



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 zelfevaluatie-rapport 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 zelfevaluatie-rapport uitgebreid zijn beschreven. Het zelfevaluatie-rapport volgt de opbouw van het accreditatiekader.

De commissie ontving de zelfevaluatie-rapporten 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 zelfevaluatie-rapporten 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 zelfevaluatie-rapporten. 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 zelfevaluatie-rapporten.

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 verbeter suggesties geformuleerd. Een overzicht van de verbeter suggesties 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 georiënteerde 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 toetssysteem, 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 uitgeoefend 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 opleidingen. 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 dat 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 'monitaraat', 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 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 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 heekunde, 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 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 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 huisartsge-neeskunde. 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-assistentschappen.

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 wis-selende 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 sco-rende 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 vol-gens de commissie van voldoende niveau. De opleiding levert een over-zicht 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 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 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

grootstadgeneeskunde, 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 groepswerk, 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 leerruimtes 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 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.

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 verbeter suggesties.

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 overlappingen 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 groepsgesprekken 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 gezondheidsgerelateerd 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, werkwijzingen, 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 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 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 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 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/portfolio 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/portfolio 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 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.

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 vervolgopleidingen 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 uitmaken 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 werksitzingen 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 zelfevaluatierapport 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 **integratielij**n, 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 integratielij n 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 Integratielijn gepresenteerd met PowerPointpresentaties, posters en dergelijke meer. De commissie stelt dat de integratielijn 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 stage meester.

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 tutordagen 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, toetsmatrijzen, 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 integratieweken 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

Criteriaum 1 – Differentiatie en Profilering

Criteriaum 2 – Kwaliteit

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

Criteriaum 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 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 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 Seminaries (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 verbeteringsuggesties.

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 seminars 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 genderevenwicht 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 praktijkopleiders 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.

VERIFIEERBARE FEITEN

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

VERIFIEERBARE FEITEN

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.)

UNIVERSITEIT GENT

Geneeskunde

vlhr

A/ BIJLAGEN BIJ HET BEOOGDE EINDNIVEAU

A.1 Opleidingsspecifieke leerresultaten

A.1.1 Opleidingsspecifieke leerresultaten van de bacheloropleiding

Matrix gevalideerde domeinspecifieke leerresultaten versus opleidingsspecifieke leerresultaten

1. Kennis hebben van en inzicht hebben in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met bevindingen uit epidemiologie.	1. De normale en de afwijkende biologische structuur en functie begrijpen, begrip hebben van normaal en afwijkend gedrag
2. Kennis hebben van eco-, socio-, psycho- en biologische evenals culturele factoren van diversiteit en inzicht hebben op de invloed ervan in het verlenen van patiëntenzorg.	1. begrip hebben van normaal en afwijkend gedrag, van de sociale, psychologische, culturele en economische determinanten van ziekte en gezondheid 6. Gedrag vertonen gebaseerd op integriteit, eerlijkheid, toegankelijkheid en inlevingsvermogen en dit voor alle individuen en bevolkingsgroepen ongeacht sociale status, ras, geloofsovertuiging, seksuele geaardheid, politieke of filosofische strekking
3. In eenvoudige oefensituaties en onder begeleiding een hulpvraag verkennen, een anamnese afnemen en een lichamelijk onderzoek uitvoeren, enkele relevante hypothesen verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie geven en een te verwachten beloop schetsen.	3. Medische basisvaardigheden verwerven om een patiënt te kunnen evalueren en een beleid te kunnen uitstippelen: deze vaardigheden omvatten de basis voor een effectieve arts-patiënt communicatie, communicatie met familieleden van patiënten en met collega's, de basis voor het afnemen van een integrale anamnese en voor het verrichten van een klinisch onderzoek.
4. Kennis hebben van de theoretische achtergronden van de arts-patiënt communicatie. De basisprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen. Een onderscheid kunnen maken tussen goede en slechte communicatie.	3. Medische basisvaardigheden verwerven voor een effectieve arts-patiënt communicatie, communicatie met familieleden van patiënten en met collega's
5. Effectief en efficiënt een eenvoudige patiënten casus en wetenschappelijk werk communiceren en rapporteren aan medestudenten, artsen, onderzoekers en andere zorgverleners, binnen een academische context.	9. Relevante inhouden (b.v. gegevens uit contact met patiënten, uit wetenschappelijk werk...) communiceren en rapporteren aan specifieke doelgroepen zowel academisch als daarbuiten
6. Constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden. De meerwaarde van werken in interdisciplinaire en interprofessionele context inschatten en ervaren.	1. Begrip hebben van de ethische en wettelijke basis van de medische praktijkvoering en van het conceptueel kader voor een interprofessionele benadering 2. De basis verwerven voor een patiëntgeoriënteerde zorgverlening, tot probleemoplossing en "evidence-based" en kosteneffectief medisch besliskundig handelen
7. Kennis hebben van de voornaamste aspecten van de organisatie van de Belgische gezondheidszorg. Kennis hebben van de verschillende dimensies van zorgverstrekking en gezondheidsbevordering, evenals van de voornaamste elementen die bijdragen tot haar toegankelijkheid.	7. Binnen de bestaande en toekomstige maatschappelijke structuur, met de maatschappijkennis aan de ene kant en met de wetenschap m.b.t. gezondheid aan de andere kant, bijdragen tot de realisatie van de gezondheidszorg

8. Kennis hebben van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. Zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren en hierbij de kwaliteit van de bestudeerde medische bronnen evalueren.	5. De kennis hebben van de methodologie van het wetenschappelijk onderzoek; onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken. De vaardigheden ontwikkelen om adequaat informatie te verwerven en te verwerken (inclusief het gebruik en het kritisch omgaan met elektronische bronnen)
9. Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken conform de gangbare wetenschappelijke criteria.	5. Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken en in staat te zijn om het design en de resultaten van medisch onderzoek kritisch te evalueren.
10. Kennis hebben van de belangrijkste professionele en ethische normen en deze in praktijk brengen.	2. De humanitaire waarden van de medische professie respecteren, de basisvaardigheden tot interdisciplinaire samenwerking verwerven
11. Een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen verwerven.	5. De basishouding verwerven tot levenslang leren 8. Kritisch reflecteren over het eigen functioneren en de ontwikkeling van professioneel gedrag

A.1.2 Opleidingsspecifieke leerresultaten van de masteropleiding

Matrix gevalideerde domeinspecifieke leerresultaten versus opleidingsspecifieke leerresultaten

Domeinspecifieke leerresultaten (1-16)	Opleidingsspecifieke leerresultaten (1.1-7.5)
1. De kennis van en het inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam in normale en pathologische omstandigheden in interactie met de omgeving geïntegreerd toepassen, met het oog op preventie, diagnose en behandeling van ziekten en problemen. Hierbij rekening houden met de bevindingen uit de epidemiologie en evidence based medicine.	1.3 De arts beheerst het diagnostisch, preventief, therapeutisch, revaliderend en palliatief arsenaal: 1.4 De arts heeft zich in egien mogelijkheden en beperkingen en kan omgaan met onzekerheden. 1.5. De arts heeft inzicht in de bestaande richtlijnen van evidence-based medicine en kan hiermee constructief en innovatief omgaan in complexe situaties. 6.3 De arts kent de verschillende vormen van preventie en kan meewerken aan initiatieven zowel op individueel niveau als collectief niveau. 6.4 De arts kent de methodes van opsporing van gezondheidsproblemen en hun mogelijkheden en beperkingen
2. Over de vereiste kennis, inzicht en vaardigheden beschikken om patiëntenzorg te verlenen onder supervisie, rekening houdend met factoren van diversiteit.	1.1 De arts beschikt over de vereiste kennis, inzicht, vaardigheid en attitudes om onder supervisie patiëntenzorg te verlenen.
3. Zelfstandig een consult uitvoeren vertrekkend van vraagverheldering, anamnese en lichamelijk onderzoek om vervolgens een probleemanalyse te maken, klinisch te redeneren en een diagnose te stellen op basis van verzamelde informatie. Op basis van het voorgaande en onder supervisie de juiste klinische beslissingen nemen (ethisch onderbouwd en kostenbewust) en deze uitvoeren aan de hand van een zelf opgesteld en met de patiënt overlegd behandelingsplan.	3.1 De arts levert patiëntenzorg op een integrale en ethisch verantwoorde wijze 3.2 De arts kent de professionele, ethische en wettelijke codes en brengt deze in praktijk
4. Doeltreffend communiceren met patiënt en/of familie in een empathische, vertrouwelijke, en ethisch verantwoorde arts-patiënt-relatie.	4.1 De arts luistert goed en verkrijgt doelmatige en relevante patiënteninformatie. Hij toont begrip en empathie met respect voor vertrouwelijkheid 4.2 De arts kan op juiste, begrijpelijke en empathische wijze aan de patiënt en/of familie de noodzakelijke en gewenste informatie geven

5. Efficiënt en effectief een patiëntencasus en wetenschappelijk werk communiceren met en rapporteren aan andere artsen, gezondheidsverstrekkers en de gemeenschap.	4.3 De arts kan mondeling en schriftelijk verslag doen van een patiëntencasus met formulering van vragen voor diagnostiek, behandeling, revalidatie en palliatie en/of conclusies
6. Constructief samenwerken in een interdisciplinaire en interprofessionele context wat betreft patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek en beleidsontwikkeling.	1.2 De arts heeft inzicht in de verwante wetenschappen (psychologie, sociologie, biologie, management, enz.) en kan hun belang duiden (interdisciplinariteit). 5.1 De arts overlegt met anderen; kent de mogelijkheden van de verschillende medische disciplines. 5.2 De arts kan in teamverband werken.
7. In het professioneel functioneren rekening houden met het vigerende gezondheidssysteem en de financieel-economische implicaties van zorgverstrekking voor de maatschappij en de patiënt. Hierbij aandacht hebben voor opportuniteiten tot verbetering en optimalisering.	7.4 De arts heeft kennis van het gezondheidssysteem in België en de financieel-economische implicaties en gaat doelmatig om met de middelen, met aandacht voor 'equity' (sociale rechtvaardigheid) 3.3 De arts heeft kennis en inzicht wat betreft de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg
8. Aandacht hebben voor de bevordering van de gezondheid op basis van de voornaamste psychosociale, economische, ecologische en biologische aspecten die de gezondheid van de patiënt en de gemeenschap beïnvloeden.	3.4 De arts kan omgaan met maatschappelijke evoluties in de gezondheidszorg 6.1 De arts herkent de psychosociale, economische, milieugebonden en biologische aspecten die de gezondheid van de patiënt beïnvloeden en werkt consequent aan de bevordering van gezondheid
9. Aandacht hebben voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het vigerende systeem. Het belang van welzijn en veiligheid van patiënt, zorgverlener en omgeving erkennen.	6.2 De arts bevordert de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen
10. Inzicht hebben in de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en in staat zijn om de kwaliteit van medische bronnen kritisch te evalueren en toe te passen.	2.1 De arts heeft kennis en inzicht in de grondbeginselen van wetenschappelijk onderzoek. 2.2 De arts kan informatie, welke voor de zorgverlening van belang is, uit de internationale literatuur of andere bronnen opsporen, beoordelen en communiceren
11. Onder supervisie een actieve bijdrage leveren aan het onderzoek en onderwijs in de geneeskunde, conform de wetenschappelijke standaarden.	2.5 De arts helpt bij informatieoverdracht naar studenten, gezondheidswerkers, patiënten en bevolking
12. Op basis van de eigen bijdrage aan onderzoek een wetenschappelijk gefundeerde conclusie formuleren en verdedigen.	4.4 De arts kan zijn wetenschappelijk werk communiceren
13. De professionele, ethische en wettelijke normen en bepalingen kennen en deze in praktijk brengen.	3.2 De arts kent de professionele, ethische en wettelijke codes en brengt deze in praktijk 6.5 De arts kent de juridische implicaties van de gezondheidszorg
14. Kritisch reflecteren over zichzelf en het eigen functioneren met passende aandacht voor het persoonlijk welbevinden.	3.5 De arts kan kritisch reflecteren rond zijn eigen functioneren en ontwikkeling
15. Levenslang leren in de praktijk brengen door het eigen professioneel denken en handelen voortdurend bij te sturen.	2.3 De arts bevordert en onderhoudt de vakbekwaamheid
16. De aangeleerde kennis, vaardigheden en attitudes van de basisarts integreren en implementeren.	

B.2 Schematisch programmaoverzicht

B.2.1 Bacheloropleiding

Eerste jaar bachelor in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014 (zesjarige opleiding)

	Opleidingsonderdelen	Vak-groep	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studie-punten
GEMEENSCHAPPELIJKE VAKKEN GENEESKUNDE EN TANDHEELKUNDE						
1	De Cel: Fundamentele concepten, structuur en functie: partim I	WE06	Isabel Van Driessche	60	240	8
2	De Cel: Fundamentele concepten, structuur en functie: partim II	GE05	Maria Cornelissen	60	240	8
3	De Cel: Energie en metabolisme	GE07	Jan Gettemans	45	150	5
4	De Cel: Moleculaire biologie en genetica	GE07	Jan Tavernier	55	200	7
5	Informatieverwerking	GE12	Georges De Moor	35	90	3
				255	920	31
SPECIFIEKE VAKKEN VOOR GENEESKUNDE						
6	Locomotorisch stelsel en huid	GE05	Katharina D'Herde	93	330	11
7	Klinische en communicatieve vaardigheden I	GE23	Luc Herregods	50	120	4
8	Gezondheid en maatschappij I	GE21	Jan De Maeseneer	45	180	6
9	Persoonlijk werk, keuzethema uit Gezondheid en maatschappij I	GE21	Sara Willems	43	90	3
10	Exploratie en ethiek in de gezondheidszorg	GE02	Stefaan De Henauw	60	150	5
				291	870	29
	TOTAAL			546	1790	60

121

Tweede jaar bachelor in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014 (zesjarige opleiding)

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studie-tijd	Studie-punten
1	Zenuwstelsel en zintuigen	Luc Leybaert	96	330	11
2	Cardiovasculair stelsel, ademhaling, nier en urinewegen	Johan Van de Voorde	96	360	12
3	Gastro-intestinaal en endocrien stelsel, stofwisseling	Ingrid Kerckaert	82	295	10
4	Voortplanting en seksualiteit	Katharina D'Herde	63	175	7
5	Farmacologie	Romain Lefebvre	50	120	4
6	Klinische en communicatieve vaardigheden II	Guy Vanderstraeten	38	88	3
7	Medische statistiek	Georges De Moor	45	120	4
8	Persoonlijk werk: biomedisch onderwerp	Luc Vakaet	80	90	3
9	Exploratie: verpleeghulpstage en contextgeneeskunde. Studium generale.	Barbara De Moerloose	53	180	6
	TOTAAL		603	1758	60

Derde jaar bachelor in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014 (zevenjarige opleiding)

	Opleidingsonderdelen	Vak-groep	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studie-punten
1	Methodologie van het wetenschappelijk onderzoek	GE01	Guy Brusselle	44	154	6
2	Basisconcepten van de klinische geneeskunde	GE22	Claude Cuvelier	44.5	210	7
3	Basisconcepten van de klinische infectiologie	GE06	Jean Plum	24.5	90	3
4	Voortplanting en seksualiteit	GE04	Marleen Temmerman	63	175	7
5	Gezondheid en maatschappij II	GE12	Lutgart Braeckman	58	206	7
6	Diagnostische en therapeutische methodieken	GE09	Luc Van Bortel	70	240	8
7	Problemen van neus, keel, oor, hals en huid	GE15	Jo Lambert	45	210	7
8	Klinische en communicatieve vaardigheden II	GE21	Myriam Deveugele	42	90	3
9	Medische probleemoplossing en 'evidence based medicine' I	GE06	Alain Verstraete	18	90	3
10	Exploratie in de Jeugdgezondheidszorg. Observatie van een gezin. Kennismaking met de huisartsgeneeskunde. Studium generale	GE02	Dirk Matthys	33	180	6
11	Projecten: analyseren en rapporteren van data	GE12	Georges Van Maele	14	90	3
	TOTAAL			456	1735	60

122

NIEUW Derde jaar bachelor in de geneeskunde Vanaf academiejaar 2014-2015 (zesjarige opleiding)

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studie-punten
1	Methodologie van het wetenschappelijk onderzoek	Georges Van Maele	44	120	4
2	Gezondheid en maatschappij II	Lutgart Braeckman	58	150	5
3	Mechanismen van ziekte	N.N.	70	210	7
4	Diagnostische en therapeutische methodieken	Luc Van Bortel	70	150	5
5	Problemen van neus, keel, oor, hals, huid en ogen	Jo Lambert	57	210	9
5	Problemen van digestief stelsel, endocrien stelsel en voeding	Martine De Vos	115	300	10
6	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	An De Sutter	48	150	5
7	Klinische en communicatieve vaardigheden III	Myriam Deveugele	42	90	3
8	Medische probleemoplossing en 'evidence based medicine' I	Alain Verstraete	18	90	3
9	Projecten: analyseren en rapporteren van data	Georges Van Maele	14	90	3
10	Exploratie: jeugdgezondheidszorg en contextgeneeskunde. Studium generale	Dirk Matthys	33	180	6
	TOTAAL		569	1740	60

B.2.2 Masteropleiding

Eerste jaar master in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Vak-groep	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepun-ten
1	Problemen van hart, longen, bloedvaten, bloedvormende organen en nieren I	GE01	Fritz Offner	100	240	8
2	Problemen van hart, longen, bloedvaten, bloedvormende organen en nieren II	GE10	Guido Van Nooten	100	240	8
3	Problemen van digestief stelsel, endocrien stelsel en voeding	GE01	Martine De Vos	115	300	10
4	Problemen van borst en urogenitaal stelsel	GE04	Piet Hoebeke	90	270	9
5	Klinische, technische en communicatieve vaardigheden III	GE09	Lucas Van Bortel	55	140	5
6	Medische probleemoplossing en 'Evidence based Medicine' II	GE21	Dirk Avonts	45	150	5
7	Exploratie in de arbeidsgeneeskunde. Groepswerk: Gezondheid en maatschappij. Studium Generale	GE12	Stefaan De Henauw	53	150	5
8	Masterproef I: Wetenschappelijke stage	GE22	Claude Cuvelier	45	300	10
	TOTAAL			603	1790	60

123

Tweede jaar master in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepun-ten
1	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	An De Sutter	45	150	5
2	Problemen van geestelijke gezondheid, zenuwstelsel en ogen	Paul Boon	107	270	9
3	Problemen van het bewegingsstelsel	Guy Vanderstraeten	112	270	9
4	Problemen van klinische genetica, verloskunde, pediatrie en adolescentie	Anne De Paepe	160	300	10
5	Problemen van de oudere	Mirko Petrovic	60	150	5
6	Aspecten van de klinische stage	Lutgart Braeckman	40	90	3
7	Klinische, technische en communicatieve vaardigheden IV	Myriam Deveugele	55	140	5
8	Medische probleemoplossing en "evidence based medicine" III	Simon Van Belle	40	120	4
9	Exploratie en ethiek. "Medical Humanities". Interprofessionele oefening zorgstrategie.	Eric Mortier	40	90	3
10	Masterproef II: Scriptie	Claude Cuvelier	30	210	7
	TOTAAL		689	1790	60

Derde jaar master in de geneeskunde Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepunten
1	Reflecties over de klinische praktijk	Catharina Dhooge	74	300	10
2	Stage spoedgevallen	Walter Buylaert	18	120	4
3	Stage interne geneeskunde	Fritz Offner	36	240	8
4	Stage algemene heelkunde	Piet Pattyn	18	120	4
5	Stage bewegingsstelsel	Jan Victor	18	120	4
6	Stage pediatrie	Myriam Van Winckel	18	120	4
7	Stage huisartsgeneeskunde en radiologie	Thierry Christiaens	18	120	4
8	Stage Psychiatrie	Cornelis Van Heeringen	18	120	4
9	Keuzestages	Myriam Van Winckel	36	240	8
10	Masterproef III: geïntegreerd klinisch eindexamen	Anselme Derese	65	300	10
	TOTAAL		319	1800	60

Vierde jaar master in de geneeskunde – afstudeerrichting ziekenhuisarts Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepunten
Algemene opleidingsonderdelen					
1	Specifieke stage: oriëntatie ziekenhuisarts	Myriam Van Winckel	105	700	24
2	Masterproef IV	Jan De Maeseneer	14	90	3
Major Praktijk voor de Ziekenhuisarts					
	Specialistische en ziekenhuisgeneeskunde gericht op urgentiegeneeskunde	Frank Vermassen	40	120	4
	Maatschappelijke, ethische en juridische aspecten van ziekenhuisgeneeskunde	Dirk Matthys	20	90	3
	Capita selecta uit de ziekenhuisgeneeskunde	Martine De Vos	45	150	6
	Stage ziekenhuisarts	Myriam Van Winckel	77	510	17
	Keuzeopleidingsonderdelen Op te nemen: 3 studiepunten uit onderstaande lijst of te selecteren uit het studieaanbod van de UGent				
	Bewegen en sport: nu en later	Dirk De Clercq	30	90	3
	Patiëntenzorg in de Franse taal	Eugeen Roegiest	30	90	3
Major Wetenschappelijk onderzoek voor de Ziekenhuisarts					
	Stage wetenschappelijk onderzoek voor de ziekenhuisarts	Geert Leroux-Roels	104	690	24
	Keuzeopleidingsonderdelen Op te nemen: 9 studiepunten uit onderstaande lijst of te selecteren uit het studieaanbod van de UGent				
	Bewegen en sport: nu en later	Dirk De Clercq	30	90	3
	Patiëntenzorg in de Franse taal	Eugeen Roegiest	30	90	3
	Proefdierkunde I	Katleen Hermans	40	150	5
	Proefdierkunde II	Katleen Hermans	40	150	5
	TOTAAL				60

