusgerichte aanpak, met een patiëntencasus als rode draad in het merendeel van de modules. Dit is echter nog niet overal het geval. Het werken met klinische apps en het aandeel e-learning in de opleiding blijft nog eerder beperkt.

Beoordeling en toetsing

De organisatie van de toetsing staat beschreven in het Onderwijs- en examenreglement (OER), waarin de examenvormen, de organisatie, inzage-recht en dergelijke meer beschreven staan. De examens worden globaal gezien georganiseerd op het einde van het eerste en het tweede semester tijdens de eerste zitting en in de maanden augustus/september voor de tweede zitting.

De keuze voor **de inhoud van de examens en de vorm** ligt bij de individuele docent, maar de opleiding geeft wel richtlijnen mee voor de verschillende fasen van de opleiding. In de masteropleiding kiezen de docenten voornamelijk voor 'niet-klassieke evaluatievormen', zoals permanente evaluatie, werkstukken, portfolio en stage-evaluaties, die samen 57% van de toetsvormen vertegenwoordigen. De klassieke meerkeuzeexamens worden nog gebruikt in de eerste masterfase om de kennis te toetsen, maar het aandeel neemt af. Tijdens het stagejaar in de derde masterfase gebeurt de evaluatie voornamelijk via de stage-evaluaties, met een beoordelingsblad dat het kennen en kunnen van de stagiair moet weergeven. De opleiding geeft zelf aan dat de stagebeoordelingen realistischer kunnen, door te werken met KKB's en KCB's, korte klinische beoordelingen en korte communicatieve beoordelingen die de student samen met een begeleider of medewerker dient af te leggen. Dit was reeds in voege ten tijde van het visitatiebezoek, maar diende nog verder uitgebreid te worden.

Begeleiding en ondersteuning

De **voorzieningen** van de opleiding zijn van een voldoende niveau. De auditoria en leslokalen zijn uitgerust met adequate middelen, maar zijn wel verspreid over meerdere locaties. Het studielandschap is beperkt tot drie lokalen met PC voorzieningen, wat gering is in verhouding met het aantal studenten. De faculteit bouwt nieuwe onderwijsgebouwen die vanaf 2015–2016 in gebruik genomen kunnen worden om de toenemende studentaantallen te blijven ondersteunen. Op de campus is een goed uitgerust bibliotheek voorzien, en studenten hebben volop de mogelijkheid om zelf via elektronische weg de nodige informatie op te vragen. De dissectiezaal en het vaardigheden lokaal zijn eveneens goed uitgerust. De opleiding maakt gebruik van de elektronische leeromgeving Blackboard, maar studenten geven aan dat de intensiteit van het gebruik afhangt van docent tot docent, en dat niet alle documenten altijd up to date zijn. De leeromgeving wordt hoofdzakelijk gebruikt als een informatie- en distributieplatform, maar de mogelijkheden die het biedt voor e-learning kunnen beter benut worden.

Om een veilige leeromgeving te scheppen voor de studenten zijn verschillende kanalen opgezet waar studenten terecht kunnen met hun problemen. De studietrajectbegeleiders zijn het eerste, laagdrempelige aanspreekpunt voor de studenten, die zowel op uitnodiging als op eigen initiatief kunnen langskomen. De begeleiders volgen de studenten op en vragen actief hoe ze geholpen kunnen worden. De Universiteit Antwerpen heeft ook centrale diensten als referentiepunt voor psychosociale problemen als faalangst of problemen met studieplanning. Er zijn uitgewerkte protocollen rond dyslexie en andere functiebeperkingen. De studieadviseurs tot slot geven advies en begeleiding bij studieproblemen, maar ook advies bij studiekeuze en eventuele heroriëntering, als studenten van opleiding willen veranderen binnen de instelling.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Het diplomarendement per instromende cohorte ligt hoog. Van de cohorte studenten die in 2007–2008 gestart is met de opleiding behaalde 93% van de studenten het diploma binnen de reguliere tijdsduur van vier jaar, terwijl dat voor de studenten uit 2008–2009 94% bedraagt. Na de opleiding Master in de Geneeskunde stroomt de grote meerderheid door richting de vervolgopleiding.

De vertegenwoordigers van het werkveld geven aan dat ze globaal gezien tevreden zijn over de kwaliteit van de afgestudeerden. Studenten uit Antwerpen zijn sterk in ethiek, en vooral op vlak van communicatievaardigheden blinken ze uit. De vroegere basiswetenschappelijke en medische details kennen ze niet zo goed meer, maar ze weten hoe ze dingen moeten opzoeken en kennen het gezondheidssysteem, wat vroeger niet het geval was. Studenten uit Antwerpen zijn goed voorbereid, leergierig en proactief. Het nemen van initiatief is hen niet vreemd, wat volgens de vertegenwoordigers van het werkveld samen met de communicatieve vaardigheden het sterkste punt van de Antwerpse afgestudeerden is.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

Academische bachelor en master Geneeskunde

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de bachelor- en masteropleidingen Geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen. De visitatiecommissie bezocht deze opleidingen op 16, 17 en 18 december 2014.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleiding[en] aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding – of een opleidingsvariant – voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding met alle daaronder ressorterende varianten, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatierapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau voor interne kwaliteits-

zorg, internationalisering en studiebegeleiding. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd. Tevens is door de commissie een bezoek gebracht aan de opleidings specifieke faciliteiten, zoals de leslokalen en de bibliotheek.

Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeter suggesties.

De opleiding heeft voor de rol van collaborator in de masteropleiding een bijzonder kwaliteitskenmerk aangevraagd. De beoordeling van dit bijzonder kwaliteitskenmerk door de visitatiecommissie is achter het opleidingsrapport toegevoegd.

Situering van de opleiding

De opleiding geneeskunde maakt deel uit van de Faculteit GGW. Aan de UA bestaat deze faculteit uit volgende 13 vakgroepen: (Kinder- en Jeugd-) Psychiatrie (CAPRI), Epidemiologie en Sociale Geneeskunde (ESOC), Translationeel Pathofysiologisch Onderzoek (TPR), Oncologie, Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Medische Genetica, Labo Experimentele Geneeskunde en Pediatrie (LEMP), Antwerps Chirurgisch Training, Anatomie en Onderzoekscentrum (ASTARC), Vaccin & Infectieziekten Instituut (VAXINFECTIO), Translationele Neurowetenschappen (TNW), Verpleeg- en Vroedkunde (V&V), Revalidatie en Kinesitherapie (Revaki) en de Interfacultaire Groep Celbiologie.

In totaal worden (vanaf 2013–2014) twee bacheloropleidingen, vier masteropleidingen, zes master-na-masteropleidingen en een doctoraatsopleiding aangeboden. De onderwijscommissie Bachelor-Master Geneeskunde is verantwoordelijk voor de organisatie van de bachelor-master opleiding geneeskunde. De samenstelling en de bevoegdheden van de onderwijscommissie Bachelor-Master Geneeskunde en van het bureau ervan zijn vastgelegd in artikel 10 van het organiek reglement van de faculteit GGW. De opleiding Bachelor in de Geneeskunde bestaat uit 180 studiepunten, verspreid over drie opleidingsfases. De opleiding Master in de Geneeskunde bestaat ten tijde van het visitatiebezoek uit 240 studiepunten, verspreid over vier opleidingsfases.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 - Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als GOED.

De opleiding volgt de **domeinspecifieke leerresultaten** (DLR) die op Vlaams niveau vastgelegd zijn voor de bachelor en de master Geneeskunde. Deze DLR zijn opgesteld krachtens het decreet op de Vlaamse kwalificatiestructuur van 30 april 2009. De DLR voor geneeskunde zijn verder conform de bepaling in de Europese richtlijn 2005/36/EC met betrekking tot Basic Medical Training. De opleidingen Geneeskunde te Antwerpen waren actief betrokken bij het opstellen van de DLR, die gebaseerd zijn op de CanMEDS-rollen en het Raamplan 2009. Via focusgroepgesprekken van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR) werden de opgestelde leerresultaten afgetoetst bij de vertegenwoordigers van het beroepenveld. De DLR ook vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten voor de bachelor en de master, die volgens de commissie aansluiten bij de eisen van het Vlaams kwalificatieraamwerk.

De opleiding voldoet met haar beoogd eindniveau aan de eisen van het internationale vakgebied door te werken met de CanMEDS-rollen, die naar analogie met het Raamplan Artsopleiding van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra fungeren als referentiekader voor de Vlaamse geneeskundeopleidingen. Verder heeft de opleiding zich geëngageerd om het 'Three Circle'-model en het 'SPICES'-model van R.M. Harden verder uit te werken. De commissie stelt vast dat ze daarmee ook voldoet aan de vraag van de vorige visitatiecommissie.

De Universiteit Antwerpen werkt met een visie op onderwijs waarmee gestreefd wordt naar competentiegericht, studentgecentreerd & activerend, internationaal en op academisch onderzoek gebaseerd onderwijs. Het competentiegericht onderwijs in het bijzonder komt bij de opleiding sterk aan bod in de uitwerking van de DLR naar OLR. In het kader van de opleiding werd een onderzoek gevoerd naar de Vlaamse vertaling van de CanMEDS-rollen naar werkbare instrumenten, wat geleid heeft tot de opstelling van de 'CanMEDS Competence Based Inventory', of CCBI. De CanMEDS-rollen Medical Expert, Communicator, Collaborator, Scholar, Professional, Manager & Health Advocate krijgen een eigen invulling door de opleiding en worden tevens gekoppeld aan de beheersingsniveaus uit de piramide van Miller, die bestaat uit vier niveaus die beginnen bij Knows (Niveau I) en eindigen bij Does (Niveau IV). De opleiding beschouwt bachelor en master als

een continuum, maar heeft desalniettemin zowel voor bachelor als voor master specifieke leerresultaten en niveaubepalingen uitgewerkt.

De ambitie van de opleiding is om basisartsen te vormen die in staat zijn eender welke vervolgopleiding aan te vatten. Om dit te realiseren maakt ze een aantal specifieke keuzes gemaakt in de vertaling van de CanMEDS-rollen. De opleiding heeft er verder voor gekozen om in vijf CanMEDS-rollen een aantal subcompetenties uit te lichten en voor meer studiepunten uit te werken in het programma. Na opmerkingen van de vorige visitatiecommissie over de te specialistische topics die gehanteerd werden is de opleiding in het kader van de rol **medical expert** geëvolueerd naar een lijst met 120 klinische ziektebeelden, die breed gedefinieerd zijn en een leidraad vormen voor de docenten. Door in te zetten op een integratie van kennis, vaardigheden en gedrag wil de opleiding ook de integratie van alle rollen bij de basisarts bereiken. De rollen **communicator**, **collaborator** en **scholar** worden ook verder uitgewerkt en in het kader van de rol **professional** wordt aandacht besteed aan persoonlijke reflectie. De opleiding sluit hiermee volledig aan bij de CCBI en voldoet daarmee aan doelstellingen die internationaal als state of the art worden beschouwd.

Het mooie beknopte ZER dat de opleiding geschreven heeft geeft volgens de commissie blijk van een zelfbewuste en zelfkritische opleiding, die zich bewust is van de eigen werkpunten en helder beschrijft hoe ze die aangepakt hebben. De commissie stelt vast dat de opleiding de voorbije jaren hard gewerkt heeft om de doelstellingen op punt te stellen en om de CanMEDS-rollen te vertalen naar de eigen leerresultaten. Het bureau van de opleiding heeft veel werk verzet en daarbij ook telkens rekening gehouden met de verschillende stakeholders van de opleiding. De opleiding beschrijft in het ZER een duidelijk en modern didactisch concept. De commissie waardeert het gezonde tempo waarmee de opleiding de veranderingen wil doorvoeren en de sterke overlegcultuur die bestaat tussen het bureau, de opleidingscommissie, docenten, studenten en faculteit. Dit zorgt er volgens de commissie voor dat het profiel van de opleiding en de CanMEDS-rollen dan ook goed gekend zijn door studenten, docenten en het werkveld.

De visitatiecommissie stelt concluderend vast dat de opleiding heldere leerresultaten heeft uitgewerkt voor zowel bachelor als master, met duidelijke niveaubepalingen voor bachelor en master, die met de CCBI internationaal georiënteerd zijn.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De onderwijscommissie (OC) bachelor-master Geneeskunde is verantwoordelijk voor de organisatie van zowel de bachelor- als de masteropleiding. Het OC is een overlegplatform waar ambtshalve leden, vertegenwoordigers van geledingen en andere leden deel van uit maken: naast de leden van het ZAP met een onderwijsopdracht ook vertegenwoordigers van het AAP/BAP, studenten en gecoöpteerde afgestudeerden. De opleiding heeft tevens een beperkter samengesteld bureau, dat bestaat uit 8 ZAP-leden en 2 studenten en de verantwoordelijkheid draagt over het organiseren van het (voortgezet) academisch onderwijs, het bepalen van de inhoud en de didactische werkvormen van het onderwijs en het formuleren van adviezen aan de faculteitsraad in verband met personeelsbeleid, het opleidingsprogramma en dergelijke meer. Het bureau waakt over de diepgang van de programma's en laat die ook telkens opstellen in samenspraak met deskundigen. Voor onderwijskundige ondersteuning rekent de opleiding op het CIKO, het Centrum voor Innovatie en Kwaliteit in het Onderwijs, dat aangestuurd wordt door een coördinator en een stafmedewerker tot haar beschikking heeft. De CIKO-raad heeft de bevoegdheid om de kwaliteitszorg en de onderwijsinnovatie binnen de onderwijscommissie te versterken, en doet dat door het organiseren van bevragingen en professionalisering, waarover later meer. De commissie stelt vast dat de opleidingsverantwoordelijken in het kader van de grondige hervormingen van de afgelopen jaren ervoor gezorgd heeft dat iedereen bij de beslissing betrokken is. Bij wijzigingen aan het programma, het introduceren van nieuwe werkvormen, lijnen of modules worden de studenten uitvoerig bevroegd, zowel formeel als informeel. Ook docenten krijgen uitgebreid de mogelijkheid om hun visie over de knelpunten te geven, waarna advies van de CIKO-raad komt om het punt tenslotte te bespreken bij het OC. Dit zorgt er voor dat hervormingen soms moeizaam kunnen verlopen, maar de commissie waardeert de temporisering en de wijze waarop iedereen bij de besluitvorming betrokken wordt.

De faculteit heeft zich aangesloten bij het algemene didactische concept van de Universiteit Antwerpen, en kiest voor studentgecentreerd, integrerend en competentiegericht onderwijs. De voorbije jaren hebben de opleidingsverantwoordelijken in samenspraak met de verschillende stakeholders wijzigingen doorgevoerd om dit te realiseren, waardoor ze zich op

sommige aspecten nog in een overgangsfase bevindt. De commissie stelt vast dat de opleiding op vlak van de integratie van de CanMEDS-rollen en het competentiegericht onderwijs reeds ver gevorderd is, maar dat de rollen voor de studenten in het bachelorprogramma nog niet altijd duidelijk zijn. De ontwikkeling richting studentgecentreerd en integrerend onderwijs loopt, er zijn minder traditionele hoorcolleges, er is een spiraalvormig modulesysteem en verbetering van de horizontale en verticale integratie in het programma. Het is een intensief proces dat nog 'work in progress' is en waar de opleiding nog steeds een aantal wijzigingen moet doorvoeren.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de vorige visitatiecommissie zijn de opleidingen geneeskunde in Vlaanderen geëvolueerd van een **zevenjarige naar een zesjarige opleiding**. Op 1 oktober 2012 ging de zesjarige opleiding van start, waardoor de opleidingen geneeskunde momenteel in een 'overgangsfase' zitten. De bacheloropleiding bestaat nog steeds uit 180 studiepunten verspreid over drie jaar. De masteropleiding bestaat in het zesjarig curriculum uit 180 studiepunten verspreid over drie jaar, terwijl ze in het zevenjarig curriculum nog bestaat uit 240 studiepunten verspreid over drie jaar. Op het moment van de visitatie lopen er nog twee programma's: het zevenjarig curriculum en het zesjarig curriculum. De vakken worden gegeven in een modulesysteem, waardoor studenten een paar weken bezig zijn met één bepaald onderwerp. Het academiejaar is opgedeeld in een semestersysteem van tweemaal 30 ECTS, afgerond met een blok- en examenperiode.

De opleiding zet reeds van voor de hervorming naar het zesjarig curriculum in op een gemedicaliseerde bachelor dat spiraalvormig opgebouwd wordt in twee doorgangen. In de eerste doorgang, de bachelorfases, wordt de nadruk gelegd op de fysiologie en de pathofysiologie van orgaansysteem, terwijl de tweede doorgang, de masterfases, de ziektebeelden en hun behandeling aan bod komen. De **bachelorfase** start met een 'ik word arts week', waarin algemene informatie verstrekt wordt aan de studenten over de opleiding. Daarop sluiten vijf lijnen aan: de Kennislijn, de Klinische lijn, de Wetenschappelijke lijn, de Arts & Maatschappijlijn en de Integratielijn. In elk van deze lijnen komen de CanMEDS-rollen uit de CCBI aan bod.

De **kennislijn** is in doorheen de bachelorfase de grootste lijn, die sterk de nadruk legt op de rol van **medical expert**, maar ook de andere rollen van de CCBI aan bod laat komen. De fundamentele van **medische kennis** worden in de eerste fase gelegd in de module Anatomie/Radiologische

Anatomie en verschillende modules Celbiologie. In het kader van de medicalisering en de hervorming richting het zesjarig curriculum werden de basiswetenschappen als fysica, die voorheen in aparte modules besproken werden, geïntegreerd in de medische modules. In de tweede fase verschuift de aandacht naar orgaanmodules, waarin studenten de fysiologie en pathofysiologie van orgaansystemen als hart, longen, nier en bloed terugvinden in de zogenaamde eerste doorgang. Farmacologie en de eerste doorgang Microbiologie komen in de tweede fase ook aan bod. Op het eind van de bachelor komen complexere systemen aan bod en leren studenten klachten formuleren als een klinische vraag in de Evidence Based Module. Doorheen de lijn komen alle rollen en leerresultaten aan bod, zij het op een lager niveau van de piramide van Miller en met minder aandacht voor de rol van communicator. Naar aanleiding van de suggestie van de vorige visitatiecommissie om de té specialistische onderdelen te schrappen werkt de opleiding nu met een lijst van 120 ziektebeelden in het kader van de rol van medical expert. De rol van medical expert wordt daarmee afgebakend volgens de methodiek van OQE (Objectives for the qualification examinations) van de Medical Council of Canada. Daarmee vertaalt de opleiding de CanMEDS competenties in toetsbare leerdoelen. In een aantal modules krijgen de studenten een patiënt te zien, maar dit is niet overal het geval. Werken met patiëntencasussen komt wel in bijna alle modules aan bod. In het kader van leren in de context lijkt het de commissie wenselijk dat de studenten frequenter en vroeger in het curriculum met patiënten geconfronteerd worden. De commissie stelt dat het contact met patiënten immers een deel kan uitmaken van de theorie en dat studenten vanaf de eerste dag in de eerste bachelorfase een patiënt gedemonstreerd kunnen zien.