Vierde jaar master in de geneeskunde – afstudeerrichting huisarts Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepunten
Algemene opleidingsonderdelen					
1	De praktijk van huisartsgeneeskunde en eerste lijnsgezondheidszorg	Thierry Christiaens	170	300	10
2	Capita selecta uit de maatschappelijke gezondheidskunde	Jan De Maeseneer	30	90	3
3	Stage huisartsgeneeskunde	Thierry Christiaens	72	480	17
4	Masterproef IV	Jan De Maeseneer	14	90	3
Major Praktijk in de Huisartsgeneeskunde					
	Ziekenhuisstage: oriëntatie huisartsgeneeskunde	Thierry Christiaens	104	700	24
Major wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde					
	Stage wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde	An De Sutter	52	350	12
	Ziekenhuisstage: oriëntatie huisartsgeneeskunde	Thierry Christiaens	52	350	12
Keuzeopleidingsonderdelen					
	Op te nemen: 3 studiepunten uit onderstaande lijst of te selecteren uit het studieaanbod van de UGent				
	Bewegen en sport: nu en later	Dirk De Clercq	30	90	3
	Patiëntenzorg in de Franse taal	Eugeen Roegiest	30	90	3
	TOTAAL				60

125

Vierde jaar master in de geneeskunde – afstudeerrichting maatschappelijke gezondheidszorg Academiejaar 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepunten
Algemene opleidingsonderdelen					
1	Specifieke stage: oriëntatie maatschappelijke gezondheidszorg	Stefaan De Henauw	105	700	24
2	Masterproef IV	Jan De Maeseneer	14	90	3
Major Praktijk in de Maatschappelijke gezondheidszorg					
	Maatschappelijke gezondheidszorg	Lutgart Braeckman	45	150	5
	Specialistische en ziekenhuisgeneeskunde gericht op urgentiegeneeskunde	Frank Vermassen	40	120	4
	Capita selecta uit de maatschappelijke gezondheidskunde	Jan De Maeseneer	30	90	3
	Stage maatschappelijke gezondheidszorg	Lutgart Braeckman	63	420	15
Keuzeopleidingsonderdelen					
	Op te nemen: 3 studiepunten uit onderstaande lijst of te selecteren uit het studieaanbod van de UGent				
	Bewegen en sport: nu en later	Dirk De Clercq	30	90	3
	Patiëntenzorg in de Franse taal	Eugeen Roegiest	30	90	3
Major Wetenschappelijk onderzoek in de Maatschappelijke gezondheidszorg					
	Stage wetenschappelijk onderzoek inzake maatschappelijke gezondheidszorg	Stefaan De Henauw	90	600	20
Keuzeopleidingsonderdelen					
	Op te nemen: 3 studiepunten uit onderstaande lijst of te selecteren uit het studieaanbod van de UGent				
	Bewegen en sport: nu en later	Dirk De Clercq	30	90	3
	Patiëntenzorg in de Franse taal	Eugeen Roegiest	30	90	3
	TOTAAL				60

Vierde jaar master in de geneeskunde - afstudeerrichting aangepast programma huisarts Academiejahr 2013-2014

	Opleidingsonderdelen	Titularis	Contact uren	Studietijd	Studiepunten
Algemene opleidingsonderdelen					
1	De praktijk van huisartsgeneeskunde en eerste- lijnsgezondheidszorg: aangepast programma	Thierry Christiaens	170	300	10
2	Capita selecta uit de maatschappelijke gezond- heidskunde: aangepast programma	Jan De Maeseneer	30	90	3
3	Stage huisartsgeneeskunde: aangepast program- ma	Thierry Christiaens	72	480	17
4	Op te nemen: 210 studiepunten te selecteren uit vrijstellingen op grond van het reeds behaalde diploma van de afstudeerrichting ziekenhuisarts of maatschappelijke gezondheidszorg van de Master in de geneeskunde				
	TOTAAL				30

B.3 ECTS-fiches

De ECTS-fiches voor zowel bachelor- als masterprogramma zijn te vinden op volgende URL's:

Bachelor of science in de geneeskunde

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/BACH/DBARTS/DBARTS.html>

Gemeenschappelijk gedeelte master in de geneeskunde

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/MABA/DMGENE/DMGENE.html>

Master of Medicine in de geneeskunde - afstudeerrichting aangepast programma huisarts

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/MABA/DMARTSHO/DMARTSHO.html>

Master of Medicine in de geneeskunde - afstudeerrichting huisarts

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/MABA/DMARTSHU/DMARTSHU.html>

Master of Medicine in de geneeskunde - afstudeerrichting maatschappelijke gezondheidszorg

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/MABA/DMARTSMG/DMARTSMG.html>

Master of Medicine in de geneeskunde - afstudeerrichting ziekenhuisarts

<http://studiegids.ugent.be/2013/NL/FACULTY/D/MABA/DMARTSZI/DMARTSZI.html>

B.5 Omvang van het ingezette personeel

B.5.1 Bacheloropleiding

Verantwoordelijke lesgevers en medelesgevers uit de bacheloropleiding geneeskunde						
graad		vakgroep	aanstellingspercentage aan de instelling	aantal SP aan de opleiding	man/vrouw	leeftijd op 1 feb 2013
Buitengewoon hoogleraar	Petra De Sutter	Uro-gynaecologie	10	7	V	49
Buitengewoon hoogleraar	Joris Delanghe	Klinische biologie, microbiologie en immunologie	10	11	M	55
Buitengewoon hoogleraar	Norbert Fraeyman	Farmacologie	10	6.0	M	64
Buitengewoon hoogleraar	Piet Pattyn	Heelkunde	10	10	M	55
Buitengewoon hoogleraar	Marleen Temmerman	Uro-gynaecologie	10	7	V	59
Buitengewoon hoogleraar	Frank Vermassen	Heelkunde	10	8	M	53
Buitengewoon hoogleraar	Alain Verstraete	Klinische biologie, microbiologie en immunologie	10	3	M	55
Docent	Klaartje De Buysser	Anorganische en fysische chemie	100	8	V	33
Docent	Koenraad Stroeken	Talen en culturen	100	6	M	45
Docent	Dirk Avonts	Huisartsgeneeskunde en eerste lijnszorg	100	6	M	58
Docent	Sarah Gerlo	Biochemie	100	7.0	V	39
Docent	Sara Willems	Huisartsgeneeskunde en eerste lijnszorg	100	15	V	35
Doctor-assistent	Els Clays	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	6	V	37
Gastprofessor	Georges Van Maele	Maatschappelijke gezondheidskunde	10	12	M	62
Gastprofessor	Sofie Vandamme	Huisartsgeneeskunde en eerste lijnszorg	5	5	V	44
Gewoon hoogleraar	Dirk De Bacquer	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	9	M	47
Gewoon hoogleraar	Jan De Maeseneer	Huisartsgeneeskunde en eerste lijnszorg	100	27	M	60
Gewoon hoogleraar	Martine De Vos	Inwendige ziekten	100	10	V	59
Gewoon hoogleraar	Johan Decruyenaere	Inwendige ziekten	100	17	M	54
Gewoon hoogleraar	Piet Hoebeke	Uro-gynaecologie	100	17	M	50
Gewoon hoogleraar	Jean Kaufman	Inwendige ziekten	100	10	M	63

Gewoon hoogleraar	Romain Lefebvre	Farmacologie	100	10	M	60
Gewoon hoogleraar	Luc Leybaert	Medische basiswetenschappen	100	48	M	55
Gewoon hoogleraar	Dirk Matthys	Pediatrie en genetica	100	11	M	62
Gewoon hoogleraar	Franki Speleman	Pediatrie en genetica	100	7	M	51
Gewoon hoogleraar	Jan Tavernier	Biochemie	100	10	M	56
Gewoon hoogleraar	Hubert Thierens	Medische basiswetenschappen	100	27	M	62
Gewoon hoogleraar	Lucas Van Bortel	Farmacologie	100	8	M	63
Gewoon hoogleraar	Johan Van de Voorde	Farmacologie	100	12	M	57
Gewoon hoogleraar	Guy Vanderstraeten	Fysiotherapie	100	3	M	61
Gewoon hoogleraar	Koenraad Verstraete	Radiologie	100	8	M	51
Hoofddocent	Lutgart Braeckman	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	5	V	49
Hoofddocent	Thierry Christiaens	Huisartsgeneeskunde en eerste-lijnszorg	100	11	M	54
Hoofddocent	Maria Cornelissen	Medische basiswetenschappen	100	30	V	59
Hoofddocent	Barbara De Moerloose	Pediatrie en genetica	5	6	V	43
Hoofddocent	Georges De Moor	Maatschappelijke gezondheidskunde	50	9	M	59
Hoofddocent	An De Sutter	Huisartsgeneeskunde en eerste-lijnszorg	100	6	V	54
Hoofddocent	Anselme Derese	Huisartsgeneeskunde en eerste-lijnszorg	100	6.0	M	58
Hoofddocent	Myriam Deveugele	Huisartsgeneeskunde en eerste-lijnszorg	100	25	V	59
Hoofddocent	Katharina D'Herde	Medische basiswetenschappen	100	44	V	53
Hoofddocent	Paul Gemmel	Management, innovatie en ondernemerschap	100	5.0	M	46
Hoofddocent	Jan Gettemans	Biochemie	100	34	M	48
Hoofddocent	Luc Herregods	Anesthesiologie	5	4	M	55
Hoofddocent	Ingrid Kerckaert	Medische basiswetenschappen	100	21	V	56
Hoofddocent	Frederic Lynen	Organische chemie	100	8	M	38
Hoofddocent	Fritz Offner	Inwendige ziekten	100	3	M	52

Hoofddocent	Koen Paemeleire	Medische basiswetenschappen	5	11	M	42
Hoofddocent	Frank Peelman	Biochemie	100	5	M	42
Hoofddocent	Wim Van Biesen	Inwendige ziekten	5	5	M	46
Hoofddocent	Nele Van Den Noortgate	Inwendige ziekten	5	6	V	47
Hoofddocent	Koen Van Herck	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	5	M	40
Hoofddocent	Sofie Verhaeghe	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	6	V	41
Hoofddocent	Myriam Vervaet	Psychiatrie en medische psychologie	100	13	V	56
Hoofddocent	Anne Vral	Medische basiswetenschappen	100	29	V	49
Hoogleraar	Christophe Ampe	Biochemie	100	5	M	52
Hoogleraar	Lieven Annemans	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	5	M	48
Hoogleraar	Guy Brusselle	Inwendige ziekten	10	6	M	47
Hoogleraar	Stefaan De Henauw	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	10	M	51
Hoogleraar	Lea Maes	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	6	V	62
Hoogleraar	José Martins	Organische chemie	100	8	M	46
Hoogleraar	Isabel Van Driessche	Anorganische en fysische chemie	100	8	V	47
Emeritus	Henri Verhaaren	Pediatrie en genetica	5	6	M	67

B.5.2 Masteropleiding

Verantwoordelijke lesgevers en medelesgevers uit de masteropleiding geneeskunde						
Graad	Naam	Vakgroep	Aanstellingspercentage	aantal studiepunten aan de opleiding	M/V	Leeftijd
Buitengewoon hoogleraar	Jan Gerris	Uro-gynaecologie	10	9	M	60
Buitengewoon hoogleraar	Marleen Temmerman	Uro-gynaecologie	10	13	V	59
Buitengewoon hoogleraar	Joris Delanghe	Klinische biologie, microbiologie en immunologie	10	8	M	55
Buitengewoon hoogleraar	Jan Philippé	Klinische biologie, microbiologie en immunologie	10	3	M	56
Buitengewoon hoogleraar	Piet Pattyn	Heelkunde	10	18	M	55

Buitengewoon hoogleraar	Frank Vermassen	Heelkunde	10	20	M	53
Docent	Pieter Cornillie	Morfologie	100	5	M	34
Docent	Dirk Avonts	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	100	14.0	M	58
Doctor-assistent	Olivier Degomme	Uro-gynaecologie	100	3	M	33
Gastprofessor	Sofie Vandamme	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	5	5.0	V	44
Gastprofessor	Veerle Segers	Bewegings- en sportwetenschappen	50	3.0	V	34
Gastprofessor	Roel Vaeyens	Bewegings- en sportwetenschappen	10	3.0	M	35
Gewoon hoogleraar	Paul Boon	Inwendige Ziekten	100	9	M	52
Gewoon hoogleraar	Martine De Vos	Inwendige Ziekten	100	16	V	59
Gewoon hoogleraar	Johan Decruyenaere	Inwendige Ziekten	100	8	M	54
Gewoon hoogleraar	Thierry Gillebert	Inwendige Ziekten	100	16	M	62
Gewoon hoogleraar	Guy Joos	Inwendige Ziekten	100	16	M	57
Gewoon hoogleraar	Jean Kaufman	Inwendige Ziekten	100	10	M	63
Gewoon hoogleraar	Simon Van Belle	Inwendige Ziekten	100	4	M	59
Gewoon hoogleraar	Anne De Paepe	Pediatrie en genetica	100	10	V	57
Gewoon hoogleraar	Dirk Matthys	Pediatrie en genetica	100	13	M	62
Gewoon hoogleraar	Piet Hoebeke	Uro-gynaecologie	100	17	M	50
Gewoon hoogleraar	Geert Leroux-Roels	Klinische biologie, microbiologie en immunologie	100	24	M	60
Gewoon hoogleraar	Lucas Van Bortel	Farmacologie	100	5	M	63
Gewoon hoogleraar	Stan Monstrey	Heelkunde	100	4	M	57
Gewoon hoogleraar	Guido Van Nooten	Heelkunde	100	16	M	60
Gewoon hoogleraar	Cornelis Van Heeringen	Psychiatrie en medische psychologie	100	3.0	M	57
Gewoon hoogleraar	Koenraad Verstraete	Radiologie en nucleaire geneeskunde	100	3.0	M	51
Gewoon hoogleraar	Philippe Kestelyn	Oogheelkunde	100	9.0	M	62
Gewoon hoogleraar	Jan De Maeseneer	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	100	19.0	M	60

Gewoon hoogle- raar	Eric Mortier	Anesthesiologie	100	0.0	M	53
Gewoon hoogle- raar	Guy Vanderstraeten	Fysische geneeskunde	100	9.0	M	61
Gewoon hoogle- raar	Dirk De Clercq	Bewegings- en sportwetenschappen	100	0.0	M	54
Gewoon hoogle- raar	Geert Crombez	Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie	100	3.0	M	49
Hoofddocent	Katleen Hermans	Pathologie, bactgeriologie en pluimveeziekten	100	10	V	39
Hoofddocent	Danny De Looze	Inwendige Ziekten	5	10	M	51
Hoofddocent	Fritz Offner	Inwendige Ziekten	100	21	M	52
Hoofddocent	Nele Van Den Noortgate	Inwendige Ziekten	5	5	V	47
Hoofddocent	Dirk Voet	Inwendige Ziekten	5	9	M	64
Hoofddocent	Catharina Dhooge	Pediatrie en genetica	5	10	V	50
Hoofddocent	Myriam Van Winckel	Pediatrie en genetica	5	41	V	54
Hoofddocent	Jan Victor	Orthopedie	100	26	M	52
Hoofddocent	Wim Ceelen	Heelkunde	5	10	M	45
Hoofddocent	Yves Van Nieuwenhove	Heelkunde	5	10	M	46
Hoofddocent	Dirk Van Roost	Heelkunde	10	9	M	59
Hoofddocent	Lutgart Braeckman	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	3.0	V	49
Hoofddocent	Michel Piette	Gerechtelijke geneeskunde	100	3.0	M	64
Hoofddocent	Thierry Christiaens	Huisartsgeneeskunde en eer- stelijnsgezondheidszorg	100	15.0	M	54
Hoofddocent	An De Sutter	Huisartsgeneeskunde en eer- stelijnsgezondheidszorg	100	0.0	V	54
Hoofddocent	Anselme Dereese	Huisartsgeneeskunde en eer- stelijnsgezondheidszorg	100	10.0	M	58
Hoofddocent	Myriam Deveugele	Huisartsgeneeskunde en eer- stelijnsgezondheidszorg	100	10.0	V	59
Hoofddocent	Yves T'Sjoen	Letterkunde	100	3.0	M	46
Hoogleraar	Luc Duchateau	Vergelijkende fysiologie en biometrie	100	5	M	48
Hoogleraar	Annemie Decostere	Morfologie	100	5	V	41
Hoogleraar	Luc Peelman	Voeding, genetica en ethio- logie	100	5	M	48

Hoogleraar	Ann Martens	Heelkunde en en anesthesie van de huisdieren	100	5	V	43
Hoogleraar	Dirk Elewaut	Inwendige Ziekten	100	9	M	47
Hoogleraar	Mirko Petrovic	Inwendige Ziekten	10	5	M	53
Hoogleraar	Lieven Annemans	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	3	M	48
Hoogleraar	Stefaan De Henauf	Maatschappelijke gezondheidskunde	100	8.0	M	51
Hoogleraar	Greet Cardon	Bewegings- en sportwetenschappen	100	3.0	V	44
Hoogleraar	Matthieu Lenoir	Bewegings- en sportwetenschappen	100	3.0	M	43
Postdoctoraal medewerker onbezoldigd	Stéphanie De Maesschalck	Uro-gynaecologie	0	10	V	39

B.5.3 Overzicht lesgevers en medewerkers aan het onderwijs AJ 2013-2014

1e BACHELOR GENEESKUNDE			
	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs
1	De Cel: Fundamentele concepten, structuur en functie, partim I	Hubert Thierens (TTIT) , Isabel Van Driessche, Klaartje De Bussers, Frederic Lynen	Jan Philippé (BCV) M Delcoigne, P Vanderhoeven, J Feys, T Vanheede, E Bruneel, E Van De Walle, H Van Hoe, R Lapère, K. Bacher, A Decrop
2	De Cel: Fundamentele concepten, structuur en functie, partim II	Maria Cornelissen (VTIT) Jan Gettemans, Luc Leybaert, Hubert Thierens	Jan Philippé (BCV) S Mione, N Peiren, E Van Outryve, B Rotthier, R Deceunynck, M Bol, C Boydens, E Berneel E, J De Puydt
3	De Cel: Energie en metabolisme	Jan Gettemans (VTIT) , Christophe Ampe, Frank Peelman	Luc Leybaert (BCV) Berlinda Vanloo, Kenneth Verheggen, Marleen Van Troys, Wouter Van Overbeke, Isabel Van Audenhove, Jonas Bethuynne
4	De Cel: Moleculaire biologie en genetica	Jan Tavernier (VTIT) , Franki Speelman, Luc Leybaert, Sarah Gerlo	Fritz Offner (BCV) L De Ceuninck, L Icardi, K Kolmus, I Lemmens, D Masschale, K. Verheggen, M Van Troys, R Mori, D Ratman, K Titeca, J Wauman, B Poppe, T Kerre, E Pattyn, N Colaer, B Vanloo, T Van Acker, J Boelens, L Noens, B Verhasselt, M Praet, S Van Belle, J Philippé, C Cuvelier, A Vantilborgh, E.Decrock, O. Vanakker, N. Van Roy, B. Menten, S. Vergult, A. Dheedene, P. Coucke, K. Claes, P. Schelstraete, S. Janssens
5	Gezondheid en maatschappij I	Jan De Maeseneer (VTIT) , Lea Maes, Sara Willems, Myriam Vervae, Koen Stroeken, Norbert Fraeyman	Nele Van den Noortgate (BCV) S De Maesschalck, Clays E, Van Autreve S, Verstraete G., Bijttebier Stijn, Lynn Ryssaert, Veerle Vyncke, Veerle Dubuy, Bart De Clercq, Evelyne De Ryck, Annelies Matton, Eva De Koning, Julie Vanden Bulcke
6	Locomotorisch stelsel en huid	Katharina D'Herde (VTIT) , Maria Cornelissen, Ingrid Kerckaert, Hubert Thierens	Guy Vanderstraeten (BCV) Mione S., Lapere R., Van Hoof T., Pouders C., Van De Velde J, Verstraete K., Wouters P, De Baets F, Rietzschel E, Raes A, Cocquyt V, Kerckaert I., Boterberg T, Noens L, De Sutter J, Vogelaers D, Van Vlierberghe H, G Sys, E Berneel E, J De Puydt, J Victor
7	Informatieverwerking	Georges De Moor (VTIT) , Georges Van Maele	Georges De Moor (LCV) P Coorevits, Heidi Buysse, H Verhaaren
8	Klinische en communicatieve vaardigheden I	Luc Herregods (VTIT) , Myriam Deveugele, Anselme Derese, Ingrid Kerckaert, Katharina D'Herde	Luc Herregods (LCV) Coppens M., Sercu M, Wyler B, Deblaere I., K Aelbrecht, J Callens, Hanne Creupelandt, T. Van Hoof, C. Pouders, J. Van de Velde, Samyn M.

9	Persoonlijk werk: keuzethema uit Gezondheid en maatschappij I	Sara Willems (VTIT)	Sara Willems (LCV) M Vervaeet, N Fraeyman, Koen Stroeken, Els Clays, Veerle Vyncke, S Bijttebier, S Van Autreve, L Maes, Wim Hardyns, Jolien Vos	GE21
10	Exploratie en ethiek in de gezondheidszorg	Dirk Matthys (TTIT) , Stefaan De Henauw, Piet Hoebeke, Johan Decruyenaere, Jan De Maeseneer	Dirk Matthys (LCV) Vande Walle J., De Maeseneer J., Mortier E., Mortier F. (fac. LW), Petrovic M, Vogelaers D, Buysse H., Clays E, Demarré L, De Smedt D., Sioen I, Van Den Noortgate N., R Rogiers, K Van Herck, B De Clercq, B Vanaelst, W Van Lippevelde, Kristien Debrock, Nathalie Michels, Nick Verhaeghe, Mathieu Verbrugghe, Krishna Vyncke, D Pevernagie, S De Henauw, Y. Akhandaf, M Claessens, A De Decker, L. Pil, Dirk Avonts, Wim Van Besien, Jan Bosmans, I. Colle	GE02

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

2e BACHELOR GENEESKUNDE				
	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	
1	Zenuwstelsel en zintuigen	Luc Leybaert (VTIT) , Maria Cornelissen, Katharina D'Herde, Jan Gettemans, Koen Paemeleire	Paul Boon (BCV) Audenaert K., Deblaere K., Bol M, Delaey C, C Boydens, S Mione, Pouders C., Van Hoof T., G. Van De Velde J, De Schrijver L, Vaninbrouckx K, Wouters P, De Leenheer E, De Baets F, Rietzschel E, Raes A, Cocquyt V, Kerckaert I., Van Vlierberghe H, Boterberg T, Noens L, De Sutter J, D Vogelaers, M Miatton, J De Puydt, E Berneel, P Somers, De Pauw M., Roef G., Rogiers X., Denys H., Van Eijkeren M., Verhelst X., Sermijn E	GE05
2	Cardiovasculair stelsel, ademhaling, nier en urinewegen	Johan Van de Voorde (VTIT) , Katharina D'Herde, Luc Leybaert, Anne Vral, Jan Gettemans	Dominique Benoît (BCV) T Gillebert, K Verstraete, Mione S., Van Hoof T., Van De Velde J, Pouders C, Vanthuyne T, Wouters P, Vanheel B, Rietzschel E, Raes A, Cocquyt V, Kerckaert I., Van Vlierberghe H, Boterberg T, Noens L, De Sutter J, Vogelaers D, J De Puydt, E Berneel, F De Baets, S. Van Daele, De Pauw M., Roef G., Rogiers X., Denys H., Van Eijkeren M., Verhelst X., Sermijn E.	GE09
3	Gastro-intestinaal en endocrien stelsel, stofwisseling	Ingrid Kerckaert (VTIT) , Luc Leybaert, Anne Vral, Romain Lefebvre, Jan Gettemans, Stefaan De Henauw	Martine Cools (BCV) Verstraete K., D'Herde K., Mione S., Pouders C., Van De Velde J, Van Hoof T, Wouters P, Cocquyt V, De Baets F, Boterberg T, Noens L, De Sutter J, Vogelaers D, Raes A, J De Puydt, E Berneel, De Pauw M., Roef G., Rogiers X., Denys H., Van Eijkeren M., Verhelst X., Sermijn E.	GE05
4	Voortplanting en seksualiteit	Katharina D'Herde (VTIT) , Petra De Sutter, Anne Vral, Myriam Vervaeet, Kristien Roelens	Piet Hoebeke (BCV) Kerckaert I., Everaert K., Mortier F. (fac. LW), Van Hoof T., Van De Velde J, Pouders C, Verstraete K., Cuvelier C., Roelens K, Roets E, Gerris J, G T'Sjoen, G Decuyperre, J D Puydt, E Berneel, S Mione, Gunther Heylens	GE05
5	Farmacologie	Romain Lefebvre (VTIT)	Romain Lefebvre (BCV) Vander Stichele R, De Sutter A, Fraeyman N, De Backer T, De Puydt P, Rottey S, Priem E, G Van Lancker, S Cosyns, Kruse Vibeke, Azermai M	GE09
6	Klinische en Communicatieve vaardigheden II	Guy Vanderstraeten (VTIT) , Anselme Derese, Katharina D'Herde, Fritz Offner, Myriam Deveugele, Jan Reniers	Guy Vanderstraeten (LCV) De Pauw M, De Vos M, De Looze D, Hugelier F, Reniers J, Van den Abbeele H, Hertegonne K, Herregods L, Wyler B, Van De Velde J, Van Hoof T, Kerckaert I, C Pouders, Van Vlierberghe H, Surmont V, Demedts I., Van Renterghem D., Debryne J., Laurent S., Vantilborgh A., Steel E., Verhelst X., Offner F., Geboes K., Geerts A, Pype Peter, Sercu Maria, Aelbrecht Karolien, Lobbstaël Janique, Mertens Fien, Verreyen Lode, Callens Justine, Creupelandt Hanne, De Maeschalck Stéphanie, Van Hende V.,	GE24
7	Medische statistiek	Georges De Moor (VTIT) , Georges Van Maele	Georges De Moor (LCV) Heidi Buysse	GE12
8	Persoonlijk werk: biomedisch onderwerp	Luc Vakaet (VTIT)	Luc Vakaet (LCV) + alle promotoren	GE17

9	Exploratie: verpleeghulpstage en contextgeneeskunde. Studium generale.	Barbara De Moerloose (TTIT) , Nele Van Den Noortgate, Myriam Deveugele, Piet Hoebeke, Johan Decruyenaere	Barbara De Moerloose (LCV) Janssens W., Oostra K., Vakaet L., Van Eijkeren M., Vervaeke M., Van Den Noortgate N., Vogelaers D., Raes A., Van Daele S., De Coen K., Dehoorne J., Vandecruys E., Sachel K., Sercu M., Velghe A., De Maeschalk S., Petrovic M., Schelstraete P., Demarré L., Beeckman D., Steeman E., De Paepe A., Laureys G., S Van Biervliet, V Mondelaers, A Keymeulen, J. Panzer, Dirk Avonts, R. De Bruyne, Jan Bosmans, Van Der Tol A., De Moerloose B., Beeckman D., Piers R., Malfait T.	GE02
---	--	---	---	------

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

3e BACHELOR GENEESKUNDE				
	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	
1	Methodologie van het wetenschappelijk onderzoek	Georges Van Maele (TTIT) , Dirk De Bacquer, Sara Willems, Els Clays, Guy Brusselle	Filip De Keyser (BCV) L Noens, E Mortier, Heidi Buysse	GE12
2	Basisconcepten van klinische geneeskunde	Claude Cuvelier (VTIT) , Romain Lefebvre	Dirk Matthys (BCV) Praet M., Ferdinande L, L Libbrecht, E Lambein, E Bodson, De Sutter A, Fraeyman N, De Backer T, De Puydt P, Sylvie Rottey, Priem E, S Verschuere, S Cosyns, A.S. Beerens, Kruse Vibeke, Azermai M, Bourgeois J, Creytens D, E Himpe, M Van Bockstal	GE22
3	Basisconcepten van klinische infectiologie	Geert Claeys (VTIT) , Bruno Verhasselt, Elisaveta Padalko	Dirk Vogelaers (BCV)	GE06
4	Voortplanting en seksualiteit	Katharina D'Herde (VTIT) , Petra De Sutter, Anne Vral, Myriam Vervaeke, Kristien Roelens	Piet Hoebeke (BCV) Kerckaert I., Everaert K., Mortier F. (fac. LW), Van Hoof T., Van De Velde J, Pouders C, Verstraete K., Cuvelier C., Roelens K, Roets E, Gerris J, G T'Sjoen, G Decuyper, J D Puydt, E Berneel, S Mione, Gunther Heylens	GE05
5	Gezondheid en maatschappij II	Lutgart Braeckman (VTIT) , Lieven Annemans, Stefaan De He-nauw, Koen Van Herck, Paul Gem-mel (Fac. Econ), Isabelle Sioen	Dirk De Bacquer (BCV) De Maeseneer J, Art B, Piessens V, Keyngaert I., Peter De Paepe, M Desmet, Leen De Roo, Kathleen Keppens, Pauline Boeckxstaens, Lynn Ryssaert	GE12
6	Diagnostische en therapeutische methodieken	Lucas Van Bortel (VTIT) , Koen-raad Verstraete, Hubert Thierens, Frank Vermassen, Joris Delanghe	Joris Delanghe (BCV) De Moor G., C De Wagter, Van Eijkeren M., De Muynck M., Voet D., Van Vlierberghe H., De Looze D., De Maeseneer J., Petrovic M., Vander Stichele R., De Paepe Peter, De Sutter A, P Vanderschraegen, De Backer T, Depuydt P, Rottey S, Dierckx R, G Van Lancker, V Kruse, P De Bruyne, P De Cock, E Haegeman, J Bourgeois, M Azermai, S Monstrey, Van Bever E, Delafontaine B.	GE09
7	Problemen van neus, keel, oor, hals en huid	Jo Lambert (TTIT) , Ingeborg Dhooge	An De Sutter (BCV) Beele H., E Verhaeghe, Brochez L., Ongenae K., Van Geel N, Vermeersch H., Watelet JB, Claeys S., Stockman A., Batsleer P, Haneke E, De Paepe Peter, Petrovic M., Vander Stichele R., Randon C, Van Bortel L., Verstraete K, De Backer T, Depuydt P, Rottey S, Bonte K, Gevaert P, De Schepper S, Lapeere H, Martens L, F De Baets, V Kruse, P De Bruyne, G Van Lancker, B Boone, M Van Gele, I Vankerhove, P De Cock, E Haegeman, J Bourgeois, M Azermai, Van Bever E, Delafontaine B	GE15
8	Klinische en Communicatieve vaardigheden III	Myriam Deveugele M (VTIT) , Joris Delanghe, Anselme Derese	Anselme Derese (LCV) Art B, De Maeschalck S., Mertens F, Aelbrecht K, Callens J, Pype P, Sercu M, L Verreyen, Creupelandt Hanne, Lobbstaël Janique, Coppens M., Hoebeke P., Van Laecke E., Beele H., Vermassen F., Vogelaers D., Herregods L., De Sutter P., Hugelier F, Mariën B, Van den Abbeele H, S Claeys, Reniers J., T Gillebert, Wyler B, Deblaere I, Peeters A., Van Der Sypt F, Rombout A, Thoen A, Samyn M	GE21

9	Medische probleemoplossing en evidence based medicine I	Alain Verstraete (VTIT)	Alain Verstraete (LCV) Dhondt AM., De Cruyenaere J., Luc De Baerdemaeker, Bracke M., Oeyen S., De Jaeger A., Gillebert T, Padalko L, De Vreese K, Wuylts B, Hoste E, Wouters P, De Guchteneere A, Pattyn C, Benoit D, S De Henauw, P Van de Voorde	GE06
10	Exploratie in de Jeugdgezondheidszorg. Kennismaking met de huisartsgeneeskunde en contextgeneeskunde. Studium generale	Jan De Maeseneer (TTIT) , Dirk Matthys, Piet Hoebeke, Johan Decruyenaere, Myriam Deveugele	Dirk Matthys (LCV) Van Winckel M, Van Biervliet S, De Bruyne R, De Schepper J, Van Coster R, Verhelst H, Van Hoecke E, Mertens F, Loose D, Callens J, Aelbrecht K, Creupelandt Hanne, Dirk Avonts, Jan Bosmans	GE21
11	Projecten: analyseren en rapporteren van data	Georges Van Maele (VTIT) , Dirk De Bacquer	Georges Van Maele (LCV) J De Maeseneer, Heidi Buysse	GE12

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

1e MASTER GENEESKUNDE				
	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	
1A	Problemen van hart, longen, bloedvaten, bloedvormende organen en nieren I	Fritz Offner (TTIT) , Guy Joos, Thierry Gillebert, Guido Van Nooten, Frank Vermassen, Annemie Dhondt	Alain Verstraete (BCV) Van Bortel L., Verstraete K., Veys N., Derom E., Pevernagie D., Noens L., Delanghe J., Peleman R., Brusselle G., Dhondt A., Van Meerbeeck J., Van Biesen W, Braeckman L., Janssens A., Annemans L, Vantilborgh A, Lambrecht B., Surmont V., Vermaelen K., Bauters F, C Randon, F De Ryk, I. Van Herzeele, M De Pauw, P Gheeraert, S Gevaert, E Vandecasteele, Y. Van Belleghem, Dirk Avonts	GE01
1B	Problemen van hart, longen, bloedvaten, bloedvormende organen en nieren II	Guido Van Nooten (TTIT) , Frank Vermassen, Guy Joos, Thierry Gillebert, Fritz Offner, Annemie Dhondt	Alain Verstraete (BCV) Van Bortel L., Verstraete K., Veys N., Derom E., Pevernagie D., Noens L., Delanghe J., Peleman R., Brusselle G., Dhondt A., Van Meerbeeck J., Van Biesen W, Braeckman L., Janssens A., Annemans L, Vantilborgh A, Lambrecht B., Surmont V., Vermaelen K., Bauters F, C Randon, F De Ryk, I. Van Herzeele, M De Pauw, P Gheeraert, S Gevaert, E Vandecasteele, Y Van Belleghem, Dirk Avonts	GE10
2	Problemen van digestief stelsel, endocrien stelsel en voeding	Martine De Vos (TTIT) , Piet Pattyn, Jean-Marc Kaufman	Ingrid Kerckaert (BCV) Van Bortel Luc, Verstraete Koen, De Looze Danny, Troisi Roberto, Cuvelier Claude, Praet Marleen, Delanghe Joris, Van Vlierberghe Hans, Braeckman Lutgart, Ceelen Wim, De Sutter A, Fabry I, Annemans Lieven, T'Sjoen Guy, Ruige Johannes, Browaey Hilde, Laurent Stéphanie, Vermeersch Hubert, Van Nieuwenhove Yves, Van Renterghem Katrien, Van de Putte Dirk, Geboes Karen, Geerts Anja, Peeters Harald, Y. Taes, L Libbrecht, Tom Boterberg, L. Ferdinande	GE01
3	Problemen van borst en urogenitaal stelsel	Piet Hoebeke (TTIT) , Jan Gerris	Veronique Cocquyt (BCV) Van Bortel L., Verstraete K., Depypere H., De Sutter A, De Sutter P., Everaert K., Van den Broecke R., Van Laeke E., Weyers S., Vande Walle J, Raes A., G Braems, N Lumen, G. Decuypere	GE04
4	Klinische, technische en communicatieve vaardigheden III	Lucas Van Bortel (TTIT) , Anselm Derese, Fritz Offner, Koenraad Verstraete, Myriam Deveugele	Anselme Derese (LCV) S Claeyns, De Vos M., Vermassen F., L Herregods, Ceelen W, Coppens M., De Looze D., De Pauw M., De Wilde L., Noens L., Raes A., Taeymans Y., Berrevoet F, Van Laecke E., Weyers S., De Sutter P., Hoebeke P., E Bral, S Vanden Braembussche, Sercu M., De Maesschalck S, Hertegonne K, Mertens F, Wyler B, Hugelier C, Van den Abbeele H, Mariën B, Peeters A, Reniers J, Deblaere I, Verstraete K, Voet D, De Paep Peter, Petrovic M, Vander Stichele R, De Sutter A, De Backer T, Depuydt P, Rottey S, Herregods L, Wyler B, Boudrez H, Tielemans C., G Van Lancker, V. Kruse, P. De Bruyne, P De Cock, E Haegeman, E Bourgeois, M Azermai, Aelbrecht K, Pype P, Callens J, F Mertens, E Schoentjes, Van Bever E, Delafontaine B, Heylens G, Verreyen Lode, Creupelandt Hanne, Lobbestael Janique, Thoen A, Dirckx K	GE09

5	Medische probleem oplossing en evidence based medicine II	Dirk Avonts (VTIT) , Simon Van Belle, Jan De Maeseneer	Jan De Maeseneer (LCV) Voet D, De Vos M., Matthys D., Boon P., Buylaert W., De Bleecker J., Decruyenaere J., De Keyser F., De Looze D., Derom E., Elewaut D., Gillebert T., Joos G., Kaufman JM., Noens L., Offner F., Peleman R., Pevernagie D., Poelaert J., Taeymans Y., Dhooge I., Veys N., Vogelaers D., Brusselsse G., Dhondt A., De Sutter J., Verstraete K., Baeten D., Cocquyt V., Duytschaever M., Van Biesen W., Van Vlierberghe H., Van Den Noortgate N., De Sutter A., Sunaert P., Gevaert P., Bonte K., Boeckxstaens P, T'Sjoen C, Ruige J	GE21
6	Exploratie in de arbeidsgeneeskunde. Groepswerk gezondheid en maatschappij. Studium generale	Stefaan De Henauw (TTIT) , Lutgart Braeckman, Sofie Van Damme, Piet Hoebeke, Johan Decruyenaere	Lutgart Braeckman (LCV) Janssen H., Clays E, Annemans L, K Van Herck, Michels N, B Vanaelst, N Verhaeghe, I Sioen, J De Maeseneer, P Boeckxstaens, J Bosmans, M Bekaert, M. Claessens, S De Henauw, L Pil, K Vyncke, Jan Bosmans	GE12
7	Masterproef I: wetenschappelijke stage	Claude Cuvelier (VTIT) , Jean Kaufman	alle promotoren	

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

2e MASTER GENEESKUNDE

	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	
1	Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg	An De Sutter (VTIT) , Thierry Christiaens, Jan De Maeseneer, Myriam Deveugele, Dirk Avonts	Johan Vande Walle (BCV) Piessens V., Matthys J. De Maesschalck S., Cosyns M, Willemis S, Rogiers R, De Clercq T, Art B, Sunaert P, Schrans D, Poelman T, Boeckxstaens P, Vandenbulcke J	GE21
2	Problemen van geestelijke gezondheid, zenuwstelsel en ogen	Paul Boon (TTIT) , Dirk Van Roost, Philippe Kestelyn, Cornelis Van Heeringen	N.N. De Bleecker J., Verstraete K., Van Bortel L, Audenaert K., Vervaeke M., N.N., B Leroy, Debruyne J., Santens P., Annemans L., E Achten, K. Vonck, E Schoentjes	GE01
3	Problemen van het bewegingsstelsel	Guy Vanderstraeten (TTIT) , Dirk Elewaut, Jan Victor	Katharina D'Herde (BCV) H Mielants, De Keyser F, Verstraete K, Van Bortel L, De Muynck M, Elewaut D, Hollevoet N, Poffijn B, Plasschaert F, Sys G, Van den Bosch F, Annemans L, Smith V, Pattyn C, Bongaerts W, Viaene A, Oostra K.	GE24
4	Problemen van klinische genetica, verloskunde, pediatrie en adolescentie	Anne De Paepe (TTIT) , Kristien Roelens, Dirk Matthys	Jean-M Kaufman (BCV) Van Bortel L, Verstraete K., Benoit Y., De Baets F., Van Coster R., Van Winckel M., Laureys G., De Praeter C., De Wolf D., Vande Walle J., Dhooge C., Verhelst H., Oostra A, Van Daele S, Braet C, De Schepper J, T'Sjoen G, Paerewijck W., Defoort P., De Pypere H., De Sutter P., Vandenbroecke R., Braems G., Smets K., Dehoorne J., Raes A., De Jaeger A, Poppe B, Schelstraete P, Haerynck F, Roelens K, Roets E, P Vanhaesebrouck, K De Waele, M Cools, F Malfait, S Van Biervliet, E. Schoentjes	GE02
5	Problemen van de oudere	Mirko Petrovic (VTIT) Dirk Voet, Nele Van Den Noortgate, Simon Van Belle	Eric Mortier (BCV) Van Bortel L., Annemans L., Audenaert K., De Maeseneer J., Everaert K., Vogelaers D, Roelands F, Van den Abbeele D, Velghe A, Janssens W, D Beeckman, H Beele	GE01
6	Aspecten van de klinische stage	Lutgart Braeckman (TTIT) , Joris De-langhe, Anselme Derese, Koenraad Verstraete, N.N.	Luc Van Bortel (BCV) S Claeys, Balthazar T. (fac RE), Buylaert W., Calle P., De Maeseneer J., De Paepe P, De Sutter A., Devulder J., L Herregods, Noens L., Petrovic M., Dhooge I., Van Winckel M., Vogelaers D., Hugelier F., E Bral, S Vanden Braembusche, Reniers J., Mariën B., Poelman T., Coppens M., De Letter E, Herregods L, De Laat M, Wyler B, De Backer T, Depuydt P, Rottey S, Vander Stichele R, Van den Abbeele H, Peeters A, Wouters P, Monsieurs K., Gerris J., Heylens G., Rogiers X., Vermassen F., De Ryck F, L Vakaet, G Van Lancker, L Annemans, G. De Moor, P Van Der Stuyft, L De Baerdemaeker, K. Boussey, T Christiaens, V Kruse, P De Bruyne, Gunther Heylens, Griet Brusselmans	GE12