Ook in de **masterfase** is de **kennislijn** de meest omvangrijke lijn, voornamelijk in de eerste en tweede masterfases. Uit de CCBI worden voornamelijk de rollen van Medical Expert en Health Advocate behandeld, maar uiteindelijk komen volgens de opleiding alle competenties aan bod. Initieel start de opleiding met de tweede doorgang van de orgaanmodules, waarbij voornamelijk de ziektebeelden en de verschillende behandelwijzen de revue passeren. In het kader van de kennislijn kunnen studenten een aantal eigen accenten leggen via het **keuzeonderwijs**. In de eerste twee masterfases worden 10 ECTS uitgetrokken voor deze verdieping, waarvan 4 ECTS in de eerste fase en 6 ECTS in de tweede fase. De opleiding heeft drie onderdelen gedefinieerd; raakvlakken bij het bestaande curriculum, aanvullingen van het bestaande curriculum en bijkomende stages. Het **MDO of Multidisciplinair Doorstroomonderwijs** maakt in het zevenjarig curriculum deel uit van de Kennislijn, maar in de toekomst wil de oplei-

ding dit onderbrengen in de Integratielijn, die momenteel in de bachelor uitgerold wordt. Gedurende 16 lessen wordt deze module gedoceerd rond een aantal specifieke thema's. Dit wordt georganiseerd door een huisarts en klinisch specialist, met medewerking van vakinhoudelijke specialisten en focust voornamelijk op de integratie van kennis en het ontwikkelen van de verschillende CanMEDS-rollen. De opleiding probeert om overlap zoveel te vermijden, maar stelt dat het MDO wel de mogelijkheid biedt om een aantal zaken, zoals pathofysiologie, nog even aan de orde te stellen. Door het systeem met de doorgangen kan er later herhaald worden, maar dan wel op een hoger en complexer niveau. Tussen de eerste en de tweede masterfase is er volgens de opleiding dan ook een sterk verschil in toenemende complexiteit. Voor het MDO kiest de opleiding voor kleinschalig, activerend onderwijs in kleine groepen van 10 à 12 studenten per groep. In deze groepen wordt gewerkt aan alle rollen van de CCBI, van Medisch Expert tot Communicator en Collaborator. In de groepswerken moeten studenten ook elkaar beoordelen, zichzelf beoordelen en aan groepsevaluatie doen. De scores die verworven worden op de verschillende rollen konden tijdens het visitatiebezoek nog niet bekeken worden, maar de opleiding ziet alvast in de zelfscores hoe de studenten groeien in de rollen. Studenten waarderen de aanpak voor het MDO, dat hen in staat stelt om te beginnen met een klacht en te evolueren richting ziekte, terwijl in het regulier curriculum die logica omgedraaid wordt. Dit is volgens de studenten niet enkel beter voor de vragen op het examen, maar ook voor later op de werkvloer. De opleiding vindt het MDO ook een geschikt moment om toe te kijken op het professioneel gedrag van de studenten. Meeliften met de groep wordt actief bestreden met groepspresentaties met verschillende presentatoren, verplicht en attent luisteren naar de collega's en dergelijke meer. Studenten die steken laten vallen op dit vlak worden aangesproken door de opleiding. De commissie stelt vast dat met het multidisciplinair onderwijs duidelijk gekozen wordt voor een simulatie van een klinische setting; studenten worden er op gewezen dat ze praten over een patiënt en moeten ook een verslag hierover maken.

De vorige visitatiecommissie suggereerde het doorstroomprogramma van de opleiding te verbeteren. De huidige commissie stelt vast dat de opleiding dit opgevolgd heeft en met de integratielijn in de bachelor en het Multi Disciplinair Onderwijs in de master voluit kiest voor de integratie. Dit is volgens de visitatiecommissie duidelijk een sterk punt van de opleiding.

De **klinische lijn** loopt ook doorheen het hele bachelorcurriculum en leert de studenten de medisch technische en communicatieve vaardigheden.

Naast kennisverwerving ligt de focus op de **rol van medical expert** in de klinische lijn voornamelijk op de **vaardigheden**. In het eerste bachelorjaar is er een verpleegstage, waarvoor studenten in een voorafgaande verpleegvaardigheden week een aantal verpleegkundige vaardigheden leren. De opleiding koppelt het vaardigheden onderwijs in de latere jaren voornamelijk aan de modules, onder leiding van docenten en in groepjes. De **rol communicator** krijgt een prominente rol in de klinische lijn. De communicatie tussen arts en patiënt komt aan bod in vaardigheidstrainingen, waar studenten actief leren luisteren, omgaan met emoties en professioneel gedrag leren ontwikkelen. Er wordt onder andere gewerkt met video-opnames en simulatiepatiënten. De commissie stelt dat het communicatieonderwijs goed opgebouwd is, met een toenemende complexiteit in de twee doorgangen. Het bachelorportfolio, dat loopt tot de tweede master, verzamelt de klinische opdrachten die de studenten tijdens hun opleiding moeten doen en geeft een overzicht van de communicatieve en medisch-technische vaardigheden van de student die met het vaardighedenonderwijs aangeleerd worden. Studenten en alumni zijn tevreden over dit vaardighedenonderwijs binnen de opleiding door de ruimte die ze hebben om zelf bij te leren en een stationsproef als testmoment hebben die hun leren duidelijk stuurt op dit vlak.

In de **klinische lijn in de masterfase** wordt het aanleren van medisch-technische en communicatievaardigheden eveneens verder uitgebouwd. De vaardigheden uit de bachelor worden herhaald, bijgestuurd en uitgediept, terwijl er ook meer focus gelegd wordt op allerlei diagnostische en therapeutische vaardigheden. De **rol communicator** komt in de master uitgebreid aan bod in de klinische lijn. Zowel voor de medisch-technische als voor de communicatieve vaardigheden wordt gewerkt met simulatiepatiënten volgens de systematiek van het klachtgericht consult. Patiënten worden getraind om feedback te geven aan de studenten bij onder andere intieme gynaecologische of urologische onderzoeken onder begeleiding van een docent. Zowel studenten, alumni, docenten als vertegenwoordigers van het werkveld zijn bijzonder enthousiast over de organisatie van het communicatieonderwijs. Studenten spreken van enthousiaste docenten die bijzonder veel tijd en moeite steken in het onderwijs en stellen dat het werken in kleine groepen en met simulatiepatiënten bijzonder verrijkend werkt. Het werkveld is unaniem in het benoemen van de communicatieve en medisch-technische vaardigheden van de studenten als sterk punt, van het actief luisteren tot het meenemen van deze vaardigheden in het beleid en het denken. De commissie kan zich hierbij aansluiten en stelt vast dat de wijze waarop de rol van communicator in het onderwijs geïntegreerd is op haar waardering kan rekenen.

De **wetenschappelijke lijn** introduceert de studenten in de rollen van **scholar, communicator** en **professional**. Studenten leren informatie verwerven en verwerken, gebruiken daarvoor de nodige gegevensbanken en leren de informatie ook filteren. De opleiding bouwt hierop verder door studenten inzicht te laten verwerven in de epidemiologie en de medische statistiek. In de lijn worden de verschillende kennisscholen naast elkaar geplaatst en ook in contrast met elkaar gezet. De wetenschappelijke methodologie krijgt een belangrijke plaats op dit vlak. De alumni geven aan tijdens de gesprekken dat er minder kennis was rond het wetenschappelijk onderzoek, zoals statistiek, iets waar de opleiding nu meer op inspeelt. De commissie stelt vast dat er voor deze lijn weinig contacturen voorzien zijn, maar dat er wel een duidelijke lijn in terug te vinden is.

Studenten starten in de **wetenschappelijke lijn** in de eerste masterfase met het eigen onderzoek. Het onderzoek maakt deel uit van de masterproef, die verdedigd wordt in het zevende en laatste jaar. Ook in de master staat de **rol van scholar** centraal, met zelfstandig uitvoeren van wetenschappelijk werk en kritisch beoordelen van wetenschappelijke literatuur. Het communiceren over het onderzoek, gebruik maken van informatie-technologie en integer omgaan met het werk zorgt er voor dat studenten ook in andere rollen van de CCBI getraind worden tijdens deze lijn. Met de **masterproef** streeft de opleiding een aantal specifieke eindcompetenties na, die vallen onder de rollen scholar, collaborator en communicator. Studenten kiezen reeds in de derde bachelorfase hun onderwerp, dat in de literatuurstudie in de eerste masterfase uitgewerkt wordt. De onderwerpen worden gepresenteerd op een 'onderzoeksbeurs' georganiseerd door de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de faculteit en kan zowel fundamenteel als toegepast wetenschappelijk onderzoek zijn. De literatuurstudie uit de eerste master wordt door een jury bestaande uit de promotor en één onafhankelijke lezer beoordeeld. De onafhankelijke lezer volgt de student op van de literatuurstudie tot aan de eindbeoordeling in de vierde masterfase. In de tweede masterfase werken de studenten hun onderzoeksvraag uit tot een onderzoeksdesign, in groepen van twee tot drie studenten. Het verslag hiervan wordt neergelegd in een werkverslag en wordt mondeling gepresenteerd voor de jury. Tijdens het stagejaar in de derde masterfase krijgen de studenten de tijd om een maand lang aan het onderzoeksproject te werken en wordt hun functioneren vastgelegd in een beoordelingsformulier. Studenten schrijven een stuk over de klinische relevantie van hun masterproef, wat gelezen wordt door de onafhankelijke lezer. De masterproef wordt op het einde van de opleiding ingediend, voorgesteld en verdedigd en geeft een overzicht van de literatuurstudie,

de dataverzameling en –analyse samen met de nodige conclusies. Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie stelt de commissie vast dat de masterproef binnen de opleiding in groepjes van twee afgelegd wordt. De opleidingsverantwoordelijken merken op dat er veel belang gehecht wordt aan het begeleidend proces over de jaren heen. Studenten moeten elk apart de nodige formulieren invullen en kunnen ook individueel opgevolgd worden om meeliften te vermijden. De promotor die de studenten begeleidt in de eerste en tweede masterfase geeft ook feedback op de samenwerking tussen de studenten, voornamelijk in het kader van de training van de rol collaborator. De commissie vindt dat die feedback ook in het portfolio kan opgenomen worden. De commissie vindt wel dat dit deel dient uit te maken van een proces dat leidt tot een individueel eindproduct.

Studenten maken in de **Arts & maatschappijlijn** kennis met de omgevings- en maatschappijfactoren, die progressief aan bod komt. De rollen van medical expert, health advocate en collaborator krijgen een belangrijke plaats in deze lijn. Studenten leren de begrippen gezondheid, ziektebeleving en ziektegedrag beschouwen vanuit een sociale en psychologische invalshoek. Door te werken met verschillende thematieken wordt de normale ontwikkeling van een menselijk individu in context geplaatst en praktisch geïllustreerd naar de studenten toe. De verslavingsthematiek wordt bijvoorbeeld geïntroduceerd aan de studenten door een ervaringsdeskundige, waar studenten vragen over kunnen stellen. Door sitebezoeken aan straathoekwerk, spuitenuitruil en via getuigenissen van mensen bij AA wordt dit tastbaar gemaakt bij de studenten en leren ze onder andere omgaan met beroepsgeheim en dergelijke meer. De commissie is onder de indruk van de intensieve wijze waarop studenten geconfronteerd worden met de casus en stelt vast dat dit ook een duidelijke impact maakt op de studenten.

De **lijn Arts & Maatschappij in de masterfasen** bouwt ook verder op de opgedane kennis in de bachelorfasen en verdiept het inzicht van de studenten in het gezondheidssysteem, de bredere aspecten die de gezondheid beïnvloeden en het professioneel gedrag. De rollen Manager, Health Advocate, Scholar en Professional komen expliciet aan bod in deze lijn.

In het academiejaar 2012–2013 werd de **Integratielijn** ingevoerd, die de doelstelling heeft om studenten te stimuleren de kennis uit de verschillende modules samen met de rollen en competenties te integreren. Tijdens de modules in de andere lijnen worden de studenten gewezen op

belangrijke elementen in het kader van die integratie. Op het eind van een bachelorjaar worden twee integratieweken georganiseerd. Studenten worden formatief en summatief getoetst op hun parate kennis en krijgen aansluitend daarbij klinische probleemstellingen aangereikt die ze met een combinatie van kennis, vaardigheden en attitudes dienen aan te pakken. Deze opdrachten worden door een docentenpanel opgesteld en zijn de facto grote casussen waarin alles geïntegreerd is. De resultaten van het werk van de studenten worden op het eind van de Integratielijijn gepresenteerd met PowerPointpresentaties, posters en dergelijke meer. De commissie stelt dat de integratielijijn een positief element is en stelt vast dat de opleiding de mogelijkheid benut om te zien hoe de studenten met die toenemende complexiteit en multidisciplinair onderwijs kunnen omgaan. De opleidingsverantwoordelijken benadrukken tijdens de gesprekken dat de bachelor en de master door hen als een continuüm beschouwd wordt. De vier lijnen uit het bachelorcurriculum lopen dan ook door in de master in wat de tweede doorgang genoemd wordt; onderwerpen die behandeld zijn in de bachelor komen terug maar zijn complexer van aard. De lijnen lopen voornamelijk door in de eerste twee masterfasen, terwijl de derde en vierde masterfase voornamelijk focussen op de stage, de afstudeerrichtingen en het IPSIG (Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg).

Na de vier lijnen in de eerste twee masterfasen gaan de studenten vanaf het derde masterjaar op **stage**. Tijdens een voorbereidingsweek krijgen de studenten uitleg over het portfolio waarmee ze zullen werken en een voorstelling van de opdrachten. Uit de gesprekken pikt de commissie op dat studenten het gevoel hebben eerder onzeker te zijn aan het begin van het stagejaar, maar de introductieweek en de voorbereiding in de bachelor- en masterfase helpt om die onzekerheid weg te werken. In het zevenjarig curriculum loopt de stage over 12 maanden heen en wordt gewerkt aan de integratie van de verschillende CanMEDS-rollen. De stage is opgedeeld in drie maanden heelkunde, drie maanden interne (m.i.v. spoed), een maand pediatrie, een maand gynaecologie/verloskunde, een maand wetenschappelijke stage en twee maanden 'kleine stages'. In deze 'kleine stages' worden studenten verplicht om 14 dagen psychiatrische stage te lopen, twee maal 14 dagen om te kiezen uit NKO, oogheelkunde, dermatologie, neurologie en sociale geneeskunde. De 'kleine stages' worden afgesloten met een maand keuzestage. De opleiding overweegt om in de toekomst de stages op interne en heelkunde terug te brengen naar één maand en studenten zelf hun traject te laten bepalen, maar dit is momenteel nog niet aan de orde. De verantwoordelijken vinden het belangrijk dat de studenten het 'ge-

raamte' zien van wat ze later kunnen doen en hen tegelijkertijd voldoende ruimte geven om zelf te kiezen. De commissie wil er echter op wijzen dat om competenties te leren stages eerder langer moeten worden dan korter en voornamelijk langer op eenzelfde afdeling moeten zitten.

De vertegenwoordigers van het werkveld zijn van oordeel dat er in de opleiding meer ruimte mag zijn voor stage, maar stellen dat één maand per discipline erg beperkt is. Tegelijkertijd stellen ze wel vast dat vroeger alles op stage geleerd moest worden, terwijl studenten nu veel beter voorbereid aan de stage beginnen. Studenten vertrekken op stage met een aantal opdrachten uit het portfolio, maar ook met een lijst van te kennen ziektebeeld per discipline en een lijst vaardigheden met quoterings. Op die lijst wordt aangeduid of een aantal handelingen gezien zijn, de student er notie van heeft of deze zelf gedaan heeft. De vertegenwoordigers van het werkveld geven tijdens de gesprekken aan dat ze het fijn vinden stagiairs te ontvangen, maar ze missen soms nog informatie over wat er concreet verwacht wordt. Er zijn gestandaardiseerde leerdoelen die in een boekje meegegeven worden, maar de stagebegeleiders achten het wenselijk mocht dit aan het begin van de stage samengevat worden, iets duidelijker geformuleerd worden welke ziektebeelden ze nog moeten zien en welke aandachtspunten de student meekrijgt. De commissie stelt vast dat deze informatie niet bijgehouden wordt in het portfolio en dat de student in veel gevallen zelf de verantwoordelijkheid draagt om te zien wat gezien moet worden. De combinatie van stages in het UZA en in het AUZN biedt mogelijkheden om een voldoende gevarieerd scala van ziektebeelden te zien. In de meeste gevallen kijkt de assistent mee, die dan rapporteert aan de stagemeesters, maar de studenten merken op dat de wijze waarop stagemeesters de student in kwestie opvolgen vaak afhangt van de motivatie van de stagemeester.

Het **stagejaar** bestaat grotendeels uit kortdurende stages, waar studenten op eigen initiatief kunnen leren maar in de praktijk voornamelijk meekijken. Studenten kunnen terecht bij een tutor, die hen individueel begeleidt en het portfolio opvolgt. Tweemaal per jaar komen studenten bij de tutor op gesprek, maar deze persoon kan ook gecontacteerd worden via e-mail. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat studenten geen drempel ervaren in het contacteren van de tutor. In zogenaamde tutor-groepjes kunnen studenten onder begeleiding van een lid van de faculteit op eigen initiatief samenkomen om problemen te bespreken. Tijdens de terugkomdagen kan hierop ingeschreven worden. Tijdens de gesprekken merkt de commissie op dat studenten het gevoel hebben dat er soms tijdens de stage te weinig met een kritische blik naar de studenten gekeken

wordt, in het bijzonder naar hoe ze functioneren. Er is geen structureel vastgelegd feedbackmoment, waardoor er bij sommige stagemeesters wel feedback is en bij andere niet. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat het krijgen van feedback vaak afhangt van de student zelf, en dat sommige stageplekken om de drie maand feedback geven. In de portfolio's worden ook enkel de Korte Klinische Beoordelingen of KKB's opgenomen, waarvan de studenten er drie moeten verzamelen tijdens het stagejaar. Studenten moeten bij een onvoldoende op de stage op gesprek komen bij de stagecommissie. Op de formulieren die ingevuld worden staat ook telkens een uitleg bij de beoordeling. Op basis van de gesprekken met de studenten merkt de commissie op dat er een verschil bestaat tussen de stagemeesters wat de aanpak hiervan betreft. Dit verhaal wordt bevestigd bij de stagebegeleiders, die stellen dat het geven van feedback niet echt officieel geregeld is. Tijdens de gesprekken merken de begeleiders op dat indien ze merken dat het na één of twee weken traag verloopt er wel wordt ingegrepen en ze de studenten wat aanporren. Er is sprake van een gesprek en feedback op het einde van de stage na vier weken. De huisartsenbegeleiders merken op dat de feedback bij hen veel directer verloopt, van 's ochtends tot 's avonds, zodra de feedback nodig is.