8	Klinische, technische en communicatieve vaardigheden IV	Myriam Deveugele (TTIT) , Anselme Derese, Lucas Van Bortel, Koenraad Verstraete	Anselme Derese (LCV) S Claeys, Leroy B., Herregods L, Vervaeet M., Van Heerlingen C, Vanderstraeten G., De Maesschalck S., Mertens F, Sercu M., Hugelier F., Paemeleire K., Witters F., Van den Eynde F., Reniers J., Mariën B., Coppens M., Van den Abbeele H, Wyler B, Peeters A, Debruyne J, De Paepe Peter, Vanderstichele R, De Backer T, Depuydt P, Rottey S, De Sutter A, Petrovic M, Verstraete K., G Van Lancker, I Deblaere, S Claeys, V Kruse, P De Bruyne, P De Cock, E Haegeman, J Bourgeois, M Azermai, E Bral, S Vanden Braembussche, Pype P, Aelbrecht K, Callens J, Van Bever E, Delafontaine B, Verreyen Lode, Lobbestael Janique, Creupelandt Hanne, Thoen A, Dirckx K	GE21
8	Medische probleemoplossing en evidence based medicine III	Simon Van Belle (VTIT) , Jan De Maeseneer, Dirk Avonts, Dirk Voet, Veronique Cocquyt	Simon Van Belle (LCV) Verstraete K., De Vos M., Matthys D., Boon P, Buylaert W., Calle P., De Blecker J., Decruyenaere J., De Keyser F., De Looze D., Derom E., De Sutter J., Dhondt A., Elewaut D., Gillebert T., Kaufman JM., Noens L., Offner F, Peleman R., Pevernagie D., Poelaert J., Taeymans Y., Tavernier R., Veys N., Vogelaers D., Audenaert K, Van den Abbeele D., Petrovic M, Van Vlierberghe H., Baeten D., Monsieurs K., Van Biesen W., De Coen K., Hertegonne K, Gheeraert P, Van Den Noortgate N, Janssens W, Velghe A, Geerts A, Vandekerckhove L, Vantilborgh A, Gevaert S, Vandecasteele E, J Delanghe, J Philippé, K Devreese, P Boeckxstaens, De Backer T., Van Hende V, Peeters H., Verbeke F., Sermijn E., T'Sjoen G., Ruige J, De Backer T, Van Hende V, H Peeters, F Verbeke, E Sermijn	GE01
9	Exploratie en ethiek. 'Medical Humanities' Interprofessionele oefening zorgstrategie	Eric Mortier (VTIT) , Piet Hoebeke, Johan Decruyenaere	Eric Mortier (LCV) P Wouters, Coppens M, Bouchez S, De Maeseneer J., Art B, Van Roost D., Caemaert J., Bonte K., Monstrey K., Kalala J.P., Deron P, Monstrey S., Matthys D., Verstuyft J., Van Winckel M., Derom E., De Baets F., Vande Walle J., Goemaere S., Vandenbossche L, Van der Stuyft P, Martens L., Struys M., Balthazar T., Derese A., Lemmens G, De Henauw S, Van Herck K, J. De Sutter, L. De Baerdemaeker, J Boone, Wyffels P, Ruige J	GE23
10	Masterproef II: SCRIPTIE	Claude Cuvelier (VTIT) , Jean Kaufman	alle promotoren	

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

3de MASTER GENEESKUNDE

	Algemene opleidingsonderdelen	Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	
1	Reflectie over de klinische praktijk	Danny De Looze (TTIT) , Catharina Dhooge	Calders Patrick, Callens Steven, Ceelen Wim, Claeysens M., Cocquyt Veronique, Colenbie Luc, Colle Isabelle, De Backer Julie, De Backer Tine, De Bruijn Nathalie, De Kerpel Ann, De Keyzer Willem, De Laat Martine, De Moerloose Barbara, De Muynck M, De Vos Martine, De Wilde L, Declercq Tom, Dehoorne Joke, Denys Hannelore, Dossche Johanna, Fruyt Patricia, Geirnaert Mia, Gillebert Thierry, Hollevoet N, Hoste Eric, Hoste Paul, Janssen Sandra, Kerrebroeck V., Leyns Christine, Moeykens B., Pattyn C, Peeters Harald, Peeters Patrick, Raes Ann, Roelens Kristien, Rogiers Xavier, Roosen Philip, Rottey Sylvie, Ruige Johannes, Sermijn Erica, Smets Koenraad, Sunaert Patricia, Sys G, Taes Youri, Vakaet Luc, Van Belle Simon, Van Daele Sabine, Van Den Noortgate Nele, Van Eijkeren Marc, Van Nieuwenhove Yves, Van Vlierberghe Hans, Van Winckel Myriam, Vande Walle Johan, Vanden Bulcke Julie, Vanholder Raymond, Velghe Anja, Verhaeghe Evelien, Verloo Patrick, Verlooy Joris, Vermaelen Karim, Verstraete Alain, Victor J, Villeirs Geert, Voet Dirk, Vogelaers Dirk, Weyers Stefan, Willems Sara, Matthys D, De Wolf D, De Baets F, K Bernagie, M Vervaeet, Veerle Vyncke, Jan De Maeseneer, Stéphanie De Maesschalck, Thierry Christiaens, Dirk Avonts	GE01



2	Masterproef III: Geïntegreerd klinisch probleem oplossen	Anselme Derese (VTIT) Piet Pattyn, Veronique Cocquyt, Ingeborg Dhooge, Myriam Deveugele, Luc Van Bortel, Thierry Christiaens, Tessa Kerre, Jan De Maeseneer	Anselme Derese De examinatoren van de 'long cases', de 'stationsproeven', de leden van de subcommissies + alle examinatoren Hugelier F., De Wispelaere C., Reniers J, Wouters P, L De Baerdemaeker, J Devulder, L Herregods, B Wyler, De Hert S, Struys M, Peter Pype, Lode Verreyen, Fien Mertens, Stéphanie De Maesschalck, Janique Lobbestael, Maria Sercu, Karolien Aelbrecht, Justine Callens, Roland Rogiers, Hanne Creupelandt	GE21
3	Stage interne geneeskunde	Fritz Offner (VTIT)	D.Benoit,P.Boon,G.Brusselle,P.Calle,V.Cocquyt, J.De Bleecker, F.De Keyser,D.De Looze,P.De Paepe,M.De Vos, J. Decruyenaere, E. Derom, G Joos,J.Kaufman, K.Monsieurs,L. Noens,M.Peeters,M.Petrovic,P.Santens,Y.Taeymans,K. Tournoy,S.Vanbelle,W.Vanbiesen,N.Vdnoortgate,J. Vanmeerbeeck,H.Vanvlierberghe,D.Voet,D.Vogelaers,F. Bauters,J.Debacker,T.Debacker,M.Depauw,H.Denys,K. Geboes,A.Geerts,S.Gevaert,P.Gheeraert,K.Hertegonne,W. Janssens,S.Laurent,H.Peeters,P.Peeters,S.Rottey,J.Ruige,V. Smith,E.Steel,V.Surmont,Y.Taes,G.Tsjoen, L.Vdkerckhove, A.Vtilborgh,A.Velghe,F.Verbeke, Vermaelen K, T'Soen G. Ruige J. , Taes Y	GE01
4	Stage algemene heelkunde	Piet Pattyn (VTIT)	G. Van Nooten, Y. Van Belleghem, F. Caes, Th. Bové, K. François, G. Vandenplas, J. Caemaert, D. Van Roost, G. Hallaert, E. Baert, F. Dewaele, J.-P. Kalala, S. Monstrey, Ph. Blondeel, F. Stillaert, K. Van Landuyt, N. Roche, Ph. Houtmeyers, R. Troisi, F. Berrevoet, X. Rogiers, A. Vande-lander, P. Pattyn, Y. Van Nieuwenhove, W. Ceelen, K. Van Renterghem, D. Van de putte, E. Van Daele, F. Vermassen, C. Randon, I. Van Herzeele, F. De Ryck, L. Desender.	GE10
5	Stage spoedgevallen	Walter Buylaert (VTIT)		GE01
6	Stage bewegingsstelsel	Jan Victor (TTIT), Guy Vanderstraeten	De Wilde, M. De Muynck, Poffyn, Van den bossche, Rimbaut, Steyaert, Vertriest, Viaene, Parlevliet, Vanderlooven, Hollevoet, Vanhove, Plasschaert, Pattyn, Bongae-rt, G Sys, Dr. De Deurwaerder, Alexander Van Tongel, C. Vanderlinden, E Audenaert, Geers, Redant, A Ringburg, C Van Der Straeten, N Arnout	GE03
7	Stage pediatrie	Myriam Van Winckel (VTIT)	Ann Raes, Annick De Jaeger, Catharina Dhooge, Frans De Baets, Ruth De Bruyne, Katya De Groote, Barbara De Moerloose, Daniel De Wolf, Filomeen Haerynck, Genevieve Laureys, J. De Schepper (gastprofessor UG), Jef Willems, Joke Dehoorne, Joseph Panzer, Karlien Dhondt, Kathleen De Waele, Kristof Vandekerckhove, Martine Cools, Patrick Van de Voorde, Sabine Van Daele, Petra Schelstraete, Stephanie Van Biervliet, Sara Van Aken, Rudy Van Coster, Johan Vande Walle, Els Vandecruys, He-lene Verhelst, Joris Verlooy, Ann Verrijckt, Vicky Bordon, Fran Faes, Saskia Van De Velde, Piet Vanhaesebrouck, Koenraad Smets, De Coen Kris, Goossens Linde, Zecic Alexandra, Keymeulen Annelies, Veerle Mondelaers, Patrick Verloo	GE02
8	Stage psychiatrie	Cornelis Van heeringen (VTIT)	Van den Abbeele, D.	GE13
9	Stage huisartsgeneeskunde en radiologie	Thierry Christiaens (TTIT), Koenraad Verstraete	Patricia Sunaert, Julie Vanden Bulcke, Tom Declercq	GE21
10	Keuzestage	Myriam Van Winckel (VTIT)	L Braeckman, Ch. De Vos, G. De Wilde, Ph. Kiss, K. Van Herzeele	GE02

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

4e MA GENEESKUNDE - Afstudeerrichting ziekenhuisarts				
		Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	Vkgr
	Specifieke STAGE, oriëntatie: ziekenhuisarts	Myriam Van Winckel	alle stagementoren	GE02
prak- ziha	Specialistische en ziekenhuisgeneeskunde gericht op urgentiegeneeskunde	Frank Vermassen (VTIT) , Stan Monstrey, Piet Pattyn, Jan Victor	Vogelaers D, Noens L, Van Coster R, Dhondt A, Gheeraert P, Pevernagie D, Van Belle S, Buylaert W, De Vos M, Decruyenaere J, De Looze D, Hoste E, De Paepe Peter, Verstraete K., Offner F., Benoit Y, Cuvelier C, Vermeersch H, Boon P, Hoebeker P, Van Meerbeeck J, Kaufman JM, Cocquyt V, Goemaere S. Poffyn B, Van Winckel M, Vanderstraeten G, De Jaeger A, Van Vlierberghe H, Depuydt P, Van Roost D, Colpaert K, Monsieurs K, De Pauw M., B Drieghe, P Kestelyn, I Dhooge, P Van de Voorde, K Van Renterghem, A Van Hoecke, A Meurs, L Defreyne, A Moerman, C Van Heeringen, G Heylens, O Kalala, F Berrevoet, A Raes, P Hoebeker, E Van Laecke, F Plasschaert, H Van Hoecke, G Heylens, O Varin, J Vande Walle, F De Baets, S Van Biervliet, E. Audenaert, A Van Tongel, A Ringburg, S. Van Daele, M. Cools	GE10
prak- ziha	Maatschappelijke, ethische en juridische aspecten van ziekenhuisgeneeskunde	Dirk Matthys (VTIT)	A DePaepe, S. Janssens, N. Fraeyman, P De Sutter, M De Laet, L De Baerdemaeker, E Mortier, N Van Den Noortgaete, R Peleman, L Van Bortel, E Baert, B. Vanderhaegen, P Vanhaesebrouck, L. Herregods, J. De Vleeschouwer, P. Calle	GE02
prak- ziha	Capita selecta uit de ziekenhuisgeneeskunde	Martine De Vos (VTIT)	Jo Lambert, De Paepe A, De Keyser F, Cuvelier C, Offner F, Noens L, Vandewoude K, Verstraete K, Vande Walle J, Gillebert T, Stefan De Hert, Decruyenaere J, Vogelaers D, Benoit Y, Kaufman JM, Thierens H, D'Herde K, Van Belle S, De Neve W, Monstrey S, De Looze D, Van Coster R, Caemaert J, Vanderstraeten G, Vanhaesebrouck P, De Baere E, Poppe B, Bracke M, Speleman F, Joos G, Offner F, Laureys G, Van Vlierberghe H, Vanholder R, Achten E, Villeirs G, De Vulder J, Peleman R, De Baets F, Derom E, De Pauw M, Matthys D, Vermassen F, Van Nooten G, Cocquyt V, Monsaert E, De Wagter C, Van Meerbeeck J, Vakaet L, Van Eijkere M, Blondeel Ph, Everaert K, Pattyn P, Weyers S, Delrue L, Van Roost D, Kalala O, Rimbaut S, Vanden Bossche L, De Sutter P, Smets K, De Praeter C, De Henauw S., Defreyne L, Coppens M., Van Roy N, Wouters P, Dhondt A, Van Winckel M, K. Deblaere, Devos D, Bauters W, Smeets P, Gosselin R., Meersschant V, De Keuckeleire K, Vanlangenhove P, Hoste E, L De Baerdemaeker, S Bouchez, Oswald Varin, Van Nieuwenhove Yves, Ruige Johannes, De Waele Jan, Van Crombrugge Paul, De Cocker K. Geirnaert Mia, Vermaelen Karim, Brusselle Guy, Kerre Tessa, Vandekerckhove Bart, Vantilborgh Anna, Beele Hilde, Devreeze Katrien, Verhasselt Bruno, Philippé Jan, Rogiers Xavier, Peeters Patrick, De Backer Tine, Drieghe Benny, Timmermans Frank, Sermijn Erica, Schelstraete Petra, Buyle Franky, Callens Steven, Oeyen Sandra, Barbaix Eric, Vanovermeire O., Dhondt E., Sturm E., Hinnokint Barbara., Heyens Isabelle, F. Malfait, Victor Jan, de Hert S., Colpaert K., Roosens J., Benoit D., Van Langenhove P, Hemelsoet D., Lambert B., Gerris J.,	GE01
prak- ziha	STAGE Ziekenhuisarts	Myriam Van Winckel (VTIT)	A. Raes, A. De Jaeger, C. Dhooge, F. De Baets, R. De Bruyne, K. De Groote, B. De Moerloose, D. De Wolf, F. Haerynck, G. Laureys, J. De Schepper, J. Willems, J. Dehoorne, J. Panzer, K. Dhondt, K. De Waele, K. Vandekerckhove, M. Cools, Matthys D., P. Van de Voorde, S. Van Daele, P. Schelstraete, S. Van Biervliet, S. Van Aken, R. Van Coster, J. Vande Walle, E. Vandecruys, H. Verhelst, J. Verlooy, A. Verrijckt, Y. Benoit, V. Bordon, F. Faes, S. Van De Velde, P. Vanhaesebrouck, K. Smets, De Coen K., Goossens L., Zecic A., Keymeulen A., V. Mondelaers, P Verloo, A De Paepe, F Malfait, S Janssens, B Poppe, B Leroy, O Vanakker, B Callewaert, T Van Maercke, K Verstraete, J Victor, X Rogiers	GE02
	KEUZEVAK: met goedkeuring van de faculteit: 1 keuzevak voor 3 stp., te kiezen uit: - Bewegen en sport: nu en later - Patiëntenzorg in de Franse taal - uit de opleidingsprogramma's UGent	Dirk De Clercq (TIT) , Stefaan De Henauw, Lieven Annemans Els Tobback (TIT) , Elke Weylandt	Renaat Philippaerts, Greet Cardon, Matthieu Lenoir	GE25 LW06
weto- za	STAGE Wetenschappelijk onderzoek voor de ziekenhuisarts	Geert Leroux-Roels (VTIT)		GE06

wetoza	Met goedkeuring van de faculteit: voor 9 studie-punten opleidingsonderdelen uit: proefdierkunde I Proefdierkunde II	Katleen Hermans (TIT) , Paul Simoens, Ann Van Soom, Ann Martens Katleen Hermans (TIT) , Luc Peelman, Luc Duchateau, Frank Ödberg, Dirk De Clercq (TIT) , Stefaan De Henauw, Lieven Annemans Eugeen Roegiest (TIT), Elke Weylandt	Cox E, Gasthuys F, Janssens G, Gielen I, De Backer P, Monsieurs M, Sys G Ducatelle R, Croubels S, Nauwynck H, Brouckaert P, Pasmans F Renaat Philippaerts, Greet Cardon, Matthieu Lenoir	DI05 DI05 GE25 LW06
	MASTERPROEF IV	Jan De Maeseneer (VTIT)	Alle evaluatoren van de paper	

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

4e MA GENEESKUNDE - Afstudeerrichting huisarts

		Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	Vkgr
	Ziekenhuisstage oriëntatie huisartsgeneeskunde	Thierry Christiaens (VTIT) , Lutgart Braeckman	Goeman A., Cosyns M., Rogiers R, Heytens S, Keppens K Matthys J, Bekaert M, Devos Ch, K Van Herzelee, G Dewilde, Ph Kiss	GE21
praha	De praktijk van Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Thierry Christiaens (VTIT) , An De Sutter, Myriam Deveugele	De Maeseneer J, Art B, Goeman A, Schrans D, Matthys J, Feyen L, Cosyns M, Sercu M, Sunaert P, Rogiers R, Provoost S, De Clercq T., Cocquyt V, De Looze D, De Muynck M, De Langhe J, De Weert J, Mariman A, Martens L, Van Winckel M, Mertens F, De Maesschalck S, Struys M, Derese A., A Verstraete, Pype P, Callens J, Aelbrecht K; De Baerdemaeker L., Lobbestael Janique, Mertens Fien, Verreyen Lode, Creupelandt Hanne	GE21
prak	Capita selecta uit de maatschappelijke gezondheidskunde	Jan De Maeseneer (VTIT) , Myriam Deveugele, An De Sutter, Thierry Christiaens	Willems S, Cosyns M, De Maesschalck S, Antheunis S, De Letter E.	GE21
prak	Stage Huisartsgeneeskunde	Thierry Christiaens (VTIT)	Goeman A., Cosyns M., Rogiers R., Matthys J, Heytens S, Keppens K	GE21
prak	KEUZEVAK: met goedkeuring van de faculteit: 1 keuzevak voor 3 stp., te kiezen uit: - Bewegen en sport: nu en later - Patiëntenzorg in de Franse taal - uit de opleidingsprogramma's UGent	Dirk De Clercq (TIT) , Stefaan De Henauw, Lieven Annemans Els Tobback (TIT), Elke Weylandt	Renaat Philippaerts, Greet Cardon, Matthieu Lenoir	GE25 LW06
wetha	STAGE Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde	An De Sutter (VTIT), Sara Willems		GE21
	MASTERPROEF IV	Jan De Maeseneer (VTIT)	Alle evaluatoren van de paper	

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

4e MA GENEESKUNDE - Afstudeerrichting huisarts: aangepast programma				
		Titularis/Lesgever	Werken eveneens mee aan het onderwijs	Vkgr
	De praktijk van huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg: aangepast programma	Thierry Christiaens (VTIT) , An De Sutter, Myriam Deveugele		GE21
praktika	Capita selecta uit de maatschappelijke gezondheidskunde: aangepast programma	Jan De Maeseneer (VTIT) , Myriam Deveugele, An De Sutter, Thierry Christiaens		GE21
praktika	Stage Huisartsgeneeskunde: aangepast programma	Thierry Christiaens (VTIT)		GE21