De commissie stelt vast dat er een groot verschil is tussen de disciplines onderling en tussen de zorginstellingen. De kwaliteit van de feedback hangt vaak af van welke begeleider de stagiair of co-assistent toegewezen krijgt. Geformaliseerde maar flexibele feedbackmomenten zijn volgens de commissie nodig als er geen natuurlijke reflex is bij de begeleiders om feedback te geven. Studenten kunnen aangemoedigd worden om zelf feedback te vragen, maar dat ontslaat de begeleiders niet van hun verantwoordelijkheid om te zorgen dat de student feedback krijgt. De visitatiecommissie beveelt de opleiding aan om de supervisie en feedback tijdens de stage beter te structureren. Vaste feedbackmomenten en een optimalere benutting van het portfolio kan volgens de commissie de kwaliteit van de feedback en dus van de stage doen toenemen. De stages moeten volgens de commissie helder gericht worden op de competenties, wat het best gestimuleerd wordt door een langer verblijf op eenzelfde afdeling, in plaats van een kort verblijf op verschillende afdelingen. De begeleiding moet gericht worden op het ontwikkelen van competenties. Resultaten hiervan dienen vastgelegd te worden in een longitudinaal portfolio, met aandacht voor feedback en reflectie. De visitatiecommissie doet de aanbeveling aan de opleiding om de kwaliteit van de stages te verbeteren door de stagebegeleiders en de studenten meer te trainen in het geven en verkrijgen van feedback en het bespreken van het portfolio in te schakelen als instrument voor reflectie.

De keuze van de stageplaatsen wordt vastgelegd door de stagecommissie, die bestaat uit leden van het ZAP en studenten, waarbij naar verschillende kwaliteitscriteria als werkbelasting, permanentie van begeleiding, omkadering en pathologieprofiel gekeken wordt. De opleiding maakt gebruik van het Universitair ziekenhuis voor de klinische stages, maar ook van het Antwerps Universitair Ziekenhuisnet. Studenten wordt gevraagd de stages te evalueren, maar de respons ligt maar op 50%. De feedback wordt over de jaren heen verzameld en teruggekoppeld naar de instellingen.

Op stage kunnen studenten uit Antwerpen net als de studenten uit andere instellingen maximaal 60u per week werken. De studenten geven aan dat ze er in de meeste disciplines niet over gaan, maar dat sommige ziekenhuizen wel vreselijke wachtdiensten hebben. Het komt niet voor dat ze langer dan 24u aan een stuk moeten werken, maar tegen de 12/12 regel wordt wel regelmatig gezondigd. Het kan volgens de studenten gebeuren dat je later dan middernacht moet werken om er de volgende dag om 8u weer te staan. Studenten tekenen aan het begin van het jaar een opt-out formulier, maar dat wordt officieel niet opgevraagd. De werktijden van studenten worden door de opleiding opgevolgd, maar de verantwoordelijkheid wordt voornamelijk bij de ziekenhuizen en bij de studenten gelegd. De commissie stelt dat studenten in staat moeten zijn om binnen de 48u de leerdoelen te halen en dat geen enkele student nadeel mag ondervinden indien de opt-out niet ondertekend wordt.

In het zevenjarig curriculum moeten studenten in het vierde masterjaar nog de keuze maken tussen een ziekenhuisspecialisatie, de huisartsenvervolgopleiding of de sociale geneeskunde. De oriëntatie **huisartsgeneeskunde** bereidt de studenten voor op de master-na-master opleiding. Vanaf 2018 wordt deze oriëntatie deel van die master-na-master. Studenten krijgen een leerprogramma waar in kleine groepjes klinische problemen worden geanalyseerd. De stages gaan door in verschillende opleidingspraktijken waar de opleiding mee samenwerkt. Studenten die kiezen voor een ziekenhuisspecialisatie volgen co-schappen in een gekozen discipline, tot tweemaal drie weken toe. Deze co-schappen gaan door in het UZA of in een van de geaffilieerde ziekenhuizen. Na een geïntegreerd klinisch examen maken de studenten in het zevende jaar een keuze voor de vervolgopleiding, waarop ze in hun gekozen discipline verder stage kunnen lopen en terugkeeronderwijs krijgen.

De afsluitende module voor de masteropleiding is de IPSIG-module, het 'Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg', waarvan de

werkwijze uitgelegd staat in het handboek 'Leren Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg'. Studenten volgen samen met studenten uit negen domeinen van de gezondheidszorg een hele week samen onderwijs rond samenwerken. In de module wordt gekozen voor een gevarieerd aanbod aan leervormen, van multidisciplinaire colleges of seminars tot groepswork, casusbesprekingen, zelfstudie en dergelijke meer. Het groepsproces en de dialoog staan centraal. Studenten worden opgedeeld in leergroepen van veertien studenten, die op hun beurt opgedeeld worden in studiegroepen van telkens zeven studenten. In deze groepen worden kleine opdrachten afgewerkt en wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen taakfuncties en groepsfuncties. Op vlak van groepsfuncties, zoals het notuleren of voorzitterschap, is er geen vastgelegde hiërarchie. De opleiding wil studenten leren samenwerken met de verschillende partners uit de gezondheidszorg. De begeleiding wordt verzorgd door de 'tutors', artsen of verpleegkundigen, die op tudordagen specifiek opgeleid worden. Elk jaar opnieuw volgen de begeleiders twee volledige, verplichte opleidingsdagen, ongeacht de ervaring die ze reeds hebben met IPSIG. De technische ondersteuning gebeurt via Blackboard, waar tutores en studenten extra informatie op terug kunnen vinden. De keuze om dit op het einde van de opleiding te organiseren wordt gemotiveerd door het feit dat studenten geneeskunde op dat moment al meer maturiteit hebben en op dat moment al voldoende in het vak staan om samen te werken. Verder beroept de opleiding zich op de literatuur, die aantoont dat je best zo laat mogelijk werkt aan de beroepsidentiteit. Daarbij komt, zo argumenteert de opleiding, dat de studenten nog een vervolgopleiding gaan doen voor ze zelfstandig in het werkveld functioneren. De opleiding beschouwt de IPSIG-module niet als een losstaande week, maar als een sluitstuk van het werk dat reeds geleverd werd rond de rol van collaborator in de voorgaande jaren. In het MDO worden studenten hier reeds op voorbereid op het samenwerken, net als de andere disciplines, de talrijke groepsworken en het samenwerken aan de masterproef. De visitatiecommissie stelt dat het samenwerken met zoveel instellingen uit het hoger onderwijs en zoveel zorginstellingen waardevol is, en vindt de IPSIG-module is een weldoordachte uitwerking hiervan.

Wat de **onderwijsvorm** betreft heeft de opleiding beslist om het aantal contacturen in de Bachelor en de eerste twee fasen van de Master te beperken tot 20u per week. Deze beperking kwam na klachten van de studenten dat het curriculum te vol zat en dat ze de hele dag op campus moesten doorbrengen. De commissie stelt vast dat er een evolutie is richting minder contactmomenten en meer ruimte voor zelfstudie. Om dit te bereiken is

voornamelijk geschrapt in het aantal hoorcolleges; de twintig contacturen omvatten zowel de hoorcolleges, responsiecolleges, vaardigheidstrainingen en dergelijke meer. De visitatiecommissie stelt op basis van de gesprekken en de ingekeken documenten echter vast dat de hoorcolleges nog steeds dominant zijn en ongeveer 15 van de 20u in beslag neemt, wat een positieve evolutie is. De commissie is echter van oordeel dat dit aandeel binnen een curriculum met een modern didactisch concept nog altijd hoog ligt. De opleiding wil het studentgecentreerd onderwijs voornamelijk laten terugkomen in de master, waar gewerkt wordt met casussen. De commissie stelt vast dat meer e-learning en het werken met klinische apps nog onderbelicht blijft. De opleiding kiest er voor om niet structureel te beginnen met patiënten binnen de opleiding, maar gelooft sterk in het werken met een patiëntencasus op papier. Het casusgebonden werken is de rode draad, in het bijzonder omdat de opleiding niet over een klinisch auditorium beschikt waarin je een patiënt kan demonstreren. De commissie stelt een grote variatie vast wat het werken met patiënten betreft en moedigt de opleiding aan om volop te kiezen voor het leren in de context, met patiënten.

De docenten werken voor de meeste modules specifieke draaiboeken uit, die studiewijzers genoemd worden, waarin de verschillende leerdoelen voor de module uitgewerkt zijn, hoe de studenten geëvalueerd worden, welk leermateriaal gebruikt wordt en dergelijke meer. Docenten kunnen professionaliseringsactiviteiten volgen rond het opstellen van een goed draaiboek. Studenten geven in de gesprekken aan dat ze een goed uitgewerkte studiewijzer sterk waarderen. Docenten merken dat studenten soms teveel informatie willen in de vorm van een papieren, zelfgeschreven syllabus, maar dit proberen ze te vermijden. De opleiding heeft de duidelijke intentie om weg te gaan van de *homemade* cursussen en meer te evolveren richting internationale cursussen en handboeken waar Evidence Based Medicine en Activity Based Medicine in verwerkt zijn. De vorige visitatiecommissie had de opleiding aanbevolen om gebruik te maken van meer internationale literatuur, waar de opleiding ook gehoor aan gegeven heeft. De huidige commissie moedigt de opleiding aan om deze evolutie verder te zetten en het gebruik van draaiboeken te veralgemenen en blijvend te stimuleren.

De opleiding wil veel aandacht besteden aan haar **internationale dimensie**. Antwerpen is een multiculturele stad waar patiënten deel uit maken van verschillende cultuurgemeenschap. De faculteit heeft een internationaal netwerk uitgewerkt waar studenten gebruik van kunnen maken via

een Erasmusproject of voor een buitenlandse stage. Meer dan 50% van de studenten maakt hier volgens de opleiding gebruik van. De faculteit neemt ook actief deel aan verschillende internationale samenwerkingsprojecten. Ook op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat heel wat studenten gebruik maken van die internationale uitwisseling. Studenten stellen dat er heel wat mogelijkheden aangeboden worden en dat de opleiding flexibel optreedt. Er worden artikels doorgestuurd, informatiebrochures gegeven en infoavonden georganiseerd. Het buddy-project koppelt een student die reeds op Erasmus geweest is aan een student die dit wil doen, om ervaringen uit te wisselen en dergelijke meer. De coördinator waakt over de kwaliteit van de instellingen waar studenten op Erasmus kunnen en volgt hierbij de opgelegde regels. Studenten hebben de vrijheid om buiten Europa op stage te gaan, maar moeten daartoe een dossier indienen, waarop de stagecommissie een beslissing neemt. De opleiding erkent dat de instroom van buitenlandse studenten in de eigen opleiding eerder beperkt is, met de taalbarrière als grootste hindernis. Om dit aan te pakken werd een Engelstalig semester ingericht, waardoor de instroom van studenten in 2013–2014 op 15 studenten ligt. De groei is traag, maar de opleiding heeft de ambitie om dit te doen stijgen. De commissie heeft een positief oordeel over de internationalisering van de opleiding.

De opleiding wordt gedragen door een enthousiast team dat bestaat uit verschillende geledingen: het Zelfstandig Academisch Personeel (ZAP), het Bijzonder Academisch Personeel (BAP), het Assisterend Academisch Personeel (AAP) en het Administratief en Technisch Personeel (ATP). De opleiding beschikt over 43,75 VTE ZAP, 4,85 VTE AAP en 4,60 VTE ATP voor het onderwijs, wat voldoende is. Het personeelsbeleid is een bevoegdheid van de faculteit, waar het bureau van de Onderwijscommissie advies over kan verlenen. De opleidingsverantwoordelijken geven aan dat de faculteit rekening houdt met de onderwijsnoden van de opleiding, die ook in het beleidsplan opgenomen worden. De visitatiecommissie is van oordeel dat voor een verdere uitbouw van de integratielijn een uitbreiding van het onderwijspersoneel noodzakelijk is.

Op basis van de gesprekken constateert de commissie dat het personeel betrokken is bij het onderwijs, het onderzoek en de kliniek. Docenten geven graag les, maar zeggen er niet altijd de tijd voor te hebben. De opleiding is zich hier van bewust en kiest daarom voor persoonlijk contact met de docenten om het onderwijs te bespreken. De bevorderingscriteria worden ook gebruikt om het onderwijs te stimuleren; wie slecht onderwijs geeft kan niet bevorderd worden. Dit lijkt een evidentie, maar het is

pas recent dat het belang van de onderwijscultuur toeneemt en onderzoek niet altijd de *prime mover* is voor de docenten. Om de kwaliteit van het personeel te bewaken worden docenten geëvalueerd, zowel door de studenten als door de faculteit. De facultaire evaluaties behandelen het functioneren van de docent via doelgesprekken, op vaste tijdstippen tijdens de loopbaan: de vaste benoeming, tussentijdse evaluatie of aanvragen tot bevordering. Bij die evaluaties wordt telkens rekening gehouden met de mate waarin de docent professionalisering gevolgd heeft, zowel voor voltijdse als voor deeltijdse docenten. Indien docenten geen professionalisering volgen wordt dit punt negatief geëvalueerd. Studenten kunnen via de zogenaamde CIKO-evaluaties hun docenten beoordelen via uitgebreide, gevalideerde vragenlijsten. Dit wordt minstens om de vijf jaar gedaan en de rapporten worden ook telkens gekoppeld aan de persoonlijke dossiers van de docenten.

De onderwijscommissie hecht groot belang aan professionalisering van haar docenten en kan samen met de centrale onderwijsdiensten een ruim aanbod aanbieden. Het CIKO organiseert een groot deel van de professionalisering, rond zaken als werkplekleren, toetsmatrizen, zelfstudieopdrachten, meerkeuzevragen, studiewijzers en dergelijke meer. De visitatiecommissie stelt vast dat om de stafleden in het ziekenhuis te accommoderen het aanbod verspreid wordt over het hele jaar. Docenten kunnen ook terecht bij het uitgebreide professionaliseringsaanbod dat door de centrale diensten ingericht wordt. Op basis van de gesprekken en de aangeleverde documenten constateert de commissie dat er op vlak van docentenprofessionalisering reeds heel wat stappen gezet zijn, maar dat echter een beperkte groep docenten hier actief gebruik van maakt. Het initiatief om jonge docenten te verplichten om binnen drie jaar een BKO te halen, geaccrediteerd door de VSNU, kan rekenen op de waardering van de commissie. ZAP-leden die reeds langer aan de slag zijn worden hier niet toe verplicht, maar de opleiding wil hier wel rekening mee houden bij toekomstige bevorderingen. Tussen 2009 en 2012 hebben 18 docenten een namiddagssessie gevolgd, een aantal dat volgens de commissie in de toekomst nog verder opgedreven moet worden. De opleiding erkent dat er nog veel werk is. Daarom gelooft ze ook sterk in 1-op-1 gesprekken met de docenten en het nemen van tijd om een aantal onderwijskundige beslissingen te laten doorsijpelen bij het personeel. Op basis van de input van de CIKO-evaluaties wordt er via een hands-on sessie ook cursussen aangeboden aan de docenten om een aantal werkpunten te remediëren.

De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding een degelijk uitgewerkt systeem heeft om de kwaliteit van de docenten te garanderen, zowel door evaluatie als door verdere professionalisering van haar personeel. De commissie is wel van oordeel dat dit overigens goede systeem voor professionalisering nog te vrijblijvend is. De commissie acht het wenselijk dat professionalisering verplicht wordt, en dat er ingezet wordt op een rolspecifieke training, waardoor docenten hun sterktes kunnen aanscherpen en hun zwakkere punten bijwerken, zowel domeindeskundig als op onderwijskundig vlak. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat de studenten tevreden zijn over de manier waarop de evaluatie van de docenten aangepakt wordt. Indien er problemen zijn merken zij op dat de decaan meteen overgaat tot actie. De commissie merkt samen met de opleiding op dat de responsgraad op de studentenevaluaties wisselend is van jaar tot jaar en tussen de 30% en 50% ligt. De opleiding stelt dat de daling is ingezet sinds overgeschakeld werd op online evaluaties. De commissie moedigt de opleiding aan om verder op zoek te gaan naar methoden om de responsgraad te verhogen.

De voorzieningen van de opleidingen Geneeskunde zijn van een voldoende niveau. Er zijn voldoende auditoria en leslokalen met adequate audiovisuele middelen, maar te verspreid over meerdere locaties. Het studielandschap is beperkt tot 3 lokalen met PC voorzieningen. In verhouding met het aantal studenten is dat gering. De commissie stelt vast dat de mogelijkheden voor e-learning eerder beperkt zijn op de campus. Om te voldoen aan de toenemende studentenaantallen bouwt de faculteit nieuwe onderwijsgebouwen die vanaf 2015 en 2016 in gebruik genomen kan worden. De commissie trof een goed uitgeruste bibliotheek aan en stelt vast dat studenten de mogelijkheid hebben om via elektronische kanalen de nodige informatie op te vragen. Tijdens het bezoek treft de commissie eveneens een goed uitgeruste dissectiezaal en vaardighedenlokaal aan. De commissie spreekt haar waardering uit voor de degelijke organisatie van het skillslab.

Het open studielandschap op de faculteit kan vrij gebruikt worden door de studenten, net als de PC-klas. Tijdens de week is het studielandschap open van 8u30 tot 19u en in examenperiodes voorziet de opleiding voldoende locaties om studenten de mogelijkheid te geven in groep te studeren. Hiertoe wordt instellingsbreed met een elektronisch systeem gewerkt dat aangeeft hoeveel plaatsen nog beschikbaar zijn over de hele universiteit.