VTIT = vaste titularis voor een (hernieuwbare) termijn van 4 jaar

TTIT = turnus titularis

BCV = blokcommissievoorzitter

LCV = lijncommissievoorzitter

4e MA GENEESKUNDE - Afstudeerrichting Maatschappelijke gezondheidszorg				
		Titularis/lesgevers	Werken eveneens mee aan het onderwijs	VKGR
	Specifieke STAGE, oriëntatie maatschappelijke gezondheidszorg	Lutgart Braeckman (VTIT)	Bekaert M, Devos Ch, Van Herzeele K, G. Dewilde, Ph Kiss	GE12
praktika	Maatschappelijke gezondheidszorg	Lutgart Braeckman (VTIT) Lieven Annemans, Stefaan De Henauw, Koen Van Herck		GE12
praktika	Specialistische en ziekenhuisgeneeskunde gericht op urgentiegeneskunde	Frank Vermassen (VTIT) , Stan Monstrey, Piet Pattyn, Jan Victor	Vogelaers D, Noens L, Van Coster R, Dhondt A, Gheeraert P, Pevernagie D, Van Belle S, Buylaert W, De Vos M, Decruyenaere J, De Looze D, Hoste E, De Paep Peter, Verstraete K., Offner F., Benoit Y, Cuvelier C, Vermeersch H, Boon P, Hoebeke P, Van Meerbeeck J, Kaufman JM, Cocquyt V, Goemaere S, Poffyn B, Van Winckel M, Vanderstraeten G, De Jaeger A, Van Vlierberghe H, Depuydt P, Van Roost D, Colpaert K, Monsieurs K, De Pauw M., B Drieghe, P Kestelyn, I Dhooge, P Van de Voorde, K Van Renterghem, A Van Hoecke, A Meurs, L Defreyne, A Moerman, C Van Heeringen, G Heylens, O Kalala, F Berrevoet, A Raes, P Hoebeke, E Van Laecke, F Plasschaert, H Van Hoecke, G Heylens, O Varin, J Vande Walle, F De Baets, S Van Biervliet, E. Audenaert, A Van Tongel, A Ringburg, S. Van Daele, M. Cools	GE10
praktika	Capita selecta uit de maatschappelijke gezondheidskunde	Jan De Maeseneer (VTIT) , Myriam Deveugele, An De Sutter, Thierry Christiaens	E. De Letter	GE21
praktika	KEUZEVAK: met goedkeuring van de faculteit: 1 keuzevak voor 3 stp., te kiezen uit: - Bewegen en sport: nu en later - Patiëntenzorg in de Franse taal - uit de opleidingsprogramma's UGent	Dirk De Clercq (TIT) , Stefaan De Henauw, Lieven Annemans Els Tobback (TIT) , Elke Weylandt	Renaat Philippaerts, Greet Cardon, Matthieu Lenoir	GE25 LW06
praktika	Stage Maatschappelijke gezondheidszorg	Lutgart Braeckman (VTIT) , Koen Van Herck	Bekaert M, Devos Ch, K Van Herzeele, G Dewilde, Ph Kiss	GE12
wetoma	KEUZEVAK: met goedkeuring van de faculteit: 1 keuzevak voor 3 stp., te kiezen uit: - Bewegen en sport: nu en later - Patiëntenzorg in de Franse taal - uit de opleidingsprogramma's UGent	Dirk De Clercq (TIT) , Stefaan De Henauw, Lieven Annemans Els Tobback (TIT) , Elke Weylandt	Renaat Philippaerts, Greet Cardon, Matthieu Lenoir	GE25 LW06
wetoma	Stage Wetenschappelijk onderzoek inzake Maatschappelijke Gezondheidszorg	Stefaan De Henauw (VTIT)		GE12
	MASTERPROEF IV	Jan De Maeseneer (VTIT)	Alle evaluatoren van de paper	



Instelling: UGent

Opleiding: geneeskunde ABA

Studieomvang: 180 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

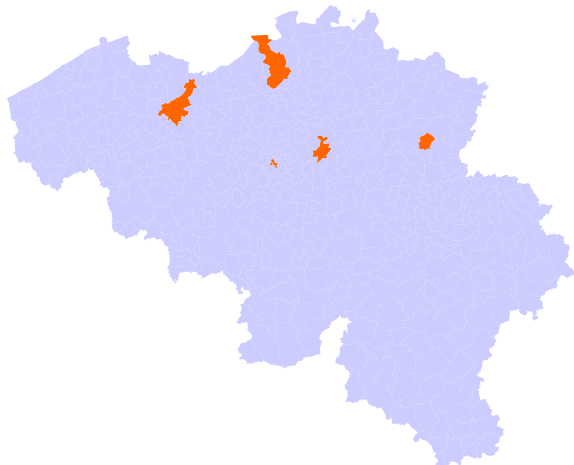
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



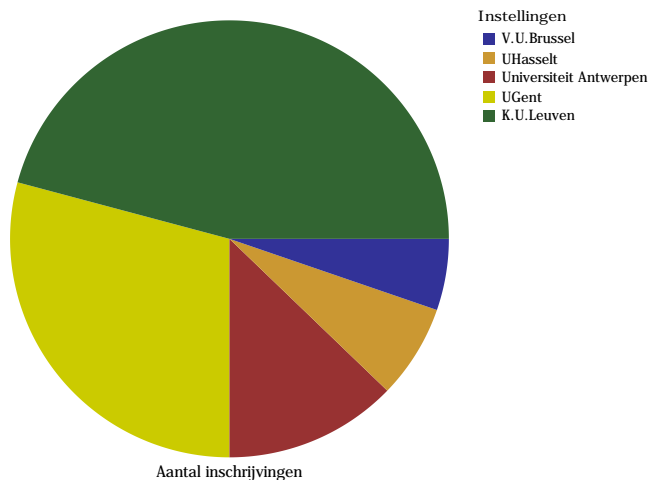
Profiel opleiding geneeskunde ABA (geneeskunde ABA - 0403 180)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



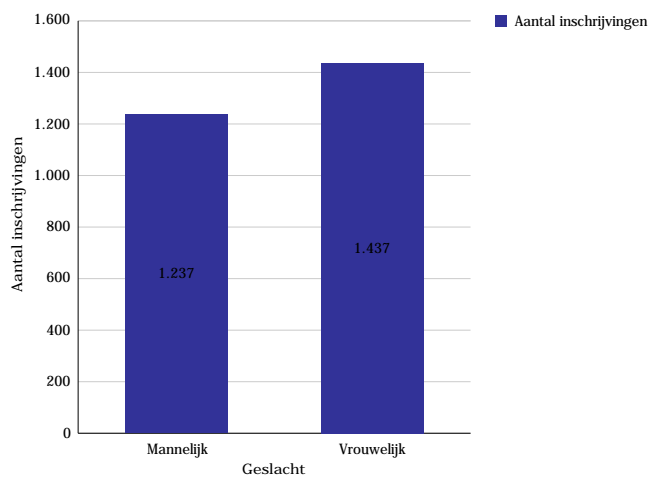
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.229
UGent	778
Universiteit Antwerpen	338
UHasselt	185
V.U.Brussel	144

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UGent

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
UGent

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	405	37	176	266	224	nvt	0	422	1	0	0	19	442
Academiejaar 2006 - 2007*	604	41	251	394	214	nvt	157	623	1	0	0	21	645
Academiejaar 2007 - 2008*	595	75	267	403	173	nvt	195	647	2	0	0	21	670
Academiejaar 2008 - 2009	598	78	282	394	189	83	215	654	2	0	0	20	676
Academiejaar 2009 - 2010	661	84	304	441	240	97	183	727	1	0	0	17	745
Academiejaar 2010 - 2011	703	83	333	453	200	104	213	769	1	0	0	16	786
Academiejaar 2011 - 2012	646	132	336	442	165	90	260	758	0	0	0	20	778
Academiejaar 2012 - 2013 **	615	146	332	429	178	nvt	0	736	1	0	0	24	761

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	1.424	119	602	941	679	nvt	0	1.397	3	0	0	143	1.543
Academiejaar 2006 - 2007*	2.184	142	918	1.408	669	nvt	672	2.099	5	0	0	222	2.326
Academiejaar 2007 - 2008*	2.117	206	939	1.384	554	nvt	727	2.097	7	0	0	219	2.323
Academiejaar 2008 - 2009	2.068	221	972	1.317	552	248	775	2.058	6	0	0	225	2.289
Academiejaar 2009 - 2010	2.350	216	1.087	1.479	743	291	707	2.297	6	0	1	262	2.566
Academiejaar 2010 - 2011	2.425	246	1.177	1.494	644	315	784	2.411	9	0	1	250	2.671
Academiejaar 2011 - 2012	2.360	314	1.237	1.437	566	292	889	2.411	13	0	1	249	2.674
Academiejaar 2012 - 2013 **	2.234	435	1.245	1.424	569	nvt	4	2.415	13	0	0	241	2.669

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

UGent

	Aantal trajectstarters
2006	238
2007	200
2008	218
2009	301
2010	247
2011	227

Alle instellingen

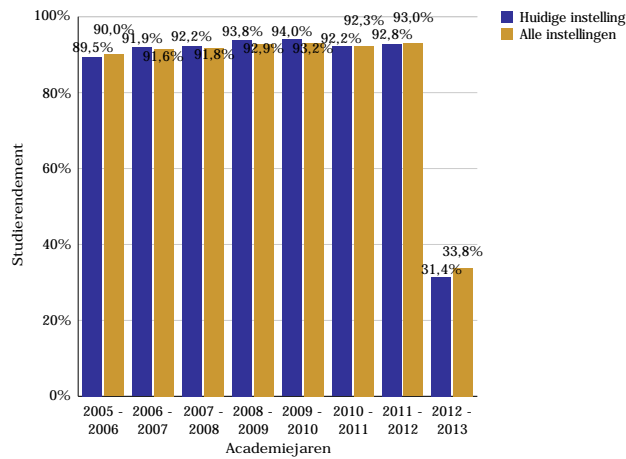
	Aantal trajectstarters
2006	863
2007	745
2008	766
2009	1.108
2010	875
2011	849



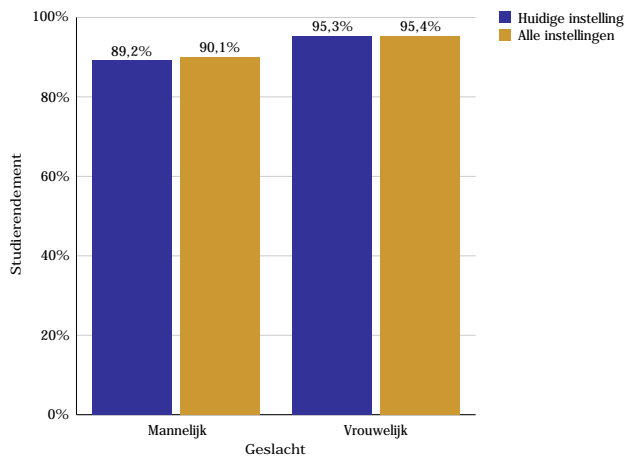
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UGent

Studierendement

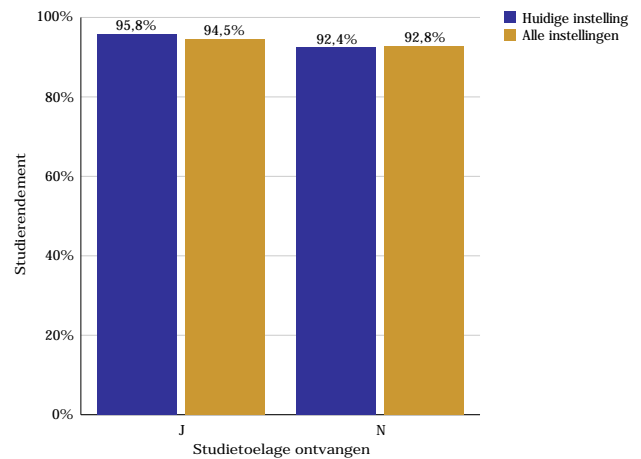
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3	2	176	26	4	3	214
	2007		7	143	21	3		174
	2008		3	172	23			198
	2009		9	224				233
	2010	4	6					10
	2011	1						1

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	27	75	597	57	15	8	779
	2007	6	91	503	54	9		663
	2008	7	105	528	50			690
	2009	13	165	704				882
	2010	14	104					118
	2011	9						9

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	1,29%	0,86%	75,86%	11,21%	1,72%	1,29%	92,24%
	2007		3,57%	72,96%	10,71%	1,53%		88,78%
	2008		1,39%	79,63%	10,65%			91,67%
	2009		2,99%	74,42%				77,41%
	2010	1,63%	2,45%					4,08%
	2011	0,44%						0,44%

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3,13%	8,69%	69,18%	6,60%	1,74%	0,93%	90,27%
	2007	0,81%	12,21%	67,52%	7,25%	1,21%		88,99%
	2008	0,91%	13,71%	68,93%	6,53%			90,08%
	2009	1,17%	14,89%	63,54%				79,60%
	2010	1,60%	11,89%					13,49%
	2011	1,06%						1,06%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	3						3
	2007 - 2008		2					2
	2008 - 2009			7	176			183
	2009 - 2010			3	143	26		172
	2010 - 2011		4	9	172	21	4	210
	2011 - 2012		1	6	224	23	3	260
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	27						27
	2007 - 2008	6	75					81
	2008 - 2009	7	91	597				695
	2009 - 2010	13	105	503	57			678
	2010 - 2011	14	165	528	54	15		776
	2011 - 2012	9	104	704	50	9	8	884
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008		100,00%					100,00%
	2008 - 2009		3,83%	96,17%				100,00%
	2009 - 2010		1,74%	83,14%	15,12%			100,00%
	2010 - 2011	1,90%	4,29%	81,90%	10,00%	1,90%		100,00%
	2011 - 2012	0,38%	2,31%	86,15%	8,85%	1,15%	1,15%	100,00%
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	7,41%	92,59%					100,00%
	2008 - 2009	1,01%	13,09%	85,90%				100,00%
	2009 - 2010	1,92%	15,49%	74,19%	8,41%			100,00%
	2010 - 2011	1,80%	21,26%	68,04%	6,96%	1,93%		100,00%
	2011 - 2012	1,02%	11,76%	79,64%	5,66%	1,02%	0,90%	100,00%
	Niet van toepassing							



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-ge diplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

UGent

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	8	6	2	1	1	2	20
	2007	4	4	9		10		27
	2008	3	3	1	12			19
	2009	6	10	53				69
	2010	6	231					237
	2011	226						226

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	40	27	6	3	3	5	84
	2007	31	12	16	4	19		82
	2008	18	13	9	36			76
	2009	36	26	164				226
	2010	29	728					757
	2011	840						840

Percentage drop out per academiejaar

UGent

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3,36%	2,52%	0,84%	0,42%	0,42%	0,84%	8,40%
	2007	2,00%	2,00%	4,50%		5,00%		13,50%
	2008	1,38%	1,38%	0,46%	5,50%			8,72%
	2009	1,99%	3,32%	17,61%				22,92%
	2010	2,43%	93,52%					95,95%
	2011	99,56%						99,56%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	4,63%	3,13%	0,70%	0,35%	0,35%	0,58%	9,73%
	2007	4,16%	1,61%	2,15%	0,54%	2,55%		11,01%
	2008	2,35%	1,70%	1,17%	4,70%			9,92%
	2009	3,25%	2,35%	14,80%				20,40%
	2010	3,31%	83,20%					86,51%
	2011	98,94%						98,94%



Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UGent
Vestiging Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

UGent, Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

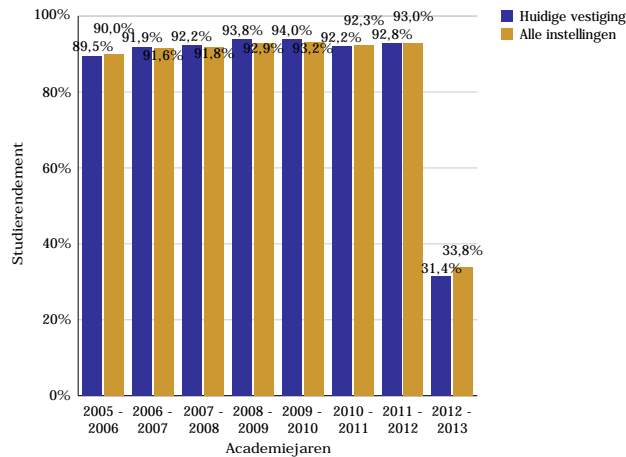
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	405	37	176	266	224	0	0	422	1	0	0	19	442
Academiejaar 2006 - 2007*	604	41	251	394	214	0	157	623	1	0	0	21	645
Academiejaar 2007 - 2008*	595	75	267	403	173	0	195	647	2	0	0	21	670
Academiejaar 2008 - 2009	598	78	282	394	189	83	215	654	2	0	0	20	676
Academiejaar 2009 - 2010	661	84	304	441	240	97	183	727	1	0	0	17	745
Academiejaar 2010 - 2011	703	83	333	453	200	104	213	769	1	0	0	16	786
Academiejaar 2011 - 2012	646	132	336	442	165	90	260	758	0	0	0	20	778
Academiejaar 2012 - 2013**	615	146	332	429	178	0	0	736	1	0	0	24	761

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

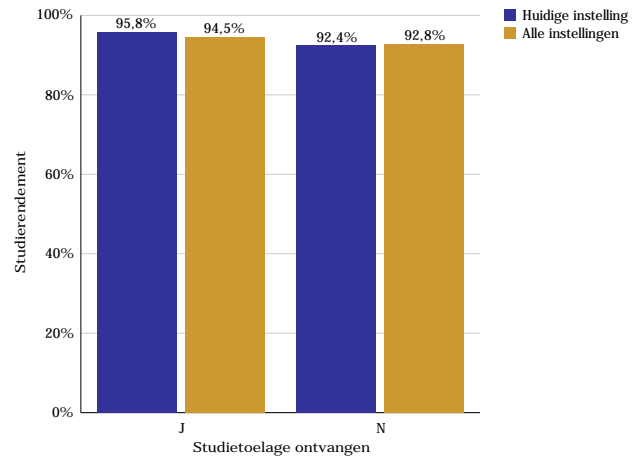
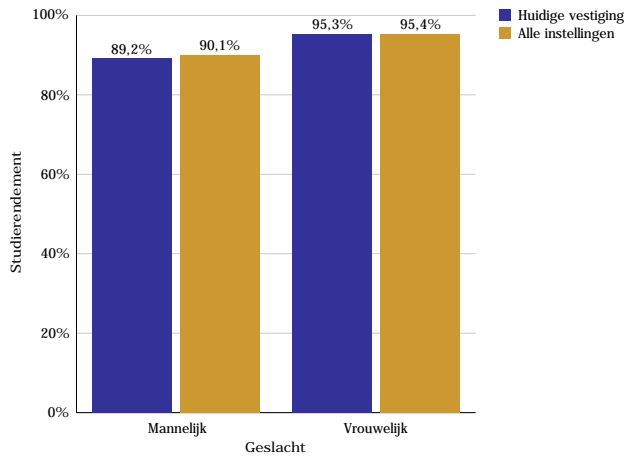
Studierendement

Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: UGent

Opleiding: geneeskunde MA

Studieomvang: 240 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

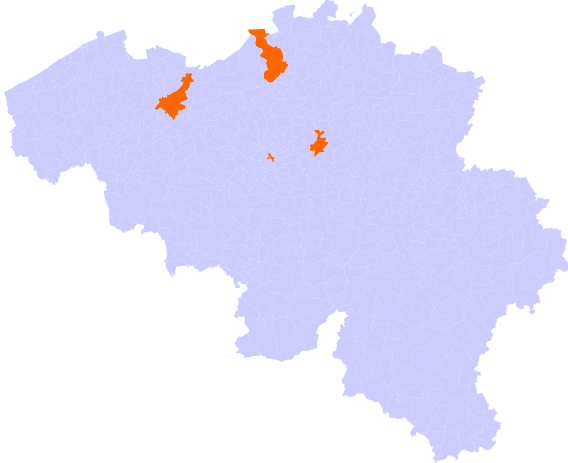
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



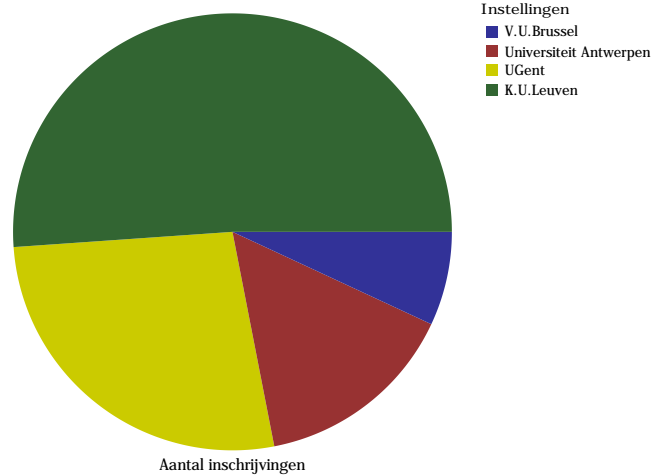
Profiel opleiding geneeskunde MA (geneeskunde MA - 0407 240)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



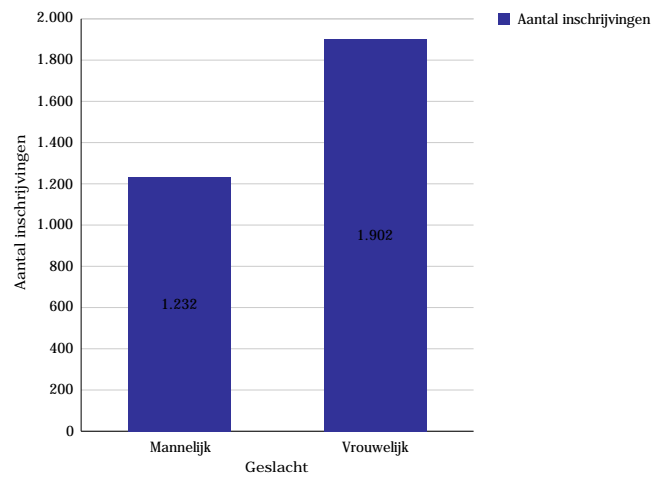
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U. Leuven	1.604
UGent	845
Universiteit Antwerpen	466
V.U. Brussel	219