De commissie stelt vast dat de opleiding werkt met Blackboard als elektronische leeromgeving. Tijdens de gesprekken merken de studenten op dat het gebruik van de leeromgeving sterk verschilt van docent tot docent, dat sommige documenten verouderd zijn en een aantal docenten niet altijd alles up to date brengen. Blackboard wordt hoofdzakelijk gebruikt als een informatie en distributieplatform waarop studenten terug kunnen vinden wat ze moeten kennen voor het examen, net als technische ondersteuning en extra informatie. De opleiding stelt tijdens de gesprekken dat ze geen actief e-learning beleid heeft, maar dat ze wel gestart is met het filmen van de colleges om die op Blackboard te plaatsen. Dit is geen interactieve e-learning, maar is wel een stap om de hoorcolleges terug te dringen en de informatie elektronisch aan de studenten te bezorgen. De commissie moedigt de opleiding aan om te blijven zoeken naar mogelijkheden om aan e-learning te doen.

Om een veilige leeromgeving te creëren voor studenten heeft de opleiding verschillende kanalen opgezet waar studenten terecht kunnen met hun problemen. **Studietrajectbegeleiders** zijn het eerste laagdrempelige aanspreekpunt voor de studenten, die op eigen initiatief of op uitnodiging op gesprek kunnen komen bij de trajectbegeleiders. De studenten worden opgevolgd door de begeleiders, die de studenten actief vragen hoe ze geholpen kunnen worden en indien nodig contact opnemen met de docenten om bijkomende informatie te verzamelen. De centrale diensten van de Universiteit Antwerpen zijn het referentiepunt indien er psychosociale problemen zijn of indien de studenten kampen met faalangst en problemen met studieplanning. Er is een centraal uitgewerkt protocol rond dyslexie en andere functiebeperkingen, met daaraan gekoppelde faciliteiten voor de studenten. De **studieadviseurs** hebben een dubbele opdracht, die enerzijds bestaat uit het geven van advies en begeleiding bij studieproblemen en anderzijds uit advies bij studiekeuze en heroriëntering. De studieadviseurs zijn een ondersteunende dienst naast de faculteit. De commissie stelt vast dat in vergelijking met andere opleidingen binnen de faculteit studenten geneeskunde minder gebruik maken van de aangeboden diensten. De focus ligt hoe dan ook voornamelijk op persoonsgerichte ondersteuning bij problemen.

De opleiding hecht er belang aan om het professioneel gedrag van haar studenten te monitoren. Indien er wangedrag is tegen of door een student is er een studentenbemiddelaar die kan ingrijpen indien nodig. De opleiding heeft ook een specifieke commissie die de studieresultaten monitort en persoonlijke dossiers bijhoudt. Indien er problemen met professioneel

gedrag vastgesteld worden contacteert de commissie de student voor een gesprek. Hoewel er geen protocol is om mensen uit te sluiten voor onprofessioneel gedrag worden studenten wel nauwkeurig opgevolgd door het vaardigheidsteam, die de mogelijkheid heeft om studenten met een onvoldoende te beoordelen. Indien het fout loopt wordt dit immers gesignaleerd in het portfolio, wat een impact heeft op het al dan niet slagen van de student. Studenten die onheus bejegend worden op stage kunnen in eerste instantie terecht bij de stagecoördinator, maar ook bij de centrale vertrouwenspersoon. Problemen worden gebriefd aan de stagebegeleiding. Er is geen protocol in het geval van seksuele intimidatie, maar er worden wel duidelijke afspraken gemaakt. Ook in het ziekenhuis zijn er vertrouwenspersonen aangeduid op de diensten.

Studenten overleggen in de overkoepelende studentenorganisatie SOGA, het Studenten Overleg Geneeskunde Antwerpen. De studenten verkiezen rechtstreeks twee vertegenwoordigers, die deel uit maken van het bureau van de onderwijscommissie. Per jaar worden ook twee jaarvertegenwoordigers aangeduid, die samen met de verkozen studentenvertegenwoordigers in het SOGA overleggen. De studenten zijn betrokken bij het beleid via de onderwijscommissie en de talrijke andere commissies die de opleiding heeft. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat de studenten meer dan het geven van feedback ook echt inspraak hebben in het beleid, en dat SOGA daar een belangrijke rol in speelt. De opleiding geeft aan dat bij grote hervormingen de studenten altijd uitvoerig bevroegd worden en ook degelijk impact hebben op de beslissingen die genomen worden. De commissie stelt vast dat de studenten zich op vlak van medisch onderwijs niet verdiepen, maar wel met een groep studenten aan de slag gaat om te leren van andere instellingen in Vlaanderen en Europa.

De commissie concludeert dat er een modern onderwijsconcept is en vooral voor de bachelor een goed uitgewerkt programma is met het modulair systeem. Ze stelt echter vast dat er voor de klinische fase verbetering mogelijk is, op vlak van de structuur, de feedback en de duur van de stages.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleidingen Bachelor en Master in de Geneeskunde als VOLDOENDE.

De opleiding heeft de voorbije jaren geïnvesteerd in het verder uitwerken van haar toetsing. De onderwijscommissie heeft gekozen voor een gevarieerde mix aan toetsvormen en baseert zich op de niveaus van Miller: kennen, weten hoe, tonen hoe en doen. Bij het UFOO, het Universitair Fonds voor Ontwikkeling van Onderwijs, heeft de onderwijscommissie de voorbije jaren een aantal projecten gelanceerd rond het eindexamen en het meer studentgecentreerd en competentiegericht toetsen. Ook bij het toetsen wil de onderwijscommissie de CCBI centraal stellen en verder investeren in het optimaliseren van de bestaande toetsen met toetsmatrijzen, formatief toetsen verder ontwikkelen en de evaluatiecriteria transparanter maken. De visitatiecommissie stelt vast dat de onderwijscommissie een duidelijke ambitie heeft waar de docenten nog van overtuigd moeten worden. Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie constateert de commissie dat de docenten een grote autonomie hebben om de inhoud van de examens te bepalen, zolang zij zich engageren om de eindcompetenties uit de CCBI te hanteren.

De organisatie van de toetsing staat beschreven in het Onderwijs- en examenreglement (OER), waarin de examenvormen, de organisatie, inzage-recht en dergelijke meer beschreven staan. De examens worden globaal gezien georganiseerd op het einde van het eerste en het tweede semester tijdens de eerste zitting en in de maanden augustus/september voor de tweede zitting. De keuze voor het modulair onderwijs leent zich volgens de visitatiecommissie tot veel frequentere toetsing, iets wat de onderwijscommissie ook reeds overwogen heeft. Hoewel de opleidingsverantwoordelijken er van overtuigd waren dat het onderwijskundig en wetenschappelijk gezien de juiste keuze was, waren vooral de studenten geen voorstander van het afstappen van het semestersysteem. De opleidingsverantwoordelijken stellen dat ze dit compenseren door in te zetten op 'alternatieve toetsvormen', zoals formatieve, tussentijdse en permanente evaluatie. De visitatiecommissie begrijpt dat de opleidingsverantwoordelijken iedereen mee aan boord wil houden bij de hervorming van het curriculum, maar beveelt de opleiding aan om het moduleonderwijs door te trekken naar de evaluatie en frequenter te toetsen doorheen het jaar. De 'alternatieve evaluatievormen' helpen volgens de commissie voor de training in de CanMEDS-rollen, maar dit is niet het geval voor de kennistoetsing.

De keuze voor **de inhoud van de examens en de vorm** ligt bij de individuele docent, maar de opleiding geeft wel richtlijnen mee voor de verschillende fasen van de opleiding. In het zelfevaluatie rapport geeft de opleiding aan dat de rollen van de CCBI gekoppeld worden aan verschillende evaluatievormen. In de bacheloropleiding wordt voornamelijk gekozen voor 'klassieke evaluatievormen', die voor 67% van de opleidingsonderdelen gebruikt wordt. De studenten merken op dat de onderwijsmethodes heel divers zijn, maar dat de evaluatievormen zeker in de bachelor erg monotoon zijn. Ze kennen de CanMEDS-rollen, maar hebben het gevoel niet altijd te weten waar deze getoetst worden. De commissie stelt dat de zichtbaarheid van de CanMEDS-rollen in de evaluatie versterkt kan worden. De vorige visitatiecommissie deed de aanbeveling om het aandeel **mondelijke examens** terug te dringen, wat de opleiding voor de bachelorfase alvast opgevolgd heeft. Voor 74% van de opleidingsonderdelen in de bachelorfase wordt gekozen voor meerkeuzevragen. Op basis van de gesprekken en de ingekeken documentatie stelt ze vast dat mondelinge examens meestal door één of twee docenten gegeven worden en dat dit gepaard gaat met een schriftelijke voorbereiding. De commissie stelt dat mondelinge examens ondanks deze maatregelen een onbetrouwbare evaluatievorm zijn voor kennistoetsing en wil de aanbeveling om het aantal mondelinge examens terug te dringen dan ook herhalen.

Er worden drie belangrijke eindtoetsen georganiseerd om de Kennislijn, de Klinische lijn en de Wetenschappelijke lijn te evalueren. In de integratielijnen krijgen de studenten de parate kennistoets, die door meerkeuzevragen het kennis- en integratieniveau van de studenten toetst. In de klinische lijn komen de stationsproeven aan bod, waar studenten de medisch-technische en communicatieve vaardigheden kunnen toetsen. De wetenschappelijke lijn tenslotte wordt getoetst aan de hand van een individuele opdracht op het einde van de derde bachelorfase, in de module Evidence Based Medicine. Op het einde van de integratieweek wordt de parate kennistoets opnieuw afgelegd, maar nu summatief. De commissie stelt vast dat tijdens het bezoek de integratielijnen nog niet van kracht was in de derde bachelor, maar dat dit gradueel uitgerold wordt. De inspanningen in het summatief toetsen worden gewaardeerd, maar het is volgens de commissie wenselijker om longitudinaal en frequenter te toetsen om de evolutie te zien bij de studenten. Het doel van de toetsing moet zijn om na te gaan of de rollen behaald worden, iets wat beter gedetecteerd wordt tijdens de opleiding. Dit kan onder andere door het formatief en tussentijds frequenter in de opleiding aan te bieden, wat de opleiding in haar zelfevaluatie rapport ook zelf aanhaalt. Door formatieve toetsing en feedback te verwerken in de geïntegreerde examens kan het competentiegericht denken versterkt en het effect van de toetsing verbeterd worden.

In de masteropleiding wordt voornamelijk gekozen voor wat de opleiding niet-klassieke evaluatievormen noemt, zoals permanente evaluatie, werkstukken, portfolio en stage-evaluaties. Deze vormen vertegenwoordigen 57% van de toetsvormen. De meerkeuzevragen worden nog gebruikt in de eerste masterfase om (klinische) kennis te toetsen, maar het aandeel neemt af naarmate de master vordert. Mondelinge examens komen vaker voor in de master dan in de bachelor, omdat het volgens de opleiding de mogelijkheid biedt om het klinisch redeneren van studenten te toetsen. Tijdens het stagejaar in de derde masterfase gebeurt de evaluatie voornamelijk via de stage-evaluaties, met een beoordelingsblad dat het kennen en kunnen van de stagiair moet weergeven. De opleiding geeft zelf aan dat de stagebeoordelingen realistischer kunnen, door te werken met KKB's en KCB's, korte klinische beoordelingen en korte communicatieve beoordelingen die de student samen met een begeleider of medewerker dient af te leggen. De commissie stelt vast dat ten tijde van het visitatiebezoek de opleiding hier reeds mee begonnen is, maar dat dit nog verder uitgebreid dient te worden.

Zoals reeds aangehaald plaatst de opleiding de verantwoordelijkheid voor de toetsing bij de individuele docent, die de vrijheid heeft om het toetsformat te kiezen binnen richtlijnen vanuit de onderwijscommissie. Er wordt veel belang gehecht aan de **transparantie** van de toetsing, die via de cursusinformatie beschikbaar gemaakt wordt aan de studenten. Om de **validiteit** van de toetsing te verhogen loopt sinds 2011 het project 'toetsmatrijs' in de opleiding, waarmee de onderwijscommissie de validiteit van de toetsing wil verhogen via professionaliseringssessies bij het personeel. Tijdens die sessies worden de leerdoelen gekoppeld aan de toetsing en kunnen de docenten nagaan wat ze eventueel willen veranderen. Heel wat docenten gebruiken reeds toetsmatrijzen, maar de commissie wil de opleiding aanbevelen om hier volop op in te zetten en docenten verder te stimuleren om met toetsmatrijzen te werken en deze als instrument te gebruiken. Op basis van de gesprekken stelt de commissie vast dat veel toetsmatrijzen enkel op papier bestaan en niet gebruikt worden door de docenten. De **betrouwbaarheid** van de evaluatie wordt door de opleiding bewaakt op diverse manieren. De toetsen worden door de onderwijscommissie post-hoc geanalyseerd op hun betrouwbaarheid, waarna feedback gegeven wordt aan de docent over de kwaliteit van de vragen. De onderwijscommissie beschikt over de mogelijkheid om examens op te vragen om te bespreken tijdens de vergadering, om eventuele aanpassingen door te voeren binnen het opleidingsonderdeel. Ook de evaluatie van de opleidingsonderdelen door studenten kan een impact hebben hierop. Voor het eindexamen met

meerkeuzevragen werd een selectiecommissie samengesteld die de vragen op voorhand bekijkt en scoort vooraleer ze in de vragenbank opgenomen worden. De commissie raadt de opleiding aan om deze controle vooraf niet enkel voor het eindexamen te gebruiken, maar voor alle opleidingsonderdelen die evalueren met meerkeuzevragen.

De visitatiecommissie merkt op dat de opleiding veel geïnvesteerd heeft in haar toetsprogramma en stelt een duidelijke evolutie vast richting meer competentiegericht toetsen. Het modulair systeem van de opleiding biedt volgens de commissie de mogelijkheid om echt longitudinaal en frequent te toetsen, door na elke module een evaluatie te organiseren. In combinatie met permanente evaluatievormen en meer formatief toetsen kan de opleiding de studenten volgens de commissie nog beter opvolgen. De opleiding wil het principe van *constructive alignment* van competenties, leerdoelen en toetsen door het hele curriculum toepassen. Daarin heeft de opleiding zeker vorderingen gemaakt maar dit proces is nog niet afgerond. De commissie doet de aanbeveling om dit goed opgestarte proces verder uit te werken voor alle fasen van de opleiding.

Het **eindniveau** van de studenten in de masterfase wordt getoetst aan de hand van de eindexamens en de masterproef. Studenten leggen in het vierde masterjaar een eindexamen af, dat bestaat uit verschillende elementen: een probleemoplossend eindexamen met meerkeuzevragen en het geïntegreerd klinisch eindexamen. Het klinisch examen bestaat uit vier casussen, waarvan één patiënt en drie papieren casussen. De student meldt zich aan bij de juryvoorzitter, die verantwoordelijk is voor het kiezen van een fysieke patiënt, terwijl de andere juryleden een papieren casus opstellen. Om de casussen op te lossen krijgen ze vier uur de tijd, met toegang tot alle nodige informatie. Studenten geven aan dat ze positief zijn over het klinisch examen, dat hen echt aanzet om te tonen of ze het onder de knie hebben en hen test op het klinisch redeneren. De opleiding kiest voor een systeem van (goed) uitgewerkte high-stakes examens op het eind van de opleiding, via assessment 'of' learning. Echter, met de invoering van de CanMEDS rollen en meer competentiegericht onderwijs wordt internationaal gepleit voor meer longitudinale toetsing, assessment 'for' learning. Op dit terrein kan de opleiding nog een hele slag maken. De nadruk op het eindexamen resulteert in de het gevoel van de studenten dat er een loskoppeling is tussen stage en examen.

De **finale beoordeling** en indiening van de masterproef gebeurt in de vierde masterfase. De visitatiecommissie kon vaststellen dat de opleiding in haar beoordeling de groep scheidt en iedere student op onderdelen individueel beoordeelt, ook al wordt gewerkt in tweetallen zonder expliciete taakverdeling. De onafhankelijke lezers, die de studenten opvolgen, spelen hier een belangrijke rol in. De studenten dienen de masterproef in als een wetenschappelijke paper en presenteren die aan de jury. Daarnaast moet elke student individueel twee klinische casussen uitwerken, gebaseerd op hun co-schappen in de vierde masterfase. Zowel de masterproef als de casussen worden voorgesteld aan een jury, die bestaat uit leden van het ZAP en het BAP en die oordeelt op basis van vastgelegde criteria, die aan de student gecommuniceerd worden. De commissie stelt uiteraard geen problemen te hebben met samenwerking, maar ze acht het niet wenselijk dat studenten gezamenlijk getoetst worden op hun masterproef, aangezien het vooral belangrijk is dat studenten individueel kunnen aantonen de beoogde eindresultaten behaald te hebben. Indien studenten meeliften kunnen de begeleiders dit opmerken in de logboeken, waarin studenten de uren die ze werken aan de masterproef in noteren. De opleiding stelt dat dit vooral nuttig kan zijn indien iets misloopt in de groep. De commissie kon op basis van de individuele papers echter niet uitmaken wat de individuele bijdrage was en merkt op dat studenten tijdens de gesprekken melden dat het werk niet altijd evenredig verdeeld wordt.

Na aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie werd het **portfolio** aangepast en opgesplitst in twee aparte portfolio's. In het eerste portfolio, dat loopt van de eerste bachelor tot de tweede master, worden voornamelijk de communicatieve en medisch-technische vaardigheden in opgenomen. Studenten worden voorbereid op de opdrachten uit het derde masterjaar, via zelfreflecties, opdrachten, een persoonlijk opleidingsplan, klinische casussen en dergelijke meer. De begeleiders geven jaarlijks geschreven feedback op dit portfolio aan de student. Het tweede portfolio is enkel voorbehouden voor het stagejaar in de derde masterfase, een apart opleidingsonderdeel waarop studenten beoordeeld worden. Dit portfolio bestaat uit casussen, voorstellingen aan de staf op stage, zelfreflecties en specifieke opdrachten. De KKB's en KCB's worden ook opgenomen in het portfolio. De visitatiecommissie stelt dat het eerste portfolio, dat tot de tweede masterfase loopt, de evolutie van de student op het vlak van communicatieve en medisch-technische vaardigheden goed bijhoudt, maar dat er op vlak van professioneel gedrag een zekere hiaat is. De commissie raadt aan om meer directe feedbackmomenten in te lassen. Het portfolio uit het stagejaar kan eveneens veel sterker worden ingezet bij de begelei-

ding tijdens stages en zo benut worden voor de verbetering en standaardisering van de kwaliteit, bij voorkeur door toepassing van een elektronisch portfolio.

Op het einde van het curriculum moeten de studenten na de acht eerste acht maanden in het derde masterjaar een keuze maken voor de co-schappen die ze in het vierde masterjaar willen doen. Deze keuze is belangrijk voor de richting die de student na de masteropleiding wil inslaan in de vervolgopleiding. De overgang naar deze opleiding begint met een zogenaamde 'aanvaarding', waarin studenten opgenomen worden in groep, vertrouwen krijgen van de docenten en dergelijke meer. Studenten geven aan dat de aanvaarding een erg stresserende periode is, aangezien de keuze een belangrijke impact heeft op hun toekomst. Een commissie die verantwoordelijk is voor de verschillende disciplines maakt een rangschikking van de studenten. Daarbij is het belangrijk volgens de studenten dat er niet gekeken wordt naar het cijfermatige, maar dat er een goede combinatie is van aandacht voor je stagemomenten, je portfolio en het interview met de selectiecommissie. De visitatiecommissie signaleert dat studenten reeds vroeg in een bepaalde richting geduwd worden en op één discipline focussen, wat de vraag oproept of ze alle medische competenties wel kunnen halen. De commissie waardeert het dat de selectieprocedure losgekoppeld is van de opleiding en dat dit officieel geen impact heeft op het behalen van de leerresultaten voor de basisopleiding.

De vertegenwoordigers van het werkveld geven aan dat ze globaal gezien tevreden zijn over de kwaliteit van de studenten. Tijdens de gesprekken merken ze op dat de brede vorming en goede praktische basis het makkelijk maakt om op verder te bouwen in de vervolgopleiding. Studenten uit Antwerpen zijn sterk in ethiek, en vooral op vlak van communicatievaardigheden blinken ze uit. De vroegere basiswetenschappelijke en medische details kennen ze niet zo goed meer, maar ze weten hoe ze dingen moeten opzoeken en kennen het gezondheidssysteem, wat vroeger niet het geval was. Studenten uit Antwerpen zijn goed voorbereid, leergierig en proactief. Het nemen van initiatief is hen niet vreemd, wat volgens de vertegenwoordigers van het werkveld samen met de communicatieve vaardigheden het sterkste punt van de Antwerpse afgestudeerden is.

De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding geen benchmarking organiseert voor haar studenten. Tijdens de gesprekken stelt de commissie vast dat er een examen is dat studenten kunnen afleggen, maar er is geen systematische benchmarking aan andere (inter)nationale opleidingen ge-

neeskunde. De commissie suggereert dat de opleiding kijkt naar de internationale examens als USMLE, IFOM, EBME of de Nederlandse Voortgangstoets. Het diplomarendement per instromende cohorte ligt hoog. Van de cohorte studenten die in 2007–2008 gestart is met de opleiding behaalde 93% van de studenten het diploma binnen de reguliere tijdsduur van vier jaar, terwijl dat voor de studenten uit 2008–2009 94% bedraagt.

Concluderend stelt de commissie vast dat de opleiding voldoende haalt op vlak van het gerealiseerd eindniveau.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Bachelor

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Bachelor in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Master

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Master in de Geneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Kies niet enkel voor papieren patiëntencasussen maar expliciet voor het leren in de context door studenten vroeger in contact te brengen met patiënten. Koppel dit contact met patiënten ook aan het theoretisch onderwijs via patiëntendemonstraties.
- Voorzie meer contacturen voor wetenschappelijk onderzoek in de bachelor.
- Neem feedback op de samenwerking van studenten in het kader van de masterproef op in het portfolio.
- Organiseer het proces van de masterproef zodanig dat het leidt tot een individueel eindproduct.
- Verzorg een structureel feedbackmoment tijdens de stage, over alle stageplaatsen heen. Train studenten en stagebegeleiders in het geven van feedback. Moedig studenten hierbij aan om zelf feedback te vragen, maar leg de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de begeleider.
- Richt de stages helder op de competenties en stimuleer dit door een langer verblijf op eenzelfde afdeling, in plaats van een kort verblijf op verschillende afdelingen.
- Zorg dat studenten in staat blijven om binnen de wettelijke termijn van 48u de leerdoelen te halen en zorg ervoor dat geen enkele student nadeel ondervindt van het niet tekenen van de vrijwillige opt-out.
- Zorg ervoor dat studenten op stage niet te snel focussen op één discipline en vermijd dat ze in een bepaalde richting geduwd worden.
- Verminder het aantal hoorcolleges en zet daarmee de positieve evolutie van de voorbije jaren verder. Kies voor alternatieve, meer activerende lesvormen.
- Beperk het aantal aanstellingen met een kleine onderwijsfunctie van 5% en 10%, gezien het risico dat dit meedraagt voor de samenhang en afstemming binnen de opleiding.
- Drijf het aantal BKO's bij de ZAP-leden op.
- Maak de professionalisering van docenten minder vrijblijvend en verplicht het professionaliseringsaanbod voor alle docenten. Zet hierbij in op rolspecifieke training, waarbij docenten zowel op domeinskundig als onderwijskundig vlak dienen aan te tonen of ze bepaalde rollen beheersen.

- Verhoog de responsgraad voor de studentenbevragingen en zoek methoden die beter aansluiten bij de opleiding.
- Verhoog de inspanningen rond e-learning binnen de opleiding en maak meer gebruik van Blackboard.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Verhoog de zichtbaarheid van de CanMEDS-rollen in de evaluatie. Zorg voor een grotere variatie aan evaluatiemethoden, afgestemd op de competenties.
- Dring het aantal mondelinge examens terug, zoals aanbevolen door de vorige visitatiecommissie. Mondelinge examens zijn een onbetrouwbare evaluatievorm voor kennistoetsing.
- Werk het concept *assessment for learning* verder uit en maak doorheen het curriculum meer gebruik van formatieve toetsing. Focus op meer longitudinale toetsing en verminder de nadruk op de *high stakes* eindexamens.
- Zorg dat docenten meer gebruik maken van toetsmatrijzen en gebruik deze als instrumenten.
- Pas de controle vooraf op meerkeuzevragen, zoals gehanteerd bij het eindexamen, ook toe op de andere meerkeuze-examens.
- Rond de invoering van het principe van *constructive alignment* van leerdoelen, competenties en toetsen doorheen het curriculum af voor alle fasen van de opleiding.

BIJZONDER KWALITEITSKENMERK: 'DE ROL COLLABORATOR IN DE MASTEROPLEIDING'

Inleiding

Het bijzonder kwaliteitskenmerk wordt door de opleiding aangevraagd voor de rol collaborator in de masteropleiding. De opleiding stelt dat ze omwille van een toename van chronisch complexe zorgsituaties multidisciplinair en interprofessioneel werken als een noodzaak beschouwt. In de gezondheidszorg is samenwerken een evidentie, dus dienen studenten er volgens de opleiding ook in getraind worden. Ze wil dit doen door multidisciplinair en interprofessioneel samenwerken gradueel op te bouwen en rekent hierbij in de master op drie grote componenten: het multidisciplinair onderwijs in de eerste en tweede masterfase, het stagejaar in de derde masterfase en de IPSIG-module (Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg) in de vierde masterfase.

De commissie beoordeelt het eerste criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – differentiatie en profilering als EXCELLENT.

De opleiding stelt dat de invulling van de rol collaborator aan de Universiteit Antwerpen in vergelijking met andere rollen intensiever ingevuld wordt. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding in de master sterk aan de slag gaat met de rol van collaborator en dit op verschillende momenten in het curriculum laat terugkomen. Binnen het Multidisciplinair Onderwijs (MDO) komen verschillende disciplines aan bod en via het 'interprofessioneel onderwijs' als actief didactische methode wil de opleiding het leren over andere disciplines aanmoedigen.

De IPSIG-module, het Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg, is de afsluitende module van dit onderwijs en wordt zoals in GKW 2 van het visitatierapport door de commissie omschreven als waardevol. Het concept van de module gaat terug op wetenschappelijk onderzoek van de opleiding en werd opgezet in samenwerking met verschillende onderwijs- en zorginstellingen uit de Antwerpse regio. De commissie wil haar waardering uitspreken over de intense samenwerking en organisatie. De opleiding slaagt er volgens de commissie in om zich met deze module duidelijk te profileren ten opzichte van andere onderwijsinstellingen in Vlaanderen. Via diverse workshops, internationale congressen en een proefschrift heeft de opleiding het concept een duidelijke uitstraling gegeven, zowel in binnen- als in buitenland. De visitatiecommissie wenst dit aspect van het bijzonder kwaliteitskenmerk dan ook als excellent te bestempelen.

De commissie beoordeelt het tweede criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – kwaliteit als GOED.

De opleiding stelt dat de invulling en uitbouw van de rol collaborator ervoor gezorgd heeft dat het beoogd eindniveau veel specifiek en duidelijker geformuleerd is, dat de principes van het interprofessioneel leren gehanteerd worden in het onderwijsproces en dat er een impact is op het gerealiseerd eindniveau, zoals zichtbaar in de toetsing. De visitatiecommissie stelt dat de rol collaborator fundamenteel deel uitmaakt van het competentiegericht leren. Het MDO en de IPSIG-module zijn volgens de commissie zeer degelijke invullingen van de rol collaborator, maar ze is wel van oordeel dat de impact op de kwaliteit nog hoger zou zijn mocht de IPSIG-module geïntegreerd frequenter terugkomen doorheen het hele curriculum en uitgebreid worden in omvang.

De commissie beoordeelt het derde criterium voor het bijzonder kwaliteitskenmerk – concretisering als GOED.

De rol van collaborator in de master is uitgewerkt in verschillende opleidingsonderdelen: het MDO, de terugkomdagen in het stagejaar en de IPSIG-module. De commissie stelt vast dat de rol van collaborator inderdaad systematisch aangepakt wordt in het MDO, in de kleinschalige groepen waarin studenten rond verschillende CanMEDS-rollen werken in het opleidingsonderdeel. De uitwerking van dit MDO in de eerste ten tweede masterfase wordt reeds beschreven in GKW 2 van het visitatierapport. De commissie stelt vast dat met het multidisciplinair onderwijs duidelijk gekozen wordt voor een simulatie van een klinische setting.

De werkwijze van de IPSIG-module wordt besproken in het handboek 'Leren Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg'. Onder begeleiding van tutoren komen teamwork, interprofessionele communicatie en de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn aan bod. De commissie spreekt haar waardering uit voor de uitwerking van de IPSIG-module, maar blijft ervan overtuigd dat een frequentere training en een uitbreiding van de module een betere integratie van de rol collaborator in de master teweegbrengt.

Integraal eindoordeel van de commissie

Bijzonder kwaliteitskenmerk: De rol 'collaborator' in de master	
1. Differentiatie en profilering	E
2. Kwaliteit	G
3. Concretisering	G

Conform de beslisregels, kan een **bijzonder kwaliteitskenmerk** enkel worden toegekend bij ten minste eenmaal een oordeel 'excellent' en geen enkel oordeel 'onvoldoende' of 'voldoende'. Vermits voor het bijzonder kwaliteitskenmerk criterium 1 als excellent wordt beoordeeld, criterium 2 als goed en criterium 3 als goed, wordt het bijzonder kwaliteitskenmerk **toegekend**¹.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief voor het Bijzonder Kwaliteitskenmerk

Criterium 1 – Differentiatie en Profilering

Criterium 2 – Kwaliteit

- Breid de IPSIG-module uit en laat ze frequenter in het curriculum terugkomen.

Criterium 3 – Concretisering

¹ De beoordeling van het bijzonder kwaliteitskenmerk is niet van invloed op de uitkomst van de accreditatie maar kan wel leiden tot een aantekening in het accreditatierapport.

KU LEUVEN, UA, UGENT EN VUB

Huisartsgeneeskunde

SAMENVATTING

Master in de Huisartsgeneeskunde

De interuniversitaire Master in de Huisartsgeneeskunde werd in het kader van een onderwijsvisite op haar kwaliteit geëvalueerd door een commissie van onafhankelijke experts. In deze samenvatting, die een momentopname weergeeft, worden de belangrijkste bevindingen van de commissie opgelijst.

Profilering

De academische Master in de Huisartsgeneeskunde is een interuniversitaire samenwerking tussen de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Gent, de Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel. De KU Leuven is de penvoerende instelling. De universiteiten voeren een gezamenlijk opleidingsbeleid en hebben de praktische organisatie en ondersteuning bij overeenkomst geregeld bij het ICHO, het Interuniversitair Centrum voor HuisartsOpleiding. De interuniversitaire opleiding leidt tot afzonderlijke diploma's, die de student ontvangt bij de instelling waar de inschrijving heeft plaatsgevonden.

De opleiding is een vervolgopleiding, die enkel gevolgd kan worden door studenten die de opleiding Master in de Geneeskunde succesvol afgerond hebben en een geschiktheidsattest ontvangen hebben. Door te kiezen voor een master-na-master structuur en een duidelijke wetenschappelijke ambitie is de opleiding een voorloper in Europa. De opleiding heeft erg heldere

doelstellingen geformuleerd, die gebaseerd zijn op de zeven CanMEDS-modellen medisch deskundige, wetenschapper, communicator, professional, samenwerker, manager en gezondheidsbevorderaar. De opleiding heeft een modern profiel en ambities die aansluiten bij wat verwacht wordt van een huisarts in de 21e eeuw.

In het academiejaar 2012–2013 telt de opleiding 432 ingeschreven studenten.

Programma

De opleiding Master in de Huisartsgeneeskunde bestaat uit 120 studiepunten, verspreid over twee opleidingsfasen van telkens 60 studiepunten. Als uitgangspunt kiest de opleiding voor geïntegreerd leren en werken, waarbij ingespeeld wordt op de maatschappelijke uitdagingen. Het programma volgt de principes van het volwassenenonderwijs, waarbij de opleiding veel belang hecht aan de principes van zelfkritiek, zelfsturing en zelfstudie. De studenten volgen bovenal een individueel leertraject en worden hierin ondersteund door de opleidingsverantwoordelijken, die een pakket aan leeractiviteiten aanbieden. De opleiding organiseerde in 2007 tijdsregistraties, waarin duidelijk een discrepantie vastgesteld werd tussen de gemeten studietijd en de begrootte studietijd. Tijdens het visitatiebezoek waren geen nieuwe cijfers voorhanden.

Het bulk van de opleiding zijn de 33 studiepunten die jaarlijks geïnvesteerd worden in de **praktijkstages**. Studenten werken twee maal 12 maanden bij een praktijkopleider volgens het principe van het werkplekleren. Studenten werken 48u per week, waar zowel praktijk als zelfstudie bij hoort. Elke dinsdag hebben de studenten twee dagdelen beschikbaar voor (zelf)studie aangevuld met een derde blok van 4u vrij te kiezen tussen de praktijkopleider en de student.. Studenten krijgen in een praktijk een opleidingscontract van één jaar, dat na overleg hernieuwd kan worden. De selectie van een stageplaats gebeurt via een georganiseerd kennismakingsmoment met speeddating, waarna studenten bij een praktijk van hun voorkeur een aanvraag kunnen indienen.

Naast het praktijkonderwijs organiseert de opleiding **seminariegroepen** die focussen op de verschillende CanMEDS-rollen. De thematiek wordt in groep besproken, aan de hand van de persoonlijke ervaringen van de huisarts in opleiding en casussen die uit de praktijk verzameld worden. Deze groepen worden verder aangevuld met verdiepende modules, zowel op vlak van kennis al inzicht. Studenten kunnen kiezen uit sessies rond thematische topics,

zowel online als in de gebouwen van de organiserende universiteiten. De modules kunnen de hiaten in het persoonlijk leertraject opvullen.

De consultatie-, communicatie- en managementsvaardigheden zijn als een apart opleidingsonderdeel gedefinieerd, maar komen zowel tijdens de praktijkstages, het werkplekleren, de intervisiesessies, de opleidingsmodules en dergelijke meer aan bod. Deze vaardigheden zitten geïntegreerd in de praktijk.

De masterproef neemt 12 studiepunten in per academiejaar. Studenten kiezen een onderwerp uit waarin ze zich verdiepen en op een wetenschappelijke manier uitwerken. De opleiding geeft de keuze tussen een praktijkverbeterend werk of een diepgaand literatuuronderzoek. De praktijkverbeterende werken worden op een zodanige manier opgesteld dat de vaststellingen uit het onderzoek generaliseerbaar moeten zijn en kunnen toegepast worden op andere praktijken. De studenten worden begeleid door promotoren uit de verschillende instellingen en door de praktijkop-leiders, die als co-promotor optreden. Het aandeel van de masterproef in de opleiding is sterk gestegen tegenover de eerste tijdsregistratie in 2007, maar er is een concurrentie tussen het werken aan de masterproef en het werken in de praktijk.

Op vlak van internationalisering gebeurt er weinig in de opleiding. Er bestaat geen financiering, waardoor het aantal buitenlandse praktijkstages erg beperkt is en quasi niet bestaat. De opleiding heeft wel een instroom uit het buitenland, hoofdzakelijk mensen van Nederlandse origine. De sterk praktijkgerichte aard van de opleiding en de specifieke context in Vlaanderen maakt het moeilijk om buitenlandse docenten of experts in te schakelen. De opleiding wisselt wel docenten uit naar het buitenland om daar ervaring op te doen.

Beoordeling en toetsing

De opleiding heeft de ambitie om de examens in de toekomst te spreiden over de loop van de twee jaar in plaats van enkel op het eind van elk jaar, wat momenteel het geval is. Er is een duidelijke keuze voor een evaluatie van het eindniveau, maar in het kader van het volwassenenonderwijs is er een evolutie richting *assessment for learning*, tijdens het onderwijs.

De praktijkstages van de studenten worden beoordeeld door de praktijkopleiders en de stagemeester-coördinatoren op basis van de functione-

ringsgesprekken, de deelname aan interviewsessies en het elektronisch portfolio dat de studenten moeten bijhouden. De evaluatie van de seminariegroepen gebeurt via een beoordeling van de casussen – die opgenomen worden in het portfolio – in het eerste jaar en een gestructureerde mondelinge proef op het eind van het tweede jaar. Het onderwijs uit de modules wordt geëvalueerd via een reflectie over een elektronische kennistoets in het eerste jaar en het effectief afleggen van de kennistoets in het tweede jaar. De consultatie-, communicatie- en managementvaardigheden worden via stationsproeven en videoconsultaties geëvalueerd.