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde MA - Instelling UGent

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
UGent

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	171	15	64	122	0	nvt	0	173	0	0	0	13	186
Academiejaar 2008 - 2009	363	34	142	255	0	49	0	373	1	0	0	23	397
Academiejaar 2009 - 2010	568	38	220	386	0	72	0	575	2	0	0	29	606
Academiejaar 2010 - 2011	746	48	293	501	0	89	165	760	2	0	0	32	794
Academiejaar 2011 - 2012	795	50	327	518	0	104	211	814	2	0	0	29	845
Academiejaar 2012 - 2013 **	847	51	344	554	0	nvt	0	870	2	0	0	26	898

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	668	75	278	465	0	nvt	0	656	1	0	0	86	743
Academiejaar 2008 - 2009	1.370	131	559	942	0	175	0	1.348	2	0	0	151	1.501
Academiejaar 2009 - 2010	2.116	155	850	1.421	0	253	0	2.053	6	0	0	212	2.271
Academiejaar 2010 - 2011	2.809	184	1.139	1.854	0	332	658	2.692	6	0	0	295	2.993
Academiejaar 2011 - 2012	2.919	215	1.232	1.902	0	326	724	2.819	7	0	0	308	3.134
Academiejaar 2012 - 2013 **	3.069	266	1.345	1.990	0	nvt	5	2.990	9	0	1	335	3.335

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

UGent

	Aantal trajectstarters
2007	186
2008	216
2009	219
2010	192
2011	221

Alle instellingen

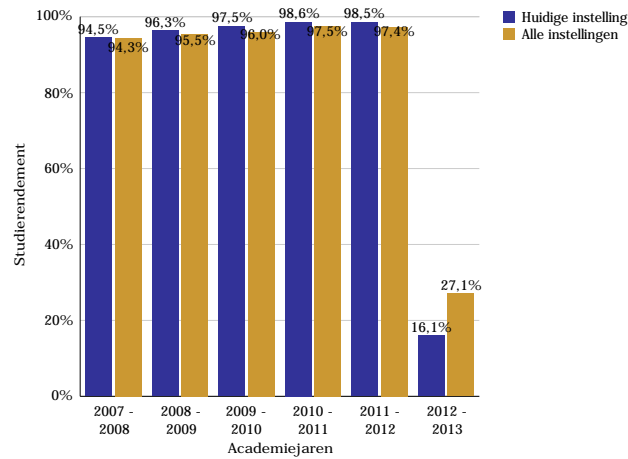
	Aantal trajectstarters
2007	744
2008	772
2009	795
2010	747
2011	821



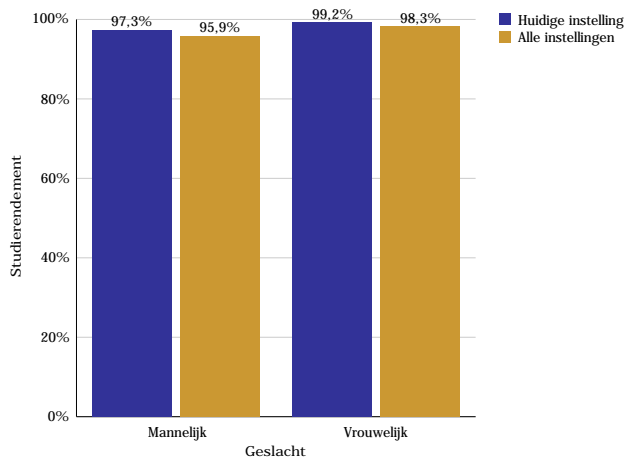
Opleiding geneeskunde MA - Instelling UGent

Studierendement

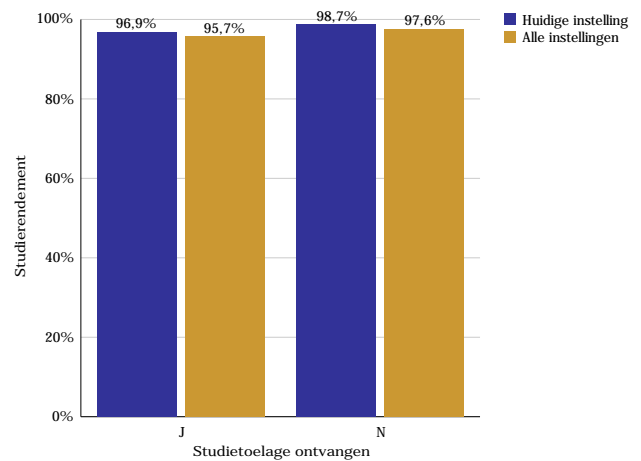
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				156	17	173
	2008			5	184		189
	2009		1	1			2
	2010	3	1				4
	2011	6					6

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				637	46	683
	2008			9	665		674
	2009		7	3			10
	2010	4	1				5
	2011	6					6

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				84,32%	9,19%	93,51%
	2008			2,34%	85,98%		88,32%
	2009		0,45%	0,45%			0,91%
	2010	1,56%	0,52%				2,08%
	2011	2,71%					2,71%

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				85,62%	6,18%	91,80%
	2008			1,17%	86,14%		87,31%
	2009		0,88%	0,38%			1,26%
	2010	0,54%	0,13%				0,67%
	2011	0,73%					0,73%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	3	1	5	156		165
	2011 - 2012	6	1	1	184	17	209
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	4	7	9	637		657
	2011 - 2012	6	1	3	665	46	721
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	1,82%	0,61%	3,03%	94,55%		100,00%
	2011 - 2012	2,87%	0,48%	0,48%	88,04%	8,13%	100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	0,61%	1,07%	1,37%	96,96%		100,00%
	2011 - 2012	0,83%	0,14%	0,42%	92,23%	6,38%	100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

UGent

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	4	2		3	4	13
	2008	4	2	4	17		27
	2009	1	2	214			217
	2010	2	186				188
	2011	215					215

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	14	9	6	4	28	61
	2008	11	7	11	69		98
	2009	7	11	767			785
	2010	11	731				742
	2011	815					815

Percentage drop out per academiejaar

UGent

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	2,15%	1,08%		1,61%	2,15%	6,99%
	2008	1,85%	0,93%	1,85%	7,87%		12,50%
	2009	0,46%	0,91%	97,72%			99,09%
	2010	1,04%	96,88%				97,92%
	2011	97,29%					97,29%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	1,88%	1,21%	0,81%	0,54%	3,76%	8,20%
	2008	1,42%	0,91%	1,42%	8,94%		12,69%
	2009	0,88%	1,38%	96,48%			98,74%
	2010	1,47%	97,86%				99,33%
	2011	99,27%					99,27%



Opleiding geneeskunde MA - Instelling UGent Vestiging Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

Kengetallen

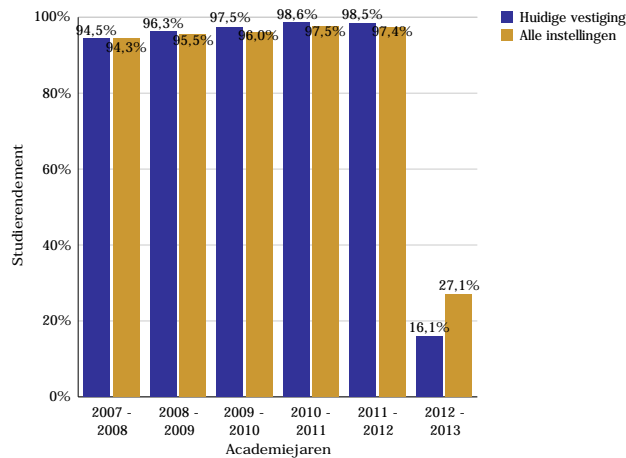
Aantal inschrijvingen en diploma's
UGent, Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	171	15	64	122	0	0	0	173	0	0	0	13	186
Academiejaar 2008 - 2009	363	34	142	255	0	49	0	373	1	0	0	23	397
Academiejaar 2009 - 2010	568	38	220	386	0	72	0	575	2	0	0	29	606
Academiejaar 2010 - 2011	746	48	293	501	0	89	165	760	2	0	0	32	794
Academiejaar 2011 - 2012	795	50	327	518	0	104	211	814	2	0	0	29	845
Academiejaar 2012 - 2013**	847	51	344	554	0	0	0	870	2	0	0	26	898

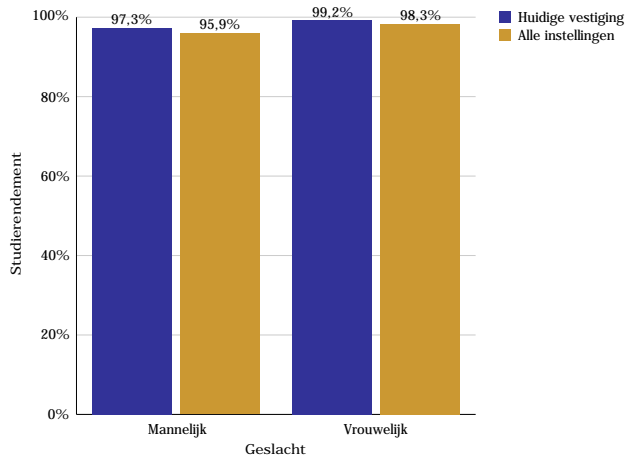
* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

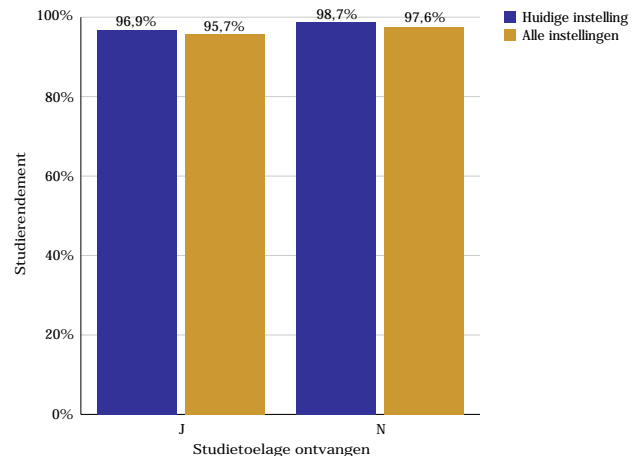
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





3.4. Internationalisering.

De Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen heeft een bijzondere aandacht voor internationalisering. De faculteit heeft 2 door de Wereldgezondheidsorganisatie erkende "collaborating centers": het "International centre for reproductive Health" (prof. m. Temmerman/O.Degomme – Vakgroep Urologie – gynaecologie) en het "International centre for primary Health care and Family medicine – Ghent University" (prof. J. De Maeseneer – Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijns- gezondheidszorg). Bovendien is de Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen één van de 13 faculteiten in de wereld die samen het "Training in Health equity network" (<http://thenetcommunity.org>) uitmaken, een netwerk met bijzondere aandacht voor "social accountability". Ook het in 1979 opgerichte "The network: Towards Unity for Health" (www.the-networktufh.org) heeft momenteel zijn secretariaat binnen de faculteit (prof. J. De Maeseneer – secretary general; Maarten Declercq – Executive Director - Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg).

Versillende vakgroepen zijn actief in het kader van de internationale universitaire ontwikkelingssamenwerking (www.vliuuoos.be) en zijn betrokken of hebben de leiding in Europese projecten (<http://www.icrh.org/projects/cerca-communityembedded-reproductive-health-care-for-adolescents-in-latin-america>, www.huraprim-project.eu). Dit soort projecten heeft een belangrijke spin-off naar onderwijs op het vlak van studenten- en docentenuitwisseling en creëert mogelijkheden voor goed-begeleide stageplaatsen, masterproeven, ... voor de studenten.

De studentenWerkgroep Internationale samenwerking en stages (sWlss) speelt een belangrijke rol in het motiveren van studenten voor stages in het buitenland door het organiseren van de inleefstages, Erasmus- en overzeese stages.

In 2009 besloten geneeskundestudenten van Gent (sWlss), Antwerpen en Leuven zich te verenigen, waaruit de nationale organisatie BemsA (Belgian Medical Students' Association) ontstond, welke kandidaat-lid werd van IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) en zo toegang geeft tot een wereldwijd netwerk van contacten en unieke opportuniteiten. BemsA Gent neemt nog steeds de informerende en sensibiliserende rol van het sWlss op zich. De voornaamste activiteiten van BemsA in de voorbije jaren kunnen als volgt worden samengevat:

- Organisatie van een summer school voor buitenlandse studenten geneeskunde (www.summerschool.ugent.be). Het thema voor 2013 is: "Health & migration".
- Het project rond orgaandonatie wil mensen aanzetten om zich officieel te laten registreren als orgaandonor aan de hand van lezingen en een drietal promotiefilmpjes.
- De "global Health short course" heeft als doel geneeskundestudenten kennis te laten maken met een aantal topics rond global health zoals "global health financing", "social determinants of global health", "climate change", enz.
- Het symposium "DOCTORing PHARMACY" wil een duwtje in de rug geven om de samenwerking tussen artsen en apothekers vlotter te laten verlopen.



- Het project "scOpe" waarbij geneeskundestudenten uit verschillende landen de kans geboden krijgen een extracurriculaire klinische stage van 4 weken te volbrengen in het buitenland.

Daar waar de activiteiten van de studenten in het kader van de internationalisering zich in de bachelorjaren extra-curriculair situeren, zijn er in de masteropleiding volgende activiteiten voorzien:

- erasmus-uitwisseling theorie in 2de master.
- erasmus-stage gedurende 3 maand in 3de master.
- Overzeese stage (2 à 3 maand) in 4de master.
- Als voorbereiding op een klinische stage in een ontwikkelingsland, moeten de studenten het opleidingsonderdeel "Inleiding op internationale en globale ontwikkeling en gezondheidszorg" volgen (zie: <http://www.ugent.be/ge/nl/onderwijs/uitwisseling/overzeese-stageplaatsen/overzeesestages.htm>).
- Wetenschappelijke stages in het kader van internationale samenwerking

De studentenmobiliteit is sterk in trek bij de studenten geneeskunde. Dit geldt zowel voor erasmus als voor de Overzeese stages. Van de studenten die afstuderen hebben **65% een buitenlandse ervaring** opgedaan tijdens hun masterstudies. Het aantal beschikbare plaatsen wordt zowel voor de erAsmUs als OVerZeese stages volledig opgevuld.

Figuur 16: cijfergegevens internationalisering en studentenmobiliteit

Uitgaande studenten							
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Erasmus	40	55	44	62	71	112	95
Overzeese	35	28	29	57	58	58	90
Totaal uitgaande studenten	75	83	73	119	129	170	185
Totaal studenten	123	112	142	145	165	211	216
% Buitenlandse ervaring*	61%	74%	51%	82%	78%	80%	86%

* hierop dient een correctie te gebeuren: +/- 50% van de studenten die op overzeese stage gaan zijn het jaar ervoor op Erasmusstage geweest

Inkomende studenten							
	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Erasmus	27	16	42	19	37	36	30
Overzeese	2	4	3	5	5	2	7
Totaal inkomende studenten	29	20	45	24	42	38	37

De commissie Internationalisering Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen (cIFg) heeft tot doel adviezen te geven aan de Faculteit over een gevarieerd spectrum van onderwerpen en beleidsdomeinen binnen het terrein van internationale gezondheid. De cIFg bewaart hierbij een evenwicht tussen onderwijs, onderzoek en dienstverlening, waarbij kwaliteit, internationale solidariteit en duurzaamheid hoog in het vaandel staan.

Het erasmus student network (esn), staat in voor concrete opvang van inkomende studenten door eigen studenten. Zij organiseren activiteiten voor uitwisselingsstudenten en antwoorden op vragen (informatieverschaffing, communicatie via internet, uitwisselen huisvesting,...). Het cIFg organiseert in het begin van het academiejaar een facultaire erasmus infoavond. Alle studenten die in aanmerking komen voor een erasmus-uitwisseling worden uitgenodigd voor een algemene uitleg over de inhoudelijke aspecten, administratieve voorbereiding, taalvereisten, huisvesting, financiële luik, verzekering ... In een tweede deel worden de studenten ingedeeld per opleiding en krijgen zij specifieke informatie over de concrete uitwisselingsplaatsen, de periodes, de inhoudelijke invulling van de uitwisseling, de selectieprocedure,...

Aan alle uitgaande erasmusstudenten wordt gevraagd om nadien een gedetailleerd verslag te maken door het invullen van het feedbackformulier op de facultaire website: <https://www.ugent.be/ge/nl/onderwijs/uitwisseling/erasmus/feedbackformulier>

In de toekomst zal het cIFg per opleiding feedbackavonden organiseren voor studenten die op uitwisseling gingen. Hierop kunnen zowel positieve als negatieve ervaringen meegedeeld worden en de studenten die nog moeten vertrekken worden uitgenodigd.

Internationalisering is een sterk kenmerk van de opleiding arts: er is aan de Universiteit gent geen enkele andere opleiding die een score van 65% participatie haalt.

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

Geneeskunde

vluhr

4. Overeenstemming tussen OLR en DLR

Domeinspecifieke leerresultaten van de bacheloropleiding:

Medisch deskundige:

1. Kennis hebben van en inzicht hebben in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen uit de epidemiologie.
2. Kennis hebben van eco-, socio-, psycho- en biologische evenals culturele factoren van diversiteit en inzicht hebben op de invloed ervan in het verlenen van patiëntenzorg.
3. In eenvoudige oefensituaties en onder begeleiding een hulpvraag verkennen, een anamnese afnemen en een lichamelijk onderzoek uitvoeren, enkele relevante hypothesen verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie geven en een te verwachten beloop schetsen.

Communicator:

4. Kennis hebben van de theoretische achtergronden van de arts-patiënt communicatie. De basisprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen. Een doeltreffende patiëntgerichte communicatie kunnen herkennen.
5. Effectief en efficiënt een eenvoudige patiënten casus en wetenschappelijk werk communiceren en rapporteren aan medestudenten, artsen, onderzoekers en andere zorgverleners, binnen een academische context.

Samenwerker:

6. Constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden. De meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context inschatten en ervaren.

Manager - Gezondheidsbevorderaar:

7. Kennis hebben van de voornaamste aspecten van de organisatie van de Belgische gezondheidszorg. Kennis hebben van de verschillende dimensies van zorgverstrekking en gezondheidsbevordering, evenals van de voornaamste elementen die bijdragen tot haar toegankelijkheid.

Wetenschapper:

8. Kennis hebben van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. Zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren en hierbij de kwaliteit van de bestudeerde medische bronnen evalueren.
9. Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken conform de gangbare wetenschappelijke criteria.

Professional:

10. Kennis hebben van de belangrijkste professionele en ethische normen en deze in praktijk brengen.
11. Een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen verwerven.

Domeinspecifieke leerresultaten van de masteropleiding:

Medisch deskundige:

1. De kennis van en het inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam in normale en pathologische omstandigheden in interactie met de omgeving geïntegreerd toepassen, met het oog op preventie, diagnose en behandeling van ziekten en problemen. Hierbij rekening houden met de bevindingen uit de epidemiologie en evidence based medicine.
2. Over de vereiste kennis, inzicht en vaardigheden beschikken om patiëntenzorg te verlenen onder supervisie, rekening houdend met factoren van diversiteit.
3. Zelfstandig een consult uitvoeren vertrekkend van vraagverheldering, anamnese en lichamelijk onderzoek om vervolgens een probleemanalyse te maken, klinisch te redeneren en een diagnose te stellen op basis van verzamelde informatie. Op basis van het voorgaande en onder supervisie de juiste klinische beslissingen nemen (ethisch onderbouwd en kostenbewust) en deze uitvoeren aan de hand van een zelf opgesteld en met de patiënt overlegd behandelingsplan.

Communicator:

4. Doeltreffend communiceren met patiënt en/of familie in een empathische, vertrouwelijke, en ethisch verantwoorde arts-patiënt-relatie.
5. Efficiënt en effectief een patiëntencasus en wetenschappelijk werk communiceren met en rapporteren aan andere artsen, gezondheidsverstrekkers en de gemeenschap.

Samenwerker:

6. Constructief samenwerken in een interdisciplinaire en interprofessionele context wat betreft patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek en beleidsontwikkeling.

Manager:

7. In het professioneel functioneren rekening houden met het vigerende gezondheidssysteem en de financieel-economische implicaties van zorgverstrekking voor de maatschappij en de patiënt. Hierbij aandacht hebben voor opportuniteiten tot verbetering en optimalisering.

Gezondheidsbevorderaar:

8. Aandacht hebben voor de bevordering van de gezondheid op basis van de voornaamste psychosociale, economische, ecologische en biologische aspecten die de gezondheid van de patiënt en de gemeenschap beïnvloeden .
9. Aandacht hebben voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het vigerende systeem. Het belang van welzijn en veiligheid van patiënt, zorgverlener en omgeving erkennen.

Wetenschapper:

10. Inzicht hebben in de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en in staat zijn om de kwaliteit van medische bronnen kritisch te evalueren en toe te passen.
11. Onder supervisie een actieve bijdrage leveren aan het onderzoek en onderwijs in de geneeskunde, conform de wetenschappelijke standaarden.
12. Op basis van de eigen bijdrage aan onderzoek een wetenschappelijk gefundeerde conclusie formuleren en verdedigen.