De praktijkopleider op stage is ook de beoordelaar van de stage. De stationsproeven en mondelinge proeven worden door interuniversitaire jury's afgenomen, maar het aantal externe beoordelaars van de studenten is eerder beperkt. De opvolging van de studenten verloopt via het **elektronisch portfolio** en de dagdagelijkse begeleiding. Er wordt een minimumpakket voorop gesteld van minimum twee leeragenda's per jaar, twee uitgebreide casussen, twee evaluatiegesprekken met de praktijkopleider met gemaakte afspraken en drie maal tien patiëntenregistraties met analyse, een zelfreflectie over de eigen loopbaankeuze en interessante literatuur-opzoekingen. Zowel de praktijkopleider als de stagecoördinator wordt ingelicht over wijzigingen aan het portfolio. De studenten beschouwen het portfolio momenteel eerder als een administratieve belasting eerder dan een handig instrument voor opvolging. De opleiding maakt momenteel werk van een vernieuwd elektronisch portfolio.

Begeleiding en ondersteuning

De opleiding doet beroep op de voorzieningen van de vier deelnemende universiteiten, de verschillende opleidingsziekenhuizen en voornamelijk de opleidingspraktijken. Het ICHO zelf biedt een website aan met alle informatie, de toegang tot het portfolio, inschrijvingsformulieren voor modules en dergelijke meer. Studenten hebben ook toegang tot het CDLH, de digitale bibliotheek van CEBAM – het Belgian Centre for Evidence Based Medicine.

De opvolging en begeleiding in het geval van problemen gebeurt door de praktijkopleider op stage, de stagecoördinatoren van het ICHO en het Regionaal Overleg Coördinatoren en Stafleden Praktijkopleiding en Seminarie (ROCS). De opleiding kiest voor een getrapte remediëring bij intensievere begeleiding. In het geval van klachten is er een ombudsdienst voor handen. De opleidingsplaatsen worden geëvalueerd via online beoordelingen

door de studenten en via de opvolging van de stafleden praktijkopleiding. Studenten zijn tot slot nog georganiseerd in 't HOP, het Huisartsenoverlegplatform, dat fungeert als een aanspreekpunt als er problemen zijn. De studenten zijn ook vertegenwoordigd in de opleidingscommissie, waar ze een derde van de leden uitmaken.

Slaagkansen en beroepsmogelijkheden

Praktijkopleiders en studenten geven aan dat ze bijzonder tevreden zijn met de opleiding. De commissie kon het enthousiasme over de opleiding vaststellen tijdens de gesprekken, maar evenzeer in de enquêtes die de opleiding afgenomen heeft bij afgestudeerde en gevestigde huisartsen. De opleiding heeft een hoog diplomarendement, met een totaal van 96% van de startende huisartsen in opleiding die een diploma haalt op het einde. De opleiding toont aan dat een merendeel van de studenten die uitvallen voor een andere specialisatie te kiezen.

ONDERWIJSVISITATIE Geneeskunde en Huisartsgeneeskunde

Academische Master

Woord vooraf

Dit rapport behandelt de interuniversitaire Masteropleiding in de Huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven, Universiteit Gent, Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel. De opleiding kwam telkens aan bod tijdens aparte gesprekken georganiseerd tijdens de bezoeken van de visitatiecommissie aan de Bachelor- en Masteropleidingen van de Geneeskunde aan de vijf universiteiten in Vlaanderen.

De visitatiecommissie beoordeelt de opleiding aan de hand van de drie generieke kwaliteitswaarborgen uit het VLUHR-beoordelingskader. Dit kader is afgestemd op de accreditatievereisten zoals gehanteerd door de NVAO. Voor elke generieke kwaliteitswaarborg geeft de commissie een gewogen en gemotiveerd oordeel op een vierpuntenschaal: onvoldoende, voldoende, goed of excellent. Bij de beoordeling van de generieke kwaliteitswaarborgen betekent het concept 'basiskwaliteit' dat de generieke kwaliteitswaarborg aanwezig is en de opleiding voldoet aan de kwaliteit die in internationaal perspectief redelijkerwijs mag worden verwacht van een bachelor- of masteropleiding in het hoger onderwijs. De score voldoende wijst er op dat de opleiding voldoet aan de basiskwaliteit en een acceptabel niveau vertoont voor de generieke kwaliteitswaarborg. Indien de opleiding goed scoort dan overstijgt ze systematisch de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg. Bij een score excellent steekt de opleiding ver uit boven de basiskwaliteit voor de generieke kwaliteitswaarborg en geldt ze hierbij als een (inter)nationaal voorbeeld. De score onvoldoende getuigt dan weer dat de generieke kwaliteitswaarborg onvoldoende aanwezig is.

De oordelen worden onderbouwd met feiten en analyses. De commissie heeft inzichtelijk gemaakt hoe zij tot haar oordeel is gekomen. De commissie geeft ook een eindoordeel over de kwaliteit van de opleiding als geheel aan de hand van dezelfde vierpuntenschaal. De oordelen en aanbevelingen hebben betrekking op de opleiding, tenzij anders vermeld.

De commissie beoordeelt de kwaliteit van de opleiding zoals zij die heeft vastgesteld op het moment van het visitatiebezoek. De commissie heeft zich bij haar oordeel gebaseerd op het zelfevaluatie-rapport en de informatie die voortkwam uit de gesprekken met de opleidingsverantwoordelijken, de lesgevers, de studenten, de alumni, vertegenwoordigers van het

werkveld en de verantwoordelijken op opleidingsniveau. De commissie heeft ook het studiemateriaal, de afstudeerwerken en de examenvragen bestudeerd.

Naast het oordeel formuleert de visitatiecommissie in het rapport aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief. Op die manier wenst de commissie bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van de opleiding. De aanbevelingen zijn opgenomen bij de respectieve generieke kwaliteitswaarborgen. Aan het eind van het rapport is een overzicht opgenomen van verbeteruggesties.

Situering van de opleiding

De master-na-masteropleiding in de Huisartsgeneeskunde omvat 120 studiepunten, verspreid over twee opleidingsfasen. De opleiding telde in het academiejaar 2012–2013 432 ingeschreven studenten.

De interuniversitaire Master in de huisartsgeneeskunde is ontstaan in de context van een vijfjaarlijks samenwerkingscontract tussen de rectoren en decanen van de Vlaamse universiteiten, sinds 1995. De samenwerking tussen de universiteiten onderling en tussen de universiteiten en het Interuniversitair Centrum voor HuisartsOpleiding, de vzw ICHO, wordt bij overeenkomst geregeld. Deze samenwerking heeft betrekking op het voeren van een gezamenlijk opleidingsbeleid en de praktische organisatie en ondersteuning door ICHO. De interuniversitaire opleiding leidt tot afzonderlijke diploma's, die de student ontvangt van de instelling waar de inschrijving heeft plaatsgevonden. De interuniversitaire stuurgroep van het Interuniversitaire Samenwerkingsverband Huisartsen Opleiding, ISHO, bestaat uit vier academici per universiteit, bepaalt het opleidingsbeleid en delegeert de praktische organisatie aan het ICHO. De diensthoofden van de universiteiten vormen de brug met de academische centra, vakgroepen en de faculteiten. Het ICHO is uitgebouwd als netwerkorganisatie en bouwt op gestructureerd overleg tussen de verschillende betrokkenen van de opleiding.

Generieke kwaliteitswaarborg 1 - Beoogd eindniveau

De commissie beoordeelt het beoogd eindniveau van de opleiding Master-na-master in de Huisartsgeneeskunde als GOED.

De opleiding voldoet aan de vereisten van de Europese richtlijnen 86/457/EEG, 93/16/EEG, 2001/19/EG en is direct toegankelijk nadat studenten de masteropleiding geneeskunde met afstudeerrichting huisartsgeneeskunde voltooid hebben. Na een aangepast programma kunnen studenten uit andere afstudeerrichtingen ook instromen in de master-na-master. Het Vlaams decreet erkent ook het laatste jaar van de basisopleiding als een deel van de opleiding huisartsgeneeskunde, waarmee de opleiding voldoet aan de Europese richtlijn om een driejarige opleiding. De domeinspecifieke leerresultaten werden in 2012 opgesteld door een werkgroep van de VLIR, die acht kerncompetenties opgesteld heeft: specifieke eerstelijnszorgverlening, persoonsgerichte zorg, specifieke probleemoplossende vaardigheden, integrale aanpak, gerichtheid op de gemeenschap, biopsychosociale benadering, professionele opstelling & levenslang leren, synthese & integratie. Deze komen voort uit de *Educational Agenda of the European Academy for Teachers in general practice* (EURACT) en de zeven basisrollen van de CANMEDS. De opleiding voldoet aan de eisen van het Vlaams Kwalificatieraamwerk. De DLR zijn verder vertaald naar opleidingsspecifieke leerresultaten in 25 competenties en 80 hoofddoelen die gekoppeld worden aan een toetslijst van 198 elementen om een specifieke sturing van de dagdagelijkse opleiding mogelijk te maken. De Nederlandse eindtermen werden daartoe bewerkt. Om aan de eisen van het beroepenveld te voldoen houdt de opleiding rekening met de belangrijke Vlaamse beleidsnota's van de Vlaamse Gezondheidsraad en de Visienota Maatschappelijk Verantwoorde Zorg.

De opleiding stelt in haar visie op de opleiding het geïntegreerd leren en werken centraal en wil inspelen op de maatschappelijke uitdagingen. Het opleidingsconcept vertrekt van reflectieve praktijkvoering, waarbij het leren en het werken samengaat. De ambitie is om het onderwijs te organiseren volgens de principes van het volwassenenonderwijs, waarbij veel belang gehecht wordt aan zelfkritiek, zelfsturing en zelfstudie. De opleidingsverantwoordelijken bieden een pakket aan leeractiviteiten aan, maar laten de studenten veel ruimte om zelf hun persoonlijk leertraject te bepalen. Het ICHO is dan ook georganiseerd als een lerende netwerkorganisatie waarin interactieve samenwerking is tussen lesgevers en studenten. De opleiding wil het beroepenveld sterk integreren door de praktijkopleiders, coördinatoren, lesgevers, stafleden en academici allemaal in de praktijk

te laten functioneren. Het ICHO kiest voor een toekomstgericht model dat studenten voorbereidt op het functioneren als huisarts in de gezondheidszorg van morgen. Ze wil dit doen via het onderschrijven van *transformative learning* en studenten als veranderingsactoren opleiden. De kracht van de opleiding ligt volgens de verantwoordelijken ook in de samenwerking tussen de vier universitaire centra, wat een coherent beleid op vlak van de huisartsgeneeskunde voortbrengt en schaal- en synergievoordelen oplevert voor de organisatie.

De opleiding wordt interuniversitair georganiseerd door vier faculteiten, maar de mogelijkheid bestaat om per student specifieke pakketten samen te stellen en leerlijnen te volgen. Er is weliswaar één groep van praktijkop-leiders, die openstaat voor alle stagestudenten, ongeacht welke basisop-leidingen ze gevolgd hebben. Er zijn accenten in het onderwijs, accenten in de masterproefbegeleiding – maar die worden meer bepaald door de individuen dan door de faculteiten. Vanaf 2018 verandert de master-na-master opleiding grondig; het huidige zevende jaar uit de basisopleiding wordt voor de huisartsen geïntegreerd in de master-na-masteropleiding en vormt het eerste jaar van die vervolgopleiding. De opleidingsverantwoor-delijken hebben een roadmap opgesteld om dit te realiseren. De opleiding wil in de toekomst met de overheveling van het laatste jaar uit de master geneeskunde naar de master-na-master meer aandacht spenderen aan het transmurale, populatiegerichte aspect dat nu minder belicht is. De op-leiding wil in het kader van de eerstelijns meer interdisciplinair werken en daarmee rekening houden met de huidige evoluties in Vlaanderen richting kleinere praktijken met een verder uitgebreid takenpakket om topics als de vergrijzing van de samenleving aan te pakken.

De visitatiecommissie is van oordeel dat de opleiding huisartsgeneeskunde een voorloper in Europa is door expliciet te kiezen voor een master-na-master structuur en daarmee voor een duidelijk wetenschappelijk niveau van de opleiding. De opleidingsverantwoordelijken hebben de ambitie om het vakgebied vooruit te trekken en klaar te maken voor de 21e eeuw. De opleiding is er in geslaagd om heldere doelstellingen op te stellen waar de CanMEDS-rollen in geïntegreerd zijn.

Generieke kwaliteitswaarborg 2 - Onderwijsproces

De commissie beoordeelt het onderwijsproces van de opleiding Master-na-master in de Huisartsgeneeskunde als VOLDOENDE.

Het bestuur van het ICHO ligt in handen van het DIRCO, het directiecomité, waarin van elke universiteit één afgevaardigde deel van uitmaakt. Beslissingen moeten teruggekoppeld worden naar de POC, een overlegorgaan waar ook studenten, praktijkopleiders en een vertegenwoordiger van de stagecoördinatoren deel van uitmaken. Het ICHO probeert haar sturende rol zo goed als mogelijk op te nemen. Het onderwijs wordt voor een groot deel uitbesteed aan praktijkopleiders in de stagepraktijken, maar het ICHO evalueert deze opleiders volgens een aantal criteria en ondersteunt ze ook via haar stafleden. Naast de praktijkopleiders werkt de opleiding ook samen met stagecoördinatoren, lesgevers en promotoren.

Het opleidingsprogramma van de master-na-masteropleiding bestaat elk jaar uit verschillende elementen: de praktijkstages (33 ECTS), de begeleide praktijkreflectie (6 ECTS), verdieping van kennis en inzicht in de huisartsgeneeskunde (3 ECTS), consultatie-, communicatie- en managementvaardigheden (6 ECTS) en de masterproef (12 ECTS). De commissie stelt vast dat bijna alles in de praktijk gebeurt, met uitzondering van de begeleide praktijkreflectie. De consultatie-, communicatie- en managementvaardigheden zijn gedefinieerd als een apart opleidingsonderdeel, maar maken in realiteit deel uit van de praktijkstage.

De **praktijkstages** bedragen met 33 studiepunten per jaar het bulk van de opleiding en behandelen de verschillende CanMEDS-rollen integratief in de praktijk. De 33 studiepunten omvatten telkens 12 maanden werkplekuren bij een praktijkopleider die erkend wordt door de FOD Volksgezondheid en door het ICHO aangesteld is als praktijkopleider in Vlaanderen of Brussel. De huisartsen in opleiding (haio's) hebben de mogelijkheid om zowel voltijds of halvtijds stage te lopen naar rato van de totale opleidingsduur. Studenten werken zelfstandig als huisarts in opleiding op de werkplaats onder toezicht van de praktijkopleider en bespreken samen met praktijkopleider zwakke en sterke punten om na te gaan wat verbeterd kan worden. Via tussentijdse evaluaties, zelfstudie, het stellen van vragen en dergelijke meer ontwikkelen de studenten zich verder. De praktijkstages worden aangevuld met 'aanvullende stages', die studenten kunnen gebruiken om disciplines waar ze zich verder op willen trainen of waar ze binnen hun praktijk onvoldoende mogelijkheid toe hebben. Studenten geven aan dat

ze gemiddeld 48u per week werken, waar zowel praktijk als zelfstudie bij hoort. Elke dinsdag hebben de studenten twee dagdelen beschikbaar voor (zelf)studie, ongeacht of er seminarie is of niet. Naast die dinsdagnamiddag- en dinsdagavond heeft elke haio bijkomend recht op een ander aaneengesloten blok van 4u voor (zelf)studie waarbij het moment per praktijk wordt afgesproken. Het aantal uren dat gewerkt wordt verschilt volgens de studenten van praktijk tot praktijk. In wijkgezondheidscentra worden de uren zeer strikt opgevolgd, maar in andere praktijken hangt het meer af van de praktijkopleider zelf, melden de haio's tijdens de gesprekken. Studenten geven aan dat met de controles van het ICHO dit verbetert, omdat de opleiding er zich zelf meer mee bezig houdt. De studenten vinden dat de werkdruk zeer hoog ligt en hebben vaak het gevoel dat ze zelf de balans moeten bewaken tussen veel werken en teveel werken. De masterproef en opdrachten voor portfolio voegen volgens de studenten hier nog meer druk aan toe. De **keuze van praktijk** was vroeger moeilijk, aangezien studenten actief moesten solliciteren hiervoor. Nu worden er 'speeddating' momenten georganiseerd, waarop alle haio's en praktijkopleiders samenkomen. Studenten en opleiders dienen op voorhand een profiel in waarin ze aangeven wat ze verwachten en wat verwacht wordt. Tijdens de speeddating worden haio's aan praktijkopleiders gekoppeld. De visitatiecommissie stelt vast dat er een grote vraag van de studenten is naar een wijkgezondheidscentrum in de stad en dat praktijken in eerder afgelegen gebieden van Vlaanderen minder belangstelling trekken. Dit levert een spreidingsprobleem op van studenten over het land dat zowel door studenten, praktijkopleiders als opleidingsverantwoordelijken erkend wordt.

Studenten krijgen in een praktijk een opleidingscontract van één jaar, dat hernieuwd kan worden in overleg met de praktijkopleiders. De opleiding raadt de studenten aan om meerdere perspectieven te kiezen en niet op dezelfde plaats te blijven, maar studenten kiezen zelf of ze een contract bij dezelfde praktijk tekenen of niet. Studenten geven ook aan dat het niet altijd evident is, omdat je je opnieuw moet inwerken in een nieuwe praktijk en patiëntenpopulatie verliest. Ook de praktijkopleiders zien liever iemand twee jaar in de praktijk blijven, omdat ze op die manier betere productie draaien en zaken op een verdiepende manier leren. De commissie vindt het twee jaar op rij stage volgen op dezelfde plaats onwenselijk, in het bijzonder bij solopraktijken. Hoewel je de mogelijkheid hebt om je bij te scholen via aanvullende stages, kan het volgens de commissie wenselijk zijn om kennis te maken met kenmerken van verschillende praktijkpopulaties en verschillende praktijkorganisaties als voorbereiding op een brede inzetbaarheid in de toekomst. De commissie vindt dat de opleiding verbreed en verbeterd wordt door studenten een variatie aan praktijkopleiders aan te bieden.

Het onderwijs in de **seminariegroepen** wordt georganiseerd door de stagecoördinatoren en focust op de verschillende CanMEDS-rollen, aan de hand van de inbreng van casus uit de praktijk van de cursisten. De indeling van het programma hangt af van groep tot groep en van coördinator tot coördinator, maar de algemene lijn is dat er casusbesprekingen zijn, specifieke vragen aan de groep, een journalclub en dergelijke meer. De besproken casussen beslaan volgens de haio's het volledige praktijkaanbod, van therapeutische voorvallen tot ziektebeelden, sociale problematiek en dergelijke meer. De studenten bepalen in het kader van het activerend onderwijs voornamelijk zelf de topics, maar de stagecoördinator probeert herhaling wel te vermijden. Tijdens de gesprekken stellen de stagecoördinatoren dat ze de richtlijnen rond de eerstelijns altijd voorrang geven, meningsverschillen tussen de haio en de praktijkopleiders aan bod laten komen en dit omzetten in een praktijkverbeterend aspect. Er worden ook telkens agenda's opgesteld voor elke bijeenkomst. De opleiding heeft de coördinatoren eenmalig bevraagd welke van de acht kerncompetenties van de EURACT in hun seminars aan bod komen en stelt vast dat vooral de gerichtheid op de gemeenschap en de preventieactiviteiten het minst aan bod kwamen. Daarnaast kunnen de rollen van gezondheidsbevorderaar en professional ook nog meer uitgediept worden.