Professional:

13. De professionele, ethische en wettelijke normen en bepalingen kennen en deze in praktijk brengen.

14. Kritisch reflecteren over zichzelf en het eigen functioneren met passende aandacht voor het persoonlijk welbevinden.
15. Levenslang leren in de praktijk brengen door het eigen professioneel denken en handelen voortdurend bij te sturen.
16. De aangeleerde kennis, vaardigheden en attitudes van de basisarts integreren en implementeren.

Opleidingsspecifieke leerresultaten Opleiding Geneeskunde:

CanMeds-rol en OLR

Miller-niveau

	Bachelor	Master
--	----------	--------

Medisch deskundige (Medical expert)

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Over de vereiste kennis, inzicht en vaardigheden beschikken om onder supervisie patiëntenzorg te verlenen, in overleg met patiënt, familie en andere zorgverleners. | 2 | 4 |
| 2. Het diagnostisch, preventief, therapeutisch, revaliderend en palliatief arsenaal in de praktijk brengen: afnemen van een relevante accurate anamnese, doelmatig uitvoeren van lichamelijk onderzoek, doelmatig verzamelen, analyseren en interpreteren van de gegevens, stellen van diagnoses en afwegen van de mogelijkheden tot behandeling, preventie en revalidatie. | 2 | 4 |
| 3. In het medisch proces rekening houden met alle factoren van diversiteit, evidence-based medicine en best-practice guidelines. | 2 | 3 |

Communicator (Communicator)

- | | | |
|--|---|---|
| 4. Een empathische, vertrouwelijke en ethisch-verantwoorde arts-patiëntrelatie opbouwen om doeltreffend te communiceren. | 2 | 4 |
| 5. Helder patiëntencasussen en wetenschappelijk werk aan peers en publiek communiceren en rapporteren. | 3 | 4 |

Samenwerker (Collaborator)

- | | | |
|--|---|---|
| 6. Constructief samenwerken met andere zorgverleners, zowel interdisciplinair als interprofessioneel. De grenzen van de eigen competentie inschatten en de mogelijkheden van andere zorgverleners en disciplines kennen. | 2 | 3 |
| 7. De arts betreft patiënt en familie in de besluitvorming en het formuleren van de zorgplannen. | 1 | 3 |

Manager

8. Bij de beroepsuitoefening rekening houden met het gezondheidssysteem in de (inter)nationale context en de financieel-economische implicaties van zorgverstrekking. Efficiënt toepassen van de geldende (administratieve) regels. Inzicht hebben in en een bijdrage kunnen leveren bij de organisatie van de gezondheidszorg op lokaal en/of nationaal niveau.
- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | 3 |
|--|---|---|

Gezondheidspromotor (Health advocate)

9. De psychosociale, economische en biologische aspecten die de gezondheid van de patiënt en populatie beïnvloeden herkennen en bijdragen tot bevordering van de gezondheid van individu en gemeenschap.
- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | 4 |
|--|---|---|

10. Aandacht hebben voor en bijdragen tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Aandacht hebben voor welzijn en veiligheid van patiënt, van zichzelf en andere zorgverleners, evenals van de gemeenschap.
- | | | |
|--|---|---|
| | 2 | 4 |
|--|---|---|

Wetenschapper (Scholar)

11. Op een efficiënte en kritische manier gebruik maken van informatietechnologie, medische bronnen en patiënt-gerelateerde gegevensbanken.
- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | 4 |
|--|---|---|

12. Inzicht hebben in de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en betrokken zijn bij onderzoek. De eigen bijdrage resulteert in de bachelor- en de masterproef.
- | | | |
|--|---|---|
| | 3 | 4 |
|--|---|---|

13. Actieve bijdragen leveren tot kennisverwerving en –verspreiding van peers.
- | | | |
|--|---|---|
| | 3 | 4 |
|--|---|---|

Professional

14. De professionele, ethische en wettelijke bepalingen kennen en in de praktijk brengen.
- | | | |
|--|---|---|
| | 2 | 3 |
|--|---|---|

15. Blijvende aandacht hebben voor een goed evenwicht tussen professionele activiteiten en persoonlijk welbevinden.
- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | 3 |
|--|---|---|

16. Een houding van levenslang leren toepassen om het eigen professionele denken en handelen bij te sturen. De grenzen van het eigen kennen en kunnen bepalen.
- | | | |
|--|---|---|
| | 2 | 4 |
|--|---|---|

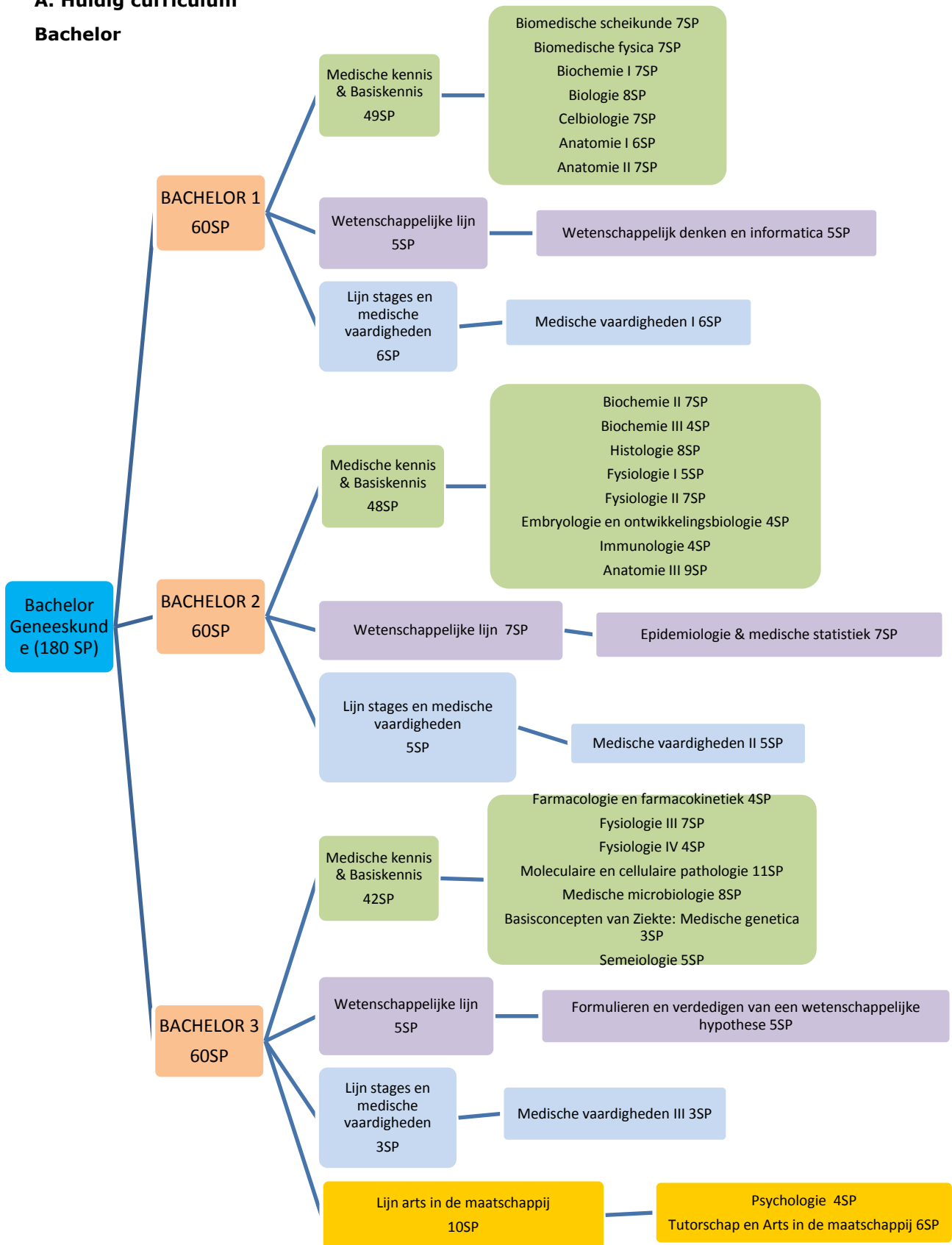
Overeenstemming DLR-OLR Matrix Bachelor																	
	MD				C			S		M	GP		W			P	
	OLR-1	OLR-2	OLR-3	OLR-4	OLR-5	OLR-6	OLR-7	OLR-8	OLR-9	OLR-10	OLR-11	OLR-12	OLR-13	OLR-14	OLR-15	OLR-16	
DLR-BA 1	x																
DLR-BA 2	x		x	x	x		x										
DLR-BA 3	x	x	x	x	x	x	x										
DLR-BA 4	x	x		x	x		x										
DLR-BA 5	x	x											x				
DLR-BA 6						x	x									x	
DLR-BA 7	x		x					x	x	x							
DLR-BA 8			x							x		x	x				
DLR-BA 9	x											x	x				
DLR-BA 10	x													x			
DLR-BA 11	x					x									x	x	

Overeenstemming DLR-OLR Matrix Master																
	MD			C		S	M	GP	W			P				
	OLR-1	OLR-2	OLR-3	OLR-4	OLR-5	OLR-6	OLR-7	OLR-8	OLR-9	OLR-10	OLR-11	OLR-12	OLR-13	OLR-14	OLR-15	OLR-16
DLR-MA 1	X	X	X								X	X	X			X
DLR-MA 2	X	X	X	X	X	X	X		X	X				X		X
DLR-MA 3	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X		
DLR-MA 4	X			X	X		X									
DLR-MA 5	X			X	X	X										X
DLR-MA 6	X		X		X	X	X	X								X
DLR-MA 7	X		X			X		X	X	X				X		
DLR-MA 8	X		X				X	X	X	X		X			X	
DLR-MA 9	X		X			X	X	X	X	X				X		X
DLR-MA 10	X							X			X	X	X			
DLR-MA 11	X							X			X	X	X			
DLR-MA 12				X			X	X			X	X	X			
DLR-MA 13	X		X	X				X						X	X	X
DLR-MA 14	X					X								X	X	X
DLR-MA 15	X							X			X				X	X
DLR-MA 16	X	X	X			X					X					X