Het onderwijs in de seminariegroepen wordt aangevuld met een verdieping van de kennis en inzicht via opleidingsmodules voor drie studiepunten per jaar. Dit zijn **bijeenkomsten rond thematische topics**, zowel online als in de gebouwen van de verschillende partneruniversiteiten. Studenten geven in de gesprekken aan dat er maar vier onderwerpen maximaal gevolgd kunnen worden per persoon, en dat er vaak een limiet qua aantal mensen op staat. Dit zorgt ervoor dat de meeste populaire sessies zeer snel volzet zijn, wat studenten betreuren. De opleidingsverantwoordelijken melden dat er geen limiet is qua deelnemers aan opleidingsmodules: indien een sessie volzet is en er inschrijvers op de wachtlijst zijn, worden bijkomende sessies ingericht. De modules zijn sterk gericht zijn op klinische vraagstukken, met de bedoeling om hiaten van studenten in hun kennis. Studenten kunnen daarnaast ook nog vrijwillige cursussen volgen en geven aan dat ze dit gewoon doen omdat ze geïnteresseerd zijn, niet noodzakelijk omdat ze verplicht worden.

Het onderwijsconcept is gericht op zelfkritiek, zelfsturing en zelfstudie. De combinatie van lerend werken en werkend leren volgt de principes van het volwassenenonderwijs en is volgens de visitatiecommissie ook duidelijk activerend onderwijs. De visitatiecommissie stelt vast dat de opleiding de

studenten veel vrijheid laat om thema's te kiezen om zelf de leeractiviteiten en –agenda te kiezen. De begeleiding van de praktijkopleider en de stagecoördinator bepaalt wel de leerresultaten, wat een impact heeft op de keuze. De commissie waardeert dat de opleiding hiervoor kiest vanuit het zelfstuuringsprincipe, maar stelt tegelijkertijd vast dat dit het risico inhoudt om een vrijblijvend individueel programma op te stellen. De commissie acht het wenselijk dat de opleiding hier meer in stuurt. De evaluatie van het portfolio en de uitkomst van het toetsprogramma zijn volgens de commissie leidend voor de agendering van het onderwijsprogramma.

Het onderwijs heeft een hoge mate van keuzevrijheid: studenten moeten de eindtermen halen, maar de opleiding wil haio's aanmoedigen om in het kader van levenslang leren zelf hun pakket samen te stellen. Studenten verplichten om cursussen te volgen zou er volgens de opleiding voor zorgen dat ze dit louter passief volgen, zonder directe meerwaarde. Studenten vertellen in de gesprekken dat ze het aanbod aan online sessies te beperkt vinden en dat het aandeel e-tools verhoogd mag worden. E-learning zou de opleidingsdruk, die nu door sommige studenten als hoog wordt ervaren, kunnen doen verminderen. De grote afstanden die studenten nu vaak moeten afleggen voor een onderwijssessie is een bijkomende belasting bovenop de druk van het reguliere programma. De visitatiecommissie stelt dat het inderdaad wenselijk kan zijn om meer sessies online aan te bieden, in het bijzonder gezien de uitwerking die er nu aan gegeven wordt; te denken is aan opgenomen consultaties in filmpjes (onder voorwaarden), documenten met zelfstudie, toetsen en dergelijke meer.

De **consultatie-, communicatie- en managementsvaardigheden**, die de rol van communicator en manager behandelen, bedragen zes studiepunten per jaar en zijn door de opleiding als een apart opleidingsonderdeel geformuleerd wegens het grote belang ervan. Deze vaardigheden komen overal aan bod; zowel in de praktijkstages, het werkplekleren, de intervisiesessies, het portfolio en dergelijke meer. De commissie stelt vast dat dit geïntegreerd is in de dagelijkse praktijk, wat past bij het principe van werkplekleren en het volwassenenonderwijs. Het risico is echter dat de opleiding binnen het huidige budget en de huidige bestaafing geen controle heeft over de kwaliteit van dit praktijkonderwijs, aangezien het grotendeels uitbesteed wordt aan de praktijkopleiders.

De **masterproef** is in het curriculum verdeeld over 12 studiepunten per jaar. De haio kiest zelf een thema om in te verdiepen en dat uitgewerkt dient te worden op een wetenschappelijke manier. De masterproef kan een

praktijkverbeterend werk zijn of een diepgaand literatuuronderzoek. Praktijkverbeterende masterproeven moeten met een danige methodologie opgesteld worden dat de resultaten generaliseerbaar zijn. De begeleiding gebeurt door een promotor, en de opleiding stimuleert de praktijkopleiders om de masterproef mee te ondersteunen als copromotor. Dit moet ervoor zorgen dat de betrokkenheid van de opleidingspraktijk en de praktijkrelevantie geoptimaliseerd wordt. De masterproef krijgt 360u in het curriculum, maar de tijdsregistratie uit 2007 wijst uit dat er maar 126u aan besteed wordt. De opleidingscommissie stelt dat het aandeel van de masterproef sinds 2007 sterk gestegen is in de opleiding. De commissie stelt concurrentie vast tussen het werken in de praktijk en het werken aan de masterproef en constateert dat er onvoldoende tijd gereserveerd is in de praktijktijd voor de masterproef. De masterproef wordt door elke student individueel afgelegd. De onderwerpen worden gekozen door studenten, in overleg met de promotor. De verschillende praktijkopleiders stellen dat hun betrokkenheid bij zowel de keuze van het onderwerp als bij de masterproef in het algemeen sterk verschilt. Vaak hebben de student en promotor al een onderwerp gekozen zonder directe betrokkenheid van de copromotor. Een aantal praktijkopleiders heeft moeite met de sterk academische onderwerpkeuze van de studenten en stelt dat er geen directe relatie met de praktijk is. De praktijkopleiders stellen over het algemeen wel dat de masterproeven hen vaak een spiegel voorhouden en ook een directe impact kunnen hebben op de praktijk als ze gericht zijn op problemen die ze dagelijks ervaren. De opleiders begrijpen dat het wetenschappelijk werken belangrijk is voor de huisarts en de huisartsgeneeskunde in het algemeen verbetert, maar willen dat deze ook voldoende gericht is op een verbetering van de praktijk. Uit een recente enquête die de opleiding afgenomen heeft vindt 93% van de studenten nu dat de masterproef teveel werk is en hen afhoudt van het klinisch werk. De opleidingsverantwoordelijken erkennen dat de perceptie van de haio's rond de masterproef en ook het huidige portfolio bijzonder negatief is. Er wordt initiatief genomen om beter te communiceren over hoe essentieel de masterproef is voor de opleiding, in het bijzonder het belang ervan voor het verder stimuleren van het EBM-handelen en het belang van wetenschap in de praktijk. De perceptie dat de masterproef hen 'verhindert' om volwaardig clinicus te worden is een beeld waar de opleiding al langer mee geconfronteerd wordt en gepaard gaat met de combinatie van het praktische en het academische van de opleiding. Studenten stellen voor om een aantal vaste studiedagen te voorzien voor de masterproef, maar het overlegplatform met de praktijkopleiders stelt dat dit niet verkocht te krijgen is.

De visitatiecommissie is echter van oordeel dat de masterproef een absolute meerwaarde biedt voor de opleiding en een duidelijke plaats dient te krijgen in de praktijktijd, met voldoende ingeroosterde tijd voor de studenten om hier aan te werken. De dubbelslag die gemaakt wordt in de proeven met het wetenschappelijk theoretische enerzijds en het praktijkverbeterende anderzijds maken van de masterproeven waardevolle oefeningen. De opleiding stelt dat met de uitbreiding van de master-na-master naar drie jaar de mogelijkheid bestaat om de masterproef meer te spreiden. De commissie beveelt de opleiding alvast aan om de masterproef de plaats te geven in de praktijk te geven die het nodig heeft. De praktijkopleiders suggereren een groter betrokkenheid bij de onderwerpkeuze en de begeleiding van de haio, van begin tot eind. De commissie is van oordeel dat een grotere betrokkenheid van de praktijkopleiders leidt tot een groter draagvlak voor de masterproef, in het bijzonder gezien de tijdsinvestering die dit van hen zal vergen.

De opleiding liet een tijdsregistratie uitvoeren en stelde daarin vast dat er tussen de begrootte studietijd en de effectieve studietijd een discrepantie bestaat. De commissie haalde reeds aan dat studenten in de praktijk slechts 126u per jaar spenderen aan hun masterproef in plaats van de voorziene 360u. Voor de seminaries en intervisies spenderen studenten 65u per jaar in plaats van de voorziene 180u en 77u aan vrijwillige modules in plaats van de geplande 90u. De opleiding haalt in haar zelfevaluatie rapport aan dat deze cijfers dateren van 2007 en niet noodzakelijk een correcte weergave zijn van de situatie in 2013. De commissie beveelt de opleiding desalniettemin aan om de overeenkomst tussen de geplande studietijd en de reële studietijd beter onder de loep te nemen en nauwkeuriger toe te zien op de tijdsbesteding van de studenten. De commissie heeft reeds haar bezorgdheid omtrent de positie van de masterproef in het uurrooster meegedeeld.

De **onderwijsmethoden** in de opleiding bestaan hoofdzakelijk uit het werkplekleren (de praktijkstage) en de intervisiesessies (de seminariegroepen). De opleiding stimuleert voornamelijk zelfreflectie, zowel over attitude als over het medisch handelen. De leeragenda van de haio wordt opgesteld door de haio zelf, in overleg met de praktijkopleider en met de stagecoördinator. Het **praktijkonderwijs** wordt hoofdzakelijk bepaald door patiëntencontacten in de praktijk en feedback van de praktijkopleider. De opleiding limiteert het aantal contacten tot maximaal 10 à 15 per dag. In het **seminarieonderwijs** leren studenten kritisch reflecteren over het eigen handelen, aangeven wat de probleemsituaties zijn en hoe daar-

mee om te gaan. De groepen krijgen de opdracht door elkaar te bevragen, studenten moeten presenteren in groep en behandelen verschillende CanMEDS-rollen. Door te werken rond richtlijnen en wetenschappelijke artikels wordt het seminarieonderwijs ook voldoende theoriegericht. De visitatiecommissie vindt het systeem van onderwijs op de terugkomdagen goed uitgewerkt. Naast dit onderwijs wordt de nadruk voornamelijk gelegd op de eerder vermelde **zelfstudie**: de haio bepaalt de invulling van zijn opleiding in hoge mate zelf.

Op vlak van internationalisering gebeurt er weinig in de opleiding. Er bestaat geen financiering, waardoor het aantal buitenlandse praktijkstages erg beperkt is en quasi niet bestaat. De opleiding heeft een instroom uit het buitenland, hoofdzakelijk mensen van Nederlandse origine. De opleiding is sterk praktijkgericht en heeft weinig buitenlandse docenten of experts die ingeschakeld worden in het opleidingsprogramma. De opleiding doet weliswaar aan uitwisseling, waarbij verschillende docenten betrokken zijn bij buitenlandse programma's en projecten. Internationalisering in de opleiding is voornamelijk aanwezig in de vorm van de internationale literatuur en deelname aan eventuele congressen. De commissie beveelt de opleiding aan om naar mogelijkheden te zoeken voor internationalisering van deze opleiding.

In de interuniversitaire opleiding zijn er verschillende categorieën **personeelsleden**, die elk een andere rol spelen ten opzichte van de huisarts in opleiding. De opleidingsverantwoordelijken geven in het ZER aan dat het personeelsbestand erg versnipperd is en met verschillende statuten en geldstromen werken binnen het ICHO. De belangrijkste categorieën zijn de praktijkopleiders, de stagecoördinatoren en de stafleden. De tien stafleden hangen in een schil rond de stagecoördinatoren, volgens de opleiding. Het regionaal staflid staat boven de afzonderlijke vakgroepen en is verantwoordelijk voor de selectie van de opleidingspraktijken en het organiseren van de opleidingen. De praktijkopleiders worden begeleid door een staflid.

De **praktijkopleiders** zijn huisartsen met een praktijk die een haio in dienst nemen en een salaris betalen. Deze praktijkopleiders worden geselecteerd op inhoudelijke criteria, afhankelijk van het verwacht aantal haio's en getraind op vier domeinen: vakinhoudelijk huisartsgeneeskundig, praktijkorganisatie, Agogisch didactisch en persoonlijk functioneren. De opleiding had tot een aantal jaar terug een tekort aan praktijkopleiders, waardoor een selectie op kwaliteit moeilijk was, maar in 2000 werden er selectiecriteria ingevoerd. De huisartsen moeten erkend worden door het ministerie van volksgezondheid en dienen een aanvraag te doen om haio's

op te leiden. De praktijkopleiders worden vergoed met de opbrengsten van de patiëntenzorg door de haio, maar krijgen geen pedagogische toelage of vergoeding voor de infrastructurele ondersteuning van de haio. De opleiding geeft aan de praktijkopleiders mee dat er een aantal verwachtingen vooropgesteld worden omtrent pedagogische bekwaamheden. Praktijkopleiders worden door de opleiding aangesteld voor twee of vier jaar. Praktijken worden bezocht door het ICHO in het tweede jaar van hun aanstelling en worden gevraagd om een praktijkontwikkelplan voor te leggen en er wordt een SWOT-analyse opgesteld. Op het einde van het mandaat kunnen de praktijkopleiders een heraanstelling vragen en worden ze op hun kwaliteiten beoordeeld. De opleiding wil hierbij ook rekening houden met verdere verjonging van de praktijkopleiders en een beter generevenwicht brengen. Om de praktijkopleiders te professionaliseren organiseert de opleiding vijf keer een basisagogische training, trainingen van casusbesprekingen en portfoliobegeleiding. Daarna zijn er jaarlijks 3 regionale opleidingsvergaderingen, werkwinkels over specifieke thema's en individuele coaching door de regionale stafleden praktijkopleiding. Praktijkopleiders begeleiden opdrachten in de praktijk, plegen zo nodig overleg met coördinatoren of stafleden. De praktijkopleiders stellen tijdens de gesprekken dat ze over het algemeen tevreden zijn met de omkadering door het ICHO. Ze hebben het gevoel dat er zoveel als mogelijk geïnvesteerd wordt in het aanreiken van skills op vlak van coaching. De jaarlijkse beoordeling van de praktijkopleiders door de haio's heeft ook een impact op het functioneren van de praktijkopleider. Tijdens de gesprekken stelt de commissie vast dat beide partijen interesse hebben in meer en betere opleidingen, maar de opleidingsverantwoordelijken stellen dat het hiervoor eenvoudigweg aan staf ontbreekt. Studenten geven aan dat de kwaliteit van de praktijkopleiders verschilt van stageplaats tot stageplaats. Ze merken op dat er een verschil is in de manier waarop gerapporteerd moet worden, of er voldoende EBM gewerkt wordt en dergelijke meer. In solopraktijken lijkt het vaak moeilijker om de nodige feedback te krijgen. De praktijkopleiders erkennen de verschillen tijdens de gesprekken en stellen dat meer en betere coaching door de opleiding wenselijk is. De commissie is van oordeel dat de keuze van het ICHO om het gewicht bij de praktijkopleiders te leggen een fundamenteel goede keuze is en moedigen de verdere uitbouw van de ondersteuning en professionalisering van de opleiders sterk aan. De praktijkopleiders moeten momenteel betalen om haio's op te leiden, een systeem waar de opleiding zelf geen voorstander van is omdat dit een werkgever-werknemer afhankelijkheid van de haio creëert; zij heeft voorkeur voor een vergoeding van de geïnvesteerde opleidingstijd, iets waar de visitatiecommissie zich in kan vinden. Het risico dat haio's te vaak ingezet

worden om enkel productie te draaien is nu te groot en kan op die manier beperkt worden volgens de commissie. De commissie wil dat er voldoende tijd gegarandeerd wordt voor leermomenten en de wetenschappelijke stage en stelt dat de leerdoelen niet onder druk mogen komen.

Stagecoördinatoren worden aangesteld door een vertegenwoordiging van de vier universiteiten en twee vertegenwoordigers van het ICHO. Via intervisie, individuele supervisie en bezoeken worden deze stagecoördinatoren opgevolgd. De 37 actieve stagecoördinatoren leggen gedurende de twee jaar dat praktijkopleiders actief zijn bezoeken af voor een gestructureerd en concreet gesprek. De coördinator is gekend vanaf het begin van de twee jaar durende aanstelling als praktijkopleider. Tijdens de gesprekken stelt de commissie vast dat heel wat praktijkopleiders stellen dat ze de stagecoördinator te weinig zien. Als je een goede haio hebt is dit op zich geen probleem, maar de opleiders stellen vast dat een gebrek aan geld en tijd het moeilijk maakt om goed begeleid te worden door de stagecoördinatoren. De stagecoördinatoren verzorgen ook het seminarieonderwijs en spelen daar voornamelijk een begeleidende rol in, waarmee ze studenten trainen in de verschillende competenties. De visitatiecommissie stelt vast dat er tussen de stagecoördinatoren en praktijkopleiders veelal geen systematisch overleg is. De opleiding merkt op dat er wel overleg is tussen de coördinatoren en de stafleden, vier keer per jaar met vijf stagecoördinatoren per regio. De eindverantwoordelijkheid ligt bij het DIRCO en bij de Examencommissie van de opleiding. Volgens de commissie is het wenselijk om stagecoördinatoren en praktijkopleiders meer als team te laten functioneren, om de haio zo beter op te leiden. De opleiding begrijpt dit en stelt dat er een denkpiste is om een overkoepelende stafcoördinator in het leven te roepen, die een aantal haio's en praktijkopleiders samen begeleidt. De commissie doet de aanbeveling aan om in te zetten op een versteviging en intensivering van het overleg tussen stagecoördinator en praktijkopleider.

De opleiding doet beroep op de **voorzieningen** van de vier deelnemende universiteiten, opleidingsziekenhuizen en van de opleidingspraktijken. Het ICHO zelf biedt een website aan met alle informatie, de toegang tot het portfolio, inschrijvingsformulieren voor modules en dergelijke meer. Studenten hebben toegang tot het CDLH, de digitale bibliotheek van CE-BAM. De **opvolging en begeleiding** van de studenten in het geval van problemen gebeurt door de praktijkopleider op stage, de stagecoördinatoren van het ICHO en het Regionaal Overleg Coördinatoren en Stafleden Praktijkopleiding en Seminars (ROCS). De opleiding kiest voor een getrapte

remediëring bij intensievere begeleiding, waarbij de coördinator, het regionaal stafflid, de praktijkopleiding en dan de directie in die volgorde het aanspreekpunt zijn. De ombudsdienst is er indien er werkelijke klachten zijn en werkt eerst met bemiddeling.

De formeel vastgelegde evaluatie van de opleidingsplaatsen verloopt via het functioneringsgesprek van de praktijkopleider. De praktijkopleiders maken hun beoordelingen online.. Studenten zijn georganiseerd in 't HOP, het Huisartsenoverlegplatform. Dit fungeert als een aanspreekpunt indien er problemen zijn en levert ook vertegenwoordigers in de opleidingscommissie, waar de studenten tenminste een derde van het geheel uitmaken. De studenten volgen de slechte plaatsen op, maar merken op dat er buiten een aantal probleemgevallen geen structurele problemen zijn. Het systeem van drie negatieve evaluaties en het werken met criteria werkt. Het ware volgens de commissie echter wenselijk elke stage tussentijds en na afloop te evalueren aan de hand van een functioneringsgesprek met haio, opleider en stage coördinator.

De instroom in de opleiding komt van mensen die in het zevende jaar van de basisopleiding de afstudeerrichting huisartsgeneeskunde gevolgd hebben. Tijdens dat jaar krijgt de toekomstige haio een uitgebreide theoretische voorbereiding op de latere stages in de vervolgopleiding. Bij introductie van het 6-jarig basiccurriculum zal dit het eerste jaar van de dan driejarige vervolgopleiding zijn. Daarmee wordt een belangrijk deel van het opleiding continuüm verplaatst naar de vervolgopleiding. De commissie is van mening dat daarvoor een aanpassing van mensen en middelen noodzakelijk is.

De commissie stelt vast dat de opleiding de aanbevelingen van de vorige visitatiecommissie grotendeels opgevolgd heeft. Het statuut van de student werd aangepast en gemoderniseerd, de feedback over het schrijven van casussen werd opgevolgd.

Concluderend treft de visitatiecommissie een opleiding aan vol enthousiasme, met een sterk verhaal dat erg transparant gebracht wordt. De opleiding heeft de nodige academische onderbouw om een masteropleiding te zijn, en is tegelijkertijd ook voldoende praktijkgericht. Wel vindt de commissie dat de masterproef een prominentere plaats moet krijgen in het rooster. De praktijkopleiders geven aan dat zij graag deze opleiding gevolgd hadden, wat volgens de visitatiecommissie een mooie vaststelling is. Desalniettemin stelt de commissie vast dat het theoretisch onderwijs door de

vrije keuze van onderwerpen wel goed aansluit bij de onderwijsbehoeften van de haio's, maar daardoor ook een zeer geringe mate van sturing kent en sterk leunt op de kwaliteit van de opleider en de stage coördinator. Door een sterkere sturing op het programma met een intensivering van de samenwerking tussen de stagecoördinatoren en de praktijkopleiders kan de kwaliteit van het onderwijs beter geborgd worden.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 - Gerealiseerde eindniveau

De commissie beoordeelt het gerealiseerde eindniveau van de opleiding Master-na-master in de Huisartsgeneeskunde als VOLDOENDE.

De opleiding heeft op 18 april 2013 een onderwijsproject ingediend om een masterplan voor een toekomstig toetsbeleid uit te werken. Dit beleid is gebaseerd op drie pijlers: het ontwikkelen van een multidimensionale evaluatie, het opzetten van een feedback en remediëringsprogramma en het uitwerken van een volledig elektronisch toetsplatform. De opleiding wil meer inzetten op feedback via een geïntegreerd portfolio. Op het einde van de twee jaren worden studenten geëvalueerd via de vijfledige toets, die de meest relevante aspecten van de leerresultaten afdekken. Elk opleidingsonderdeel is gekoppeld aan een specifieke evaluatievorm.

De **praktijkstages** worden geëvalueerd aan de hand van een beoordeling van de stage, de intervisie en het elektronisch portfolio dat de studenten moeten maken. De coördinator en de praktijkopleider geven een kwantitatieve en een kwalitatieve beoordeling voor de stages en de seminars enerzijds (75% van het totaal) en het elektronisch portfolio (25%). De beoordelingen van zowel de praktijkopleider als de coördinator tellen voor 50% mee. De **begeleide praktijkreflectie** uit de seminariegroepen wordt geëvalueerd via een beoordeling van de casussen in het eerste jaar en een gestructureerde mondelinge proef op het einde van het tweede jaar. De casussen worden opgenomen in het portfolio en worden beoordeeld via de acht kerncompetenties. De mondelinge proef is een gestructureerd examen waarin de student bevraagd wordt door twee jury's, die bestaan uit twee examinatoren. Elk duo ondervraagt de student over een van de vijf aangebrachte casussen, zowel in de diepte als de breedte. De beoordeling gebeurt aan de hand van een lijst met de CanMEDS-rollen. Het **verdiepend onderwijs** uit de thematische sessies wordt geëvalueerd via een reflectie over de elektronische kennistoets in het eerste jaar en een effectieve elektronische kennistoets op het einde van het tweede jaar. De student legt

de kennistoets af en reflecteert op de resultaten, waarop de coördinator een oordeel geeft. De werkpunten worden meegenomen in de leeragenda naar het volgende jaar, waarin de student dan de toets definitief aflegt. Het examen bestaat uit 160 multiple choice vragen zonder giscorrectie. De **consultatie-, communicatie- en managementvaardigheden** worden in het eerste jaar via stationsproeven geëvalueerd, in het tweede jaar worden de videoconsultaties bekeken. De stationsproef is een geïntegreerde vaardigheidsproef met 8 stations van elk 12 minuten. Elke proef wordt opgesteld met een blauwdruk gebaseerd op de CanMEDS-competenties én op de acht kerncompetenties. De haio wordt beoordeeld op verschillende deelaspecten in verschillende settings door observatoren. De student moet minstens 10/20 halen en op vijf van de acht stations slagen om er door te zijn. De videoconsultaties in het tweede jaar worden sinds het academiejaar 2012–2013 beoordeeld door praktijkkopleiders via een elektronisch beoordelingsformulier dat opgesteld wordt door de opleiding.

De opleiding heeft de ambitie om de examens in de toekomst te spreiden over de loop van de twee jaar in plaats van enkel op het einde van elk jaar, en zowel formatief als summatief te toetsen. De commissie vindt deze ontwikkeling een goede ontwikkeling, die duidelijk de evolutie inzet van assessment of learning naar *assessment for learning*. De opleiding kiest er expliciet voor om duidelijk het eindniveau te meten, maar bij competentiegericht volwassenenonderwijs hoort volgens de commissie een systeem van voortdurende toetsing en feedback, als onderdeel van de dagelijkse begeleiding. De stationsproeven kunnen volgens de commissie beter geïntegreerd worden in het programma, gekoppeld aan competenties en aan de eventuele keuze die de studenten maken in het kader van hun leeragenda. De commissie vraagt de opleiding dan ook om de focus op de *high stakes* eindexamens af te bouwen en meer te focussen op de formatieve toetsing doorheen het curriculum.

De praktijkopleider op stage is ook de beoordelaar, dit is eigen aan het leren op de werkplek. Daarom worden haio's door verschillende mensen beoordeeld. Er zijn stationsproeven, mondelinge proeven voor interuniversitaire jury's, beoordelingen op basis van video's die ze zelf opnemen en dergelijke meer. Er zit volgens de opleiding geen wetenschappelijke benadering achter, maar de beoordeling hangt zeker niet vast aan één individu. De visitatiecommissie uit haar bezorgdheid over het aantal externe beoordelaars en beoordelingen dat de student krijgt tijdens een opleiding. De praktijkopleider en de stagecoördinator spelen samen met de promotor voor de masterproef een belangrijke rol, maar van belang is volgens de

commissie dat de HAIO op de werkplaats van meerdere functionarissen frequente feedback krijgt en deze verwerkt in het portfolio en/of de leeragenda.

Elke haio heeft nu een **elektronisch portfolio** waarin hun vooruitgang bewaard wordt. Het ICHO stelt een minimumpakket voorop, dat bestaat uit minstens twee leeragenda's per jaar, twee uitgebreide casussen, twee evaluatiegesprekken met gemaakte afspraken, driemaal tien patiëntenregistraties met analyse. Wijzigingen aan het portfolio worden volgens de studenten gemeld aan de praktijkopleider en de stagecoördinator. De opleidingsverantwoordelijken geven in het ZER aan dat de studenten niet echt tevreden zijn over het portfolio, iets wat in de gesprekken met de studenten bevestigd wordt. Over het algemeen wordt het portfolio beschouwd als niet gebruiksvriendelijk en weinig functioneel eerder dan een instrument waar ze mee kunnen werken. Het portfolio wordt momenteel door studenten meer als een administratieve belasting ervaren dan als een hulpmiddel. De opleiding stelt dat ze te maken hebben met een structurele onderfinanciering voor het onderwijs, wat de mogelijkheden beperkt om hier verder in te investeren. De ontwikkeling van een nieuw portfolio zal niettemin een functionele oplossing moeten bieden voor deze problematiek. De opleiding werkt momenteel samen met de basisopleiding geneeskunde aan een universeel portfolio dat overdraagbaar is en nuttiger is voor de studenten. De eindevaluatie gebeurt door het ICHO, die nagaan of de studenten het eindniveau behaald hebben.

De **masterproef** ten slotte gaat in het eerste jaar door een aanvraag voor het ethisch comité, dat de masterproefonderwerpen moet goedkeuren en een oordeel op het eindwerk zelf (60%), de presentatie (20%) en de verdediging (20%). De beoordeling gebeurt door de promotor en een lector, die ook een postdoc is. Er is ook een mechanisme ingebouwd dat indien er een te groot verschil is qua score tussen de lector en de promotor er een derde lezer aangesteld wordt. Bij de keuze van onderwerpen voor de masterscriptie wordt met nadruk gezocht naar onderzoek gericht op verbetering van de eerstelijnszorg zowel in binnen als in buitenland. Daarmee maakt de opleiding de dubbelslag van wetenschappelijke vorming en praktijkverbetering. De visitatiecommissie heeft een aantal mooie masterproeven gelezen. De commissie stelt dat de dubbelslag die gemaakt kan worden met praktijkverbeterende en/of academische werkstukken een duidelijk impact kan hebben op de kwaliteit van de zorg.

Praktijkopleiders en studenten geven aan dat ze bijzonder tevreden zijn met de opleiding. De commissie kon het enthousiasme over de opleiding vaststellen tijdens de gesprekken, maar evenzeer in de enquêtes die de opleiding afgenomen heeft bij afgestudeerde en gevestigde huisartsen. De opleiding heeft een hoog diplomarendement, met een totaal van 96% van de startende haio's die een diploma haalt op het einde. De opleiding toont aan dat een merendeel van de studenten die uitvallen voor een andere specialisatie te kiezen.

De commissie concludeert dat het gerealiseerd eindniveau van de opleiding voldoende is, maar dat de toetsing momenteel nog sterk op het eindniveau toegespitst is. In het kader van de evolutie richting het competentiegericht leren stelt de commissie dat het accent dient te verschuiven van het huidige *assessment of learning* naar *assessment for learning* in de stagepraktijk. Door formatieve toetsing en het uitgewerkte longitudinale portfolio een prominentere plaats te geven kan de opleiding volgens de commissie deze transitie doormaken.

Integraal eindoordeel van de commissie voor de Master-na-master

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau	G
Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces	V
Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau	V

Vermits generieke kwaliteitswaarborg 1 als goed wordt beoordeeld, generieke kwaliteitswaarborg 2 als voldoende en generieke kwaliteitswaarborg 3 als voldoende, is het eindoordeel van de opleiding Master-na-master in de Huisartsgeneeskunde, conform de beslisregels, voldoende.

Samenvatting van de aanbevelingen in het kader van het verbeterperspectief

Generieke kwaliteitswaarborg 1 – Beoogd eindniveau

Generieke kwaliteitswaarborg 2 – Onderwijsproces

- Laat huisartsen in opleiding geen twee jaar stage lopen op dezelfde stageplaats, in het bijzonder wat praktijken met één huisarts betreft. Kies voor verdieping in plaats van productie en laat studenten meer roteren.
- Breid het aanbod online sessies uit en geef huisartsen in opleiding de kans om meer gebruik te maken van e-learning. Hiermee wordt de druk op de student ook verminderd.
- Verminder de concurrentie die bestaat tussen de masterproef en de praktijk. Focus op de dubbelslag die gemaakt wordt en verbind de beide. Betrek de praktijkopleiders meer bij de begeleiding van de masterproeven en zorg voor een adequate inroostering van de masterproef in het curriculum.
- Zorg dringend voor een betere afstemming van de reële studietijd op de begrootte studietijd, in het bijzonder wat de masterproef betreft.
- Zoek naar mogelijkheden om de opleiding ook voor huisartsen in opleiding internationaal te oriënteren.
- Versterk het overleg tussen de praktijkopleiders en de stagecoördinatoren. Evalueer elke stage tussentijds en na afloop aan de hand van een functioneringsgesprek met haio, opleider en stagecoördinator.

Generieke kwaliteitswaarborg 3 – Gerealiseerd eindniveau

- Werk het concept *assessment for learning* verder uit en maak doorheen het curriculum meer gebruik van formatieve toetsing. Focus op meer longitudinale toetsing en verminder de nadruk op de *high stakes* eindexamens.
- Breid het aantal individuen dat de huisarts in opleiding beoordeelt op de werkplaats uit.
- Zorg dat een nieuw uitgewerkte portfolio als een nuttig instrument ervaren wordt door alle gebruikers.

BIJLAGE I

Bijlage

De heer Friedo Dekker

Friedo Dekker (1962) studeerde Geneeskunde in Leiden en werkte er bijna 10 jaar bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Hij gaf daar onderwijs aan huisartsen-in-opleiding en deed onderzoek naar kwaliteit van zorg waarop hij in 1993 promoveerde en in 1994 geregistreerd werd als epidemioloog-B. Hij werkte 7 jaar in het AMC en sinds 2000 bij de afdeling Klinische Epidemiologie in het LUMC, waar hij in 2010 hoogleraar werd met als opdracht onderwijs in wetenschappelijke vorming. Hij was enkele jaren hoofd van het onderwijs expertise centrum van het LUMC en is actief binnen de NVMO. Ook was hij voorzitter van de Nederlandse vereniging voor Epidemiologie en is daar lid van de visitatiecommissie. Zijn wetenschappelijk onderzoek betreft vooral patiënten met chronisch nierfalen.

Mevrouw Janke Cohen-Schotanus

Janke Cohen-Schotanus studeerde psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen (1974). Haar promotieonderzoek (1994) ging over de effecten van curriculumveranderingen. Sinds 2009 is zij hoogleraar onderzoek van onderwijs in de medische wetenschappen en hoofd van het Centrum Innovatie en Onderzoek Medisch Onderwijs van het UMCG te Groningen. Het onderzoek richt zich op effecten van curriculumveranderingen, de invloed van toetsing op studiegedrag, kwaliteit van toetsing en cesuurbepaling, selectie van geneeskunde studenten en het leren op de (klinische) werkplek. Vanaf 1997 was zij, als onderwijsexpert lid c.q. voorzitter van diverse visitatiecommissies en accreditatiepanels in het gezondheidscluster. Zij heeft in totaal zo'n 40 opleidingen gevisiteerd zowel voor de VSNU, QANU, NQA als NVAO.

De heer Christoph Brezinka

Christoph Brezinka (1956) behaalde in 1984 zijn doctoraat in de Geneeskunde aan de Universität Innsbruck te Oostenrijk. Vanaf 1984 tot 1990 volgde hij in de specialistenopleiding Gynaecologie en verloskunde aan het Universitaire Ziekenhuis te Innsbruck. Van 1991 tot 1993 en van 2005 tot 2006 verbleef Christoph Brezinka als research fellow aan de afdeling Verloskunde en prenatale diagnostiek aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In 1994 werd hij gepromoveerd te Rotterdam en in 1995 behaalde hij zijn *Habilitation* in de Gynaecologie en verloskunde aan de Universität Innsbruck. Sinds 1997 is Christoph Brezinka als buitengewoon hoogleraar betrokken in de geneeskunde- en specialistenopleiding te Innsbruck en in de verloskundigenopleiding aan de Fachhochschule te Innsbruck en de Fachhochschule Claudiana te Bozen/Bolzano in Italië.

De heer H.F.P.Hillen

Harry Hillen (1943) werd opgeleid als internist met subspecialisatie in de hematologie en oncologie. Vanaf 1978 was hij gevestigd als internist en opleider in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Hij werd in 1993 benoemd tot hoogleraar interne geneeskunde aan de Universiteit Maastricht, vanaf 1996 was hij hoofd van de afdeling interne geneeskunde in het academisch ziekenhuis Maastricht. In 2003 werd Hillen decaan van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences in Maastricht. Na zijn emeritaat in 2009 was hij voorzitter van meerdere visitatiecommissies geneeskunde en tandheelkunde.

De heer Ben Bottema

Dr. Ben J.A.M. Bottema is als huisarts lid van de Lid Kerngroep Modernisering medische vervolgoedingen van de KNMG en van de Commissie innovatie beroepen en opleidingen Zorg Instituut Nederland. Vanaf 1996 tot 2014 was hij hoofd van de huisartsopleiding en later directeur eerstelijnsvervolgoedingen van het UMC St Radboud. Tevens was hij voorzitter van diverse organen zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), het College voor Huisarts en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG), Huisartsopleiding Nederland en de COPD/astma huisartsen adviesgroep en lid van verschillende adviesorganen en besturen. Hij promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam en was huisarts in Utrecht van 1975-2006.

De heer Jelle Klein

Jelle Klein (1988), student Master in de Geneeskunde tijdens de visitatie. Hij is in januari 2009 afgestudeerd van de opleiding Medische Beeldvorming en Radiotherapeutische Technieken aan de Hanzehogeschool te Groningen. Sinds september 2009 is hij student geneeskunde aan de Universiteit Antwerpen.

De heer Bas Bruneel

Bas Bruneel (1988), student Master in de Geneeskunde tijdens de visitatie. Hij studeert in 2014 af als ziekenhuisarts aan de Universiteit Gent en zal een vervolgoeding starten als ASO Anesthesie-Reanimatie.