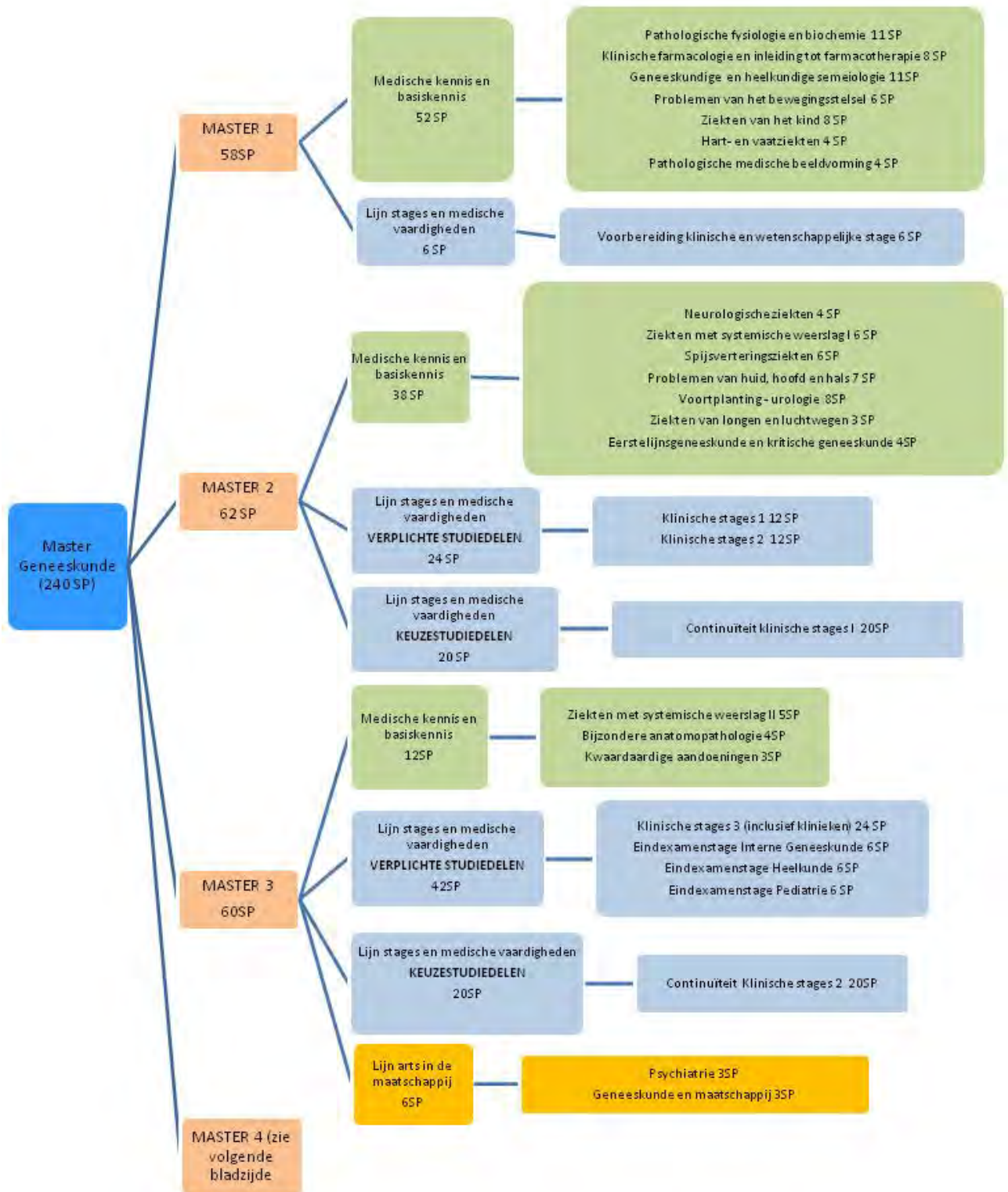
5. Invulling curriculum

A. Huidig curriculum

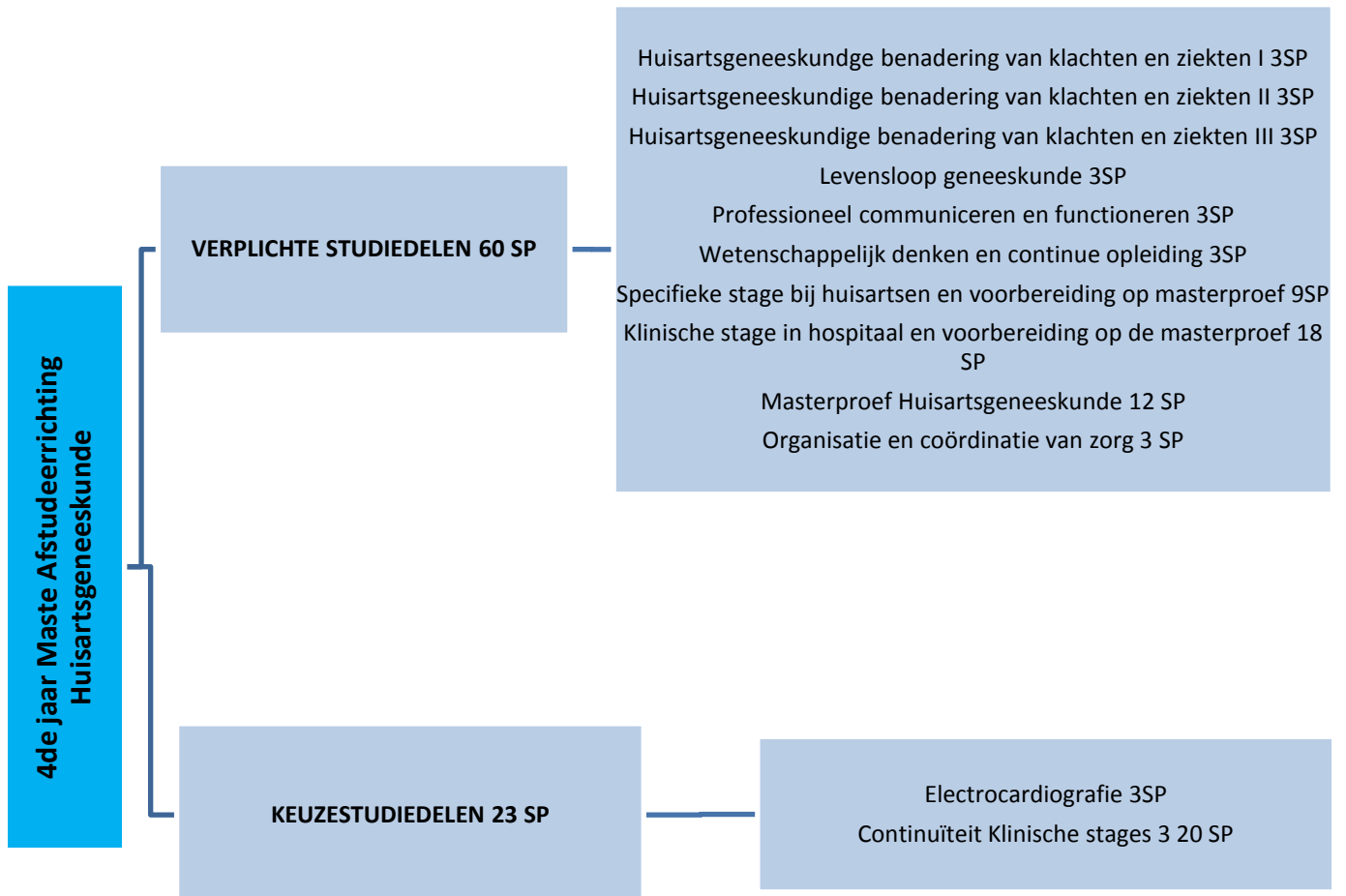
Bachelor



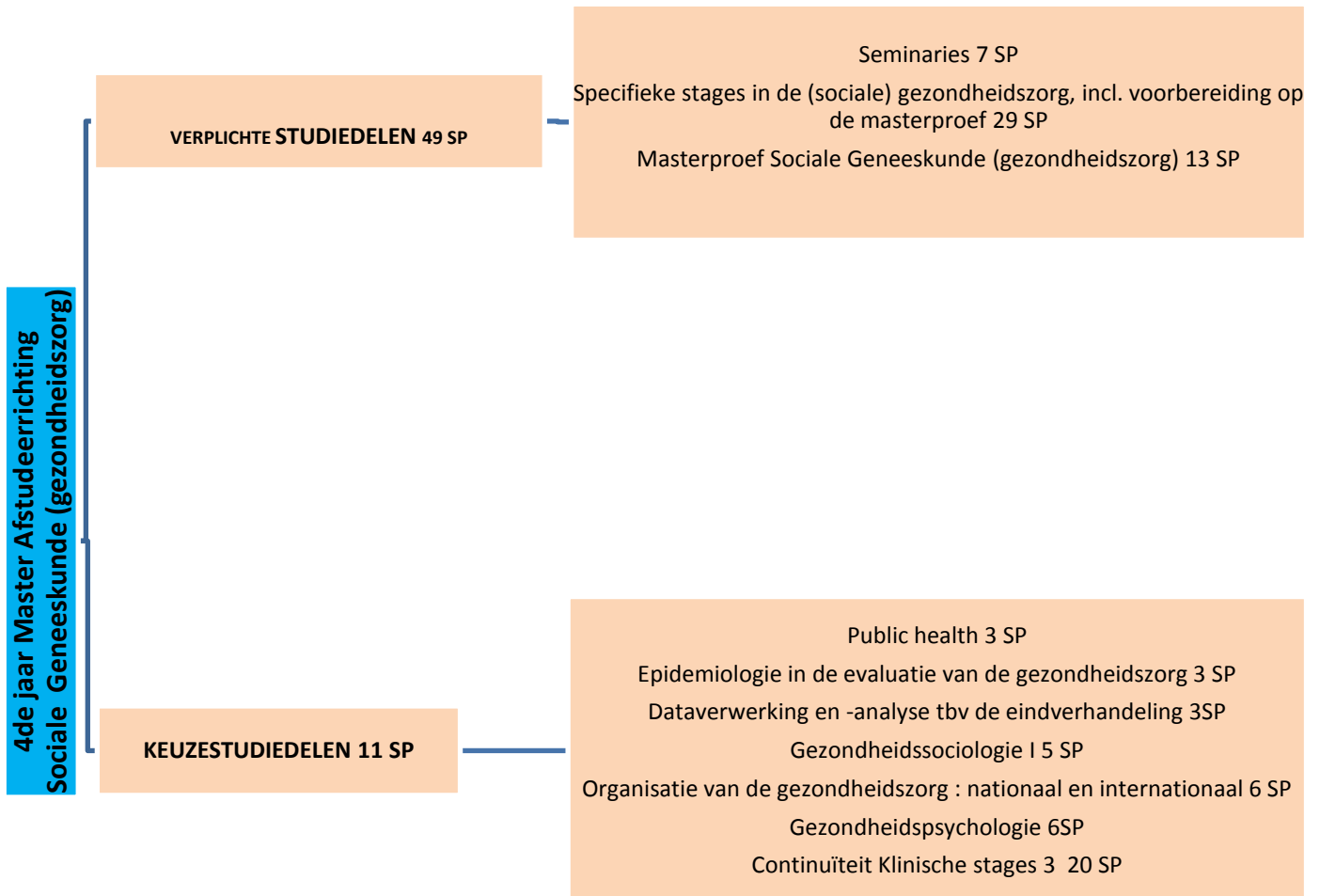
Master



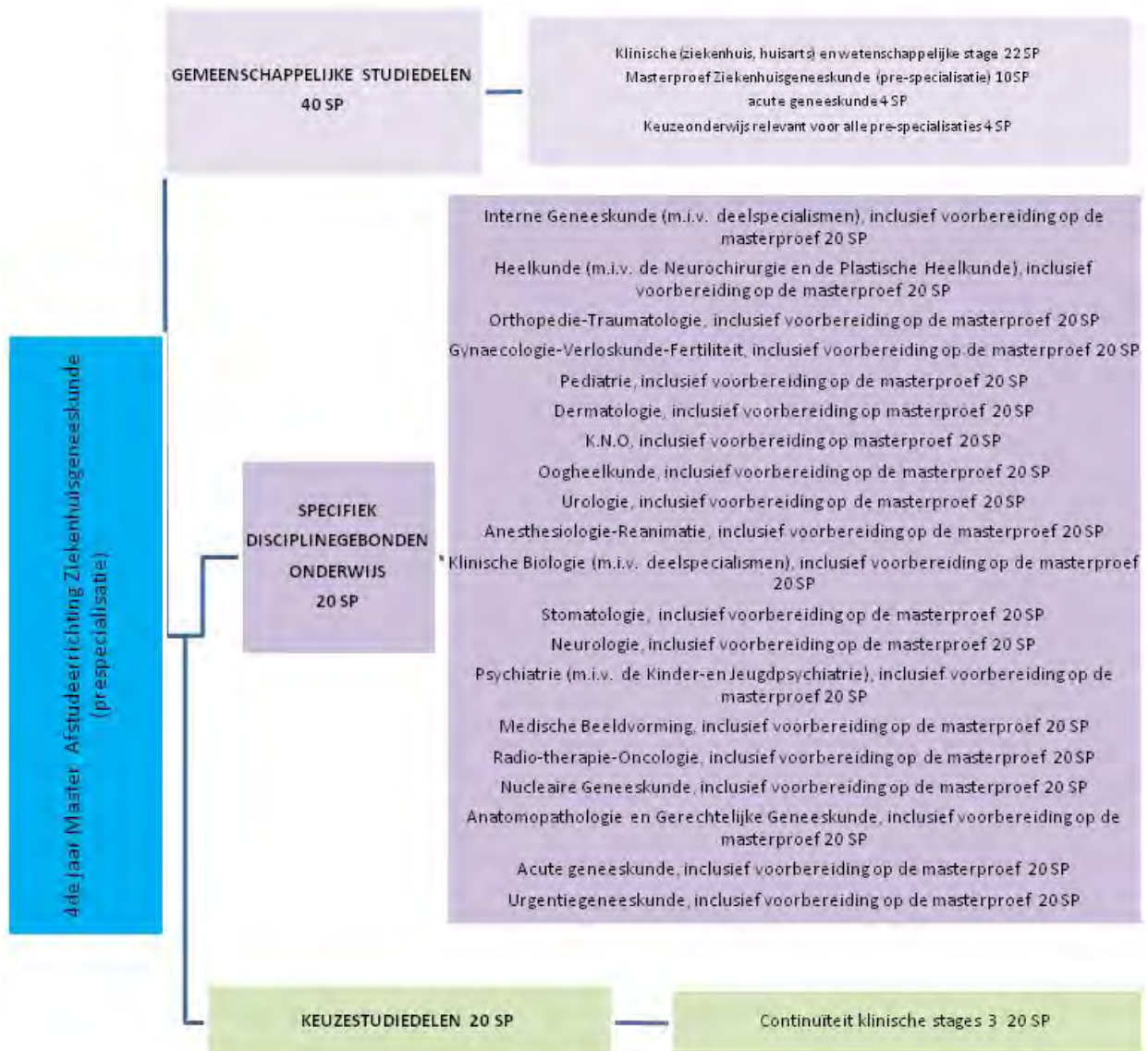
4^{de} Master Huisartsgeneeskunde



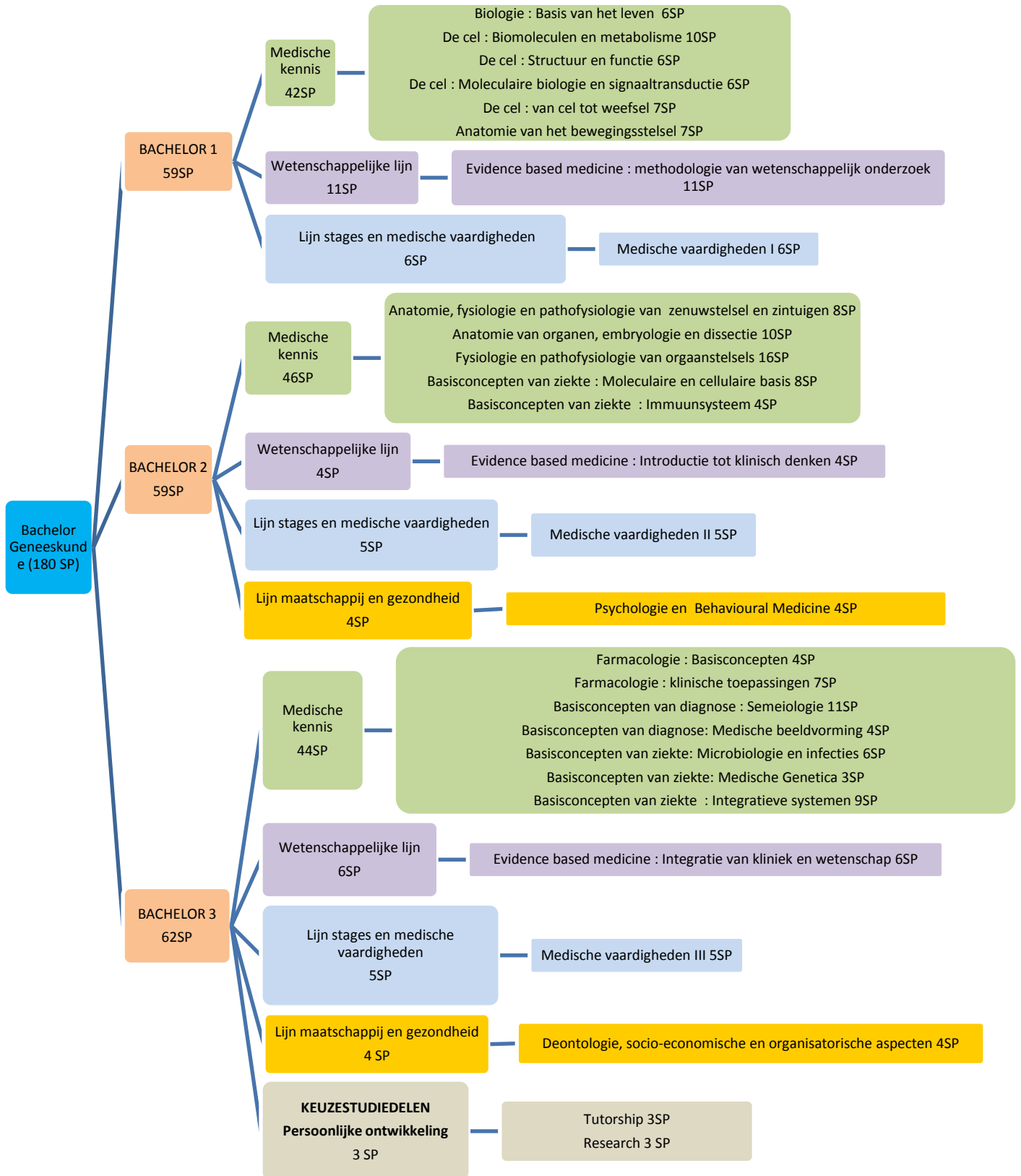
4^{de} Master Sociale Geneeskunde



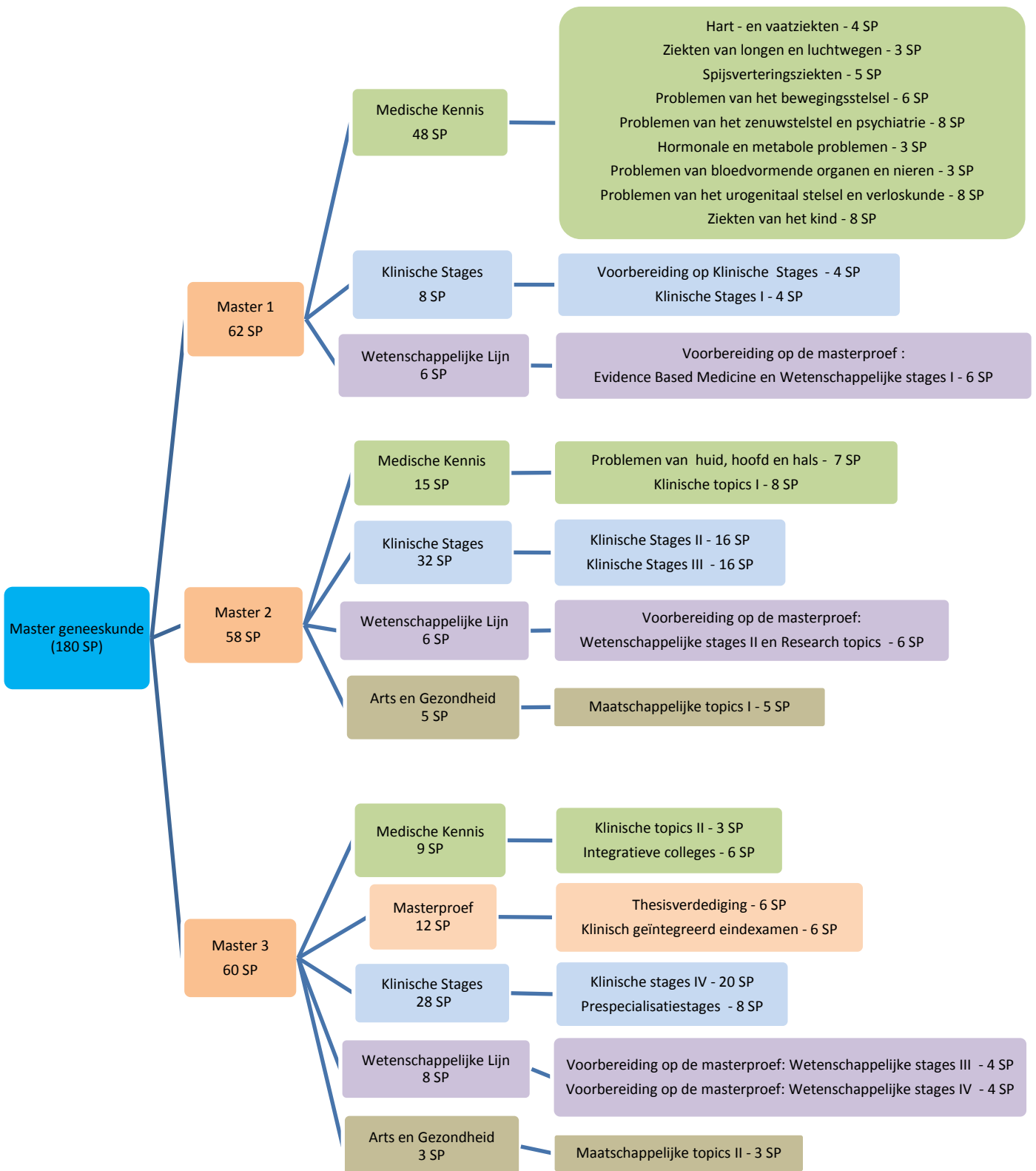
4^{de} Master Ziekenhuisgeneeskunde



B. Nieuw Curriculum
Bachelor



Master



11. Tabellen omvang personeelsbestand

Tabel 1a - Bachelor: omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt ¹	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (Instelling) ²	VTE aan de instelling ³	Aantal studiepunten aan de opleiding ⁴
Gewoon hoogleraar	1 Bossuyt Axel	GF / BEFY	1,00	0,5
	2 Bouwens Luc	GF / EXPA	1,00	6
	3 Coomans Danny	GF / BISI	1,00	5
	4 De Keyser Jacques	GF / INTG	1,00	3,5
	5 Dupont Alain	GF / FARC	1,00	1,5
	6 Keymeulen Bart	GF / INTG	0,10	1
	7 Thielemans Kristiaan	GF / FYSP	1,00	4
	8 Van den Branden Christiane	GF / ANAT	1,00	7
	9 Velkeniers Brigitte	GF / INTG	1,00	3
Hoogleraar	10 Annemans Lieven	GF / MESO	0,10	6
	11 Gidron Yori	GF / GFAC	1,00	1
	12 Gorus Frans	GF / MEBO	1,00	5,5
	13 Heimberg Harry	GF / MBIO	1,00	4,5
	14 Huyghens Luc	GF / KRIT	0,40	11
	15 In't Veld Pieter	GF / EXPA	1,00	22
	16 Nyssen Marc	GF / BISI	1,00	0,5
	17 Poelaert Jan	GF / KRIT	0,20	0,5
	18 Smolders Ilse	GF / FASC	1,00	2,5
	19 Tournaye Herman	GF / EMGE	1,00	10,5
	20 Van Schravendijk Christiaan	GF / MEBO	1,00	4
	21 VandenDriessche Thierry	GF / CYTO	1,00	6
Hoofddocent	22 Boyen Anna	GF / MBIO	1,00	7
	23 De Mey Johan	GF / BEFY	0,60	2,5
	24 Delvaux Georges	GF / HEEL	0,50	10,5
	25 Devroey Dirk	GF / HUIS	1,00	1,5
	26 Foulon Walter	GF / URVO	0,30	0,5
	27 Reynaert Hendrik	GF / FYSP	0,40	10
	28 Sermon Karen	GF / EMGE	1,00	1
	29 Smitz Johan	GF / EMGE	0,10	1,5
	30 Vandenplas Yvan	GF / KIND	0,40	7,5
	Docent	31 Bilsen Johan	GF / GESG	1,00
32 Bonduelle Mary-Louise		GF / EMGE	0,20	4
33 Buyl Roland		GF / BISI	1,00	3,5
34 De Ridder Marc		GF / BEFY	0,20	0,5
35 De Valck Elke		GF / GFAC	0,10	3
36 Deneyer Michel		GF / INTG	0,20	3

	37	Goelen Guido	GF / KRIT	0,10	1
	38	Gordts Frans	GF / SPEC	0,30	0,5
	39	Hachimi-Idrissi Saïd	GF / KRIT	0,10	2
	40	Hellemans Karine	GF / MEBO	0,10	5
	41	Hoorens Anne	GF/ EXPA	0,20	0,5
	42	Hubloue Ives	GF / KRIT	0,20	1
	43	Michielsen Dirk	GF / URVO	0,20	0,5
	44	Michotte Alex	GF / ANAT	0,10	2
	45	Mommaerts Maurice	GF / SOPA	0,20	0,5
	46	Pierard Denis	GF / IMMI	0,20	9
	47	Pouliart Nicole	GF / KRIT	0,40	29
	48	Schoors Danny	GF / INTG	0,30	4
	49	Van de Castele Mark	GF / MBIO	1,00	6,5
	50	Van der Auwera	GF / MBIO	1,00	6
	51	Vincken Walter	GF / INTG	0,30	3
Extern docent ⁵	52	Sabbe Bernard	ZAP detachering Universiteit Antwerpen	0,20	0,5

30,70

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals dat contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

5 Docenten niet verbonden aan de opleiding met % aanstelling ZAP.

Tabel 2a - Bachelor: omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN		Geslacht		Leeftijdscategorie					Totaal
		M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65	
ZAP5		42	10	0	3	12	26	11	52
AAP6	Mandaat-assistent	1	8	5	2		1	1	9
	Praktijk-assistent	5	5		2	4	4		10
	Doctor-assistent								
BAP buiten werkingskredieten			1		1				1
ANDEREN (ondersteuning en begeleiding)									
TOTAAL		48	24	5	8	16	31	12	72

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in tabel II.1.a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.

Tabel 1a – Master: omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt1	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (Instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
Gewoon hoogleraar	1 Bossuyt Axel	GF / BEFY	1,00	2
	2 De Keyser Jacques	GF / INTG	1,00	4,5
	3 Dupont Alain	GF / FARC	1,00	4
	4 Haentjens Patrick	GF / HEEL	0,20	8
	5 Kestelyn Philippe	GF / SPEC	0,20	1,5
	6 Keymeulen Bart	GF / INTG	0,10	10,5
	7 Velkeniers Brigitte	GF / INTG	1,00	15,5
Hoogleraar	8 Huyghens Luc	GF / KRIT	0,40	5,5
	9 Poelaert Jan	GF / KRIT	0,20	1,5
	10 Gorus Frans	GF / MEBO	1,00	1
	11 Smolders Ilse	GF / FASC	1,00	3,5
	12 Marichal Miriam	GF / EXPA	0,10	4
	13 Tournaye Herman	GF / EMGE	1,00	2
	14 Roseeuw Diane	GF / KRIT	0,05	3
Hoofddocent	15 De Grève Jacques	GF / INTG	0,10	1
	16 De Groot Etienne	GF / MESO	0,15	0,5
	17 De Mey Johan	GF / BEFY	0,60	6
	18 Delvaux Georges	GF / HEEL	0,50	5
	19 D'Haens Jean	GF / HEEL	0,10	1,5
	20 Devroey Dirk	GF / HUIS	1,00	0,5
	21 Distelmans Willem	GF / BEFY	0,10	1
	22 Foulon Walter	GF / URVO	0,30	4
	23 Kartounian Hovhanes	GF / HUIS	0,50	1,5
	24 Vandenplas Yvan	GF / KIND	0,40	9
	25 Verbruggen Leon	GF / INTG	0,20	2
Docent	26 Beyer Ingo	GF / INTG	0,30	1,5
	27 Cammu Hendrik	GF / URVO	0,20	3
	28 De Boeck Hugo	GF / ANAT	0,05	1
	29 De Ridder Mark	GF / BEFY	0,20	1,5
	30 De Waele Marc	GF / IMMI	0,10	1
	31 Gordts Frans	GF / SPEC	0,30	3
	32 Hachimi-Idrissi Saïd	GF / KRIT	0,10	0,5
	33 Hoorens Anne	GF / EXPA	0,20	1
	34 Hubloue Ives	GF / KRIT	0,20	1,5
	35 Lacor Patrick	GF / INTG	0,05	0,5
	36 Lamote Jan	GF / HEEL	0,10	3
	37 Martens Geert	GF / MEBO	0,20	3

	38 Michielsens Dirk	GF / URVO	0,20	3
	39 Mommaerts Maurice	GF / SOPA	0,20	2
	40 Noppen Marc	GF / INTG	0,10	0,5
	41 Pouliart Nicole	GF / KRIT	0,40	34
	42 Scheerlinck Thierry	GF / HEEL	0,30	3,5
	43 Schoors Danny	GF / INTG	0,30	2
	44 Schots Henri	GF / IMMI	0,20	1,5
	45 Spapen Herbert	GF / KRIT	0,10	1
	46 Tielemans Christian	GF / INTG	0,20	1
	47 Urbain Daniel	GF / INTG	0,20	2
	48 Van den Brande Pierre	GF / HEEL	0,20	2
	49 Van Varenbergh Dirk	GF / EXPA	0,20	0,5
	50 Vincken Walter	GF / INTG	0,30	1,5
Extern docent ⁵	51 Sabbe Bernard	ZAP detachering Universiteit Antwerpen	0,20	4

17,30

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals dat contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

5 Docenten niet verbonden aan de opleiding met % aanstelling ZAP.

Tabel 2a - Master: omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

-

AANTALLEN		Geslacht		Leeftijdscategorie					Totaal
		M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60-66	
ZAP5		45	6		2	8	22	19	51
AAP6	Mandaat-assistent								
	Praktijk-assistent	3	1			1	3		4
	Doctor-assistent								
BAP buiten werkingskredieten									
ANDEREN (ondersteuning en begeleiding)									
TOTAAL		48	7	0	2	9	25	19	55

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in tabel II.1.a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.

18. DHO-tabellen



Datawarehouse Hoger Onderwijs
Onderwijs en Vorming

Instelling: V.U.Brussel
Opleiding: geneeskunde ABA
Studieomvang: 180 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluaties van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)
- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.
- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.
- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.
 - Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling, zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



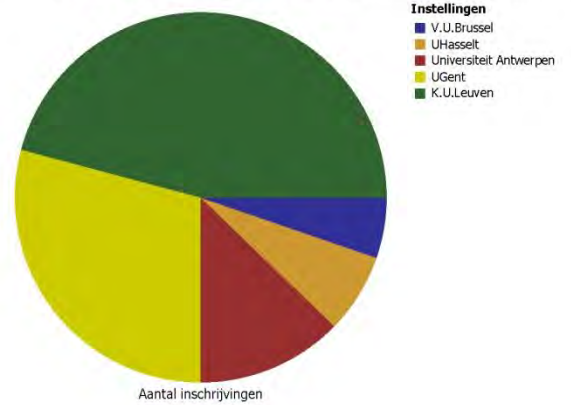
Profiel opleiding geneeskunde ABA (geneeskunde ABA - 0403 180)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



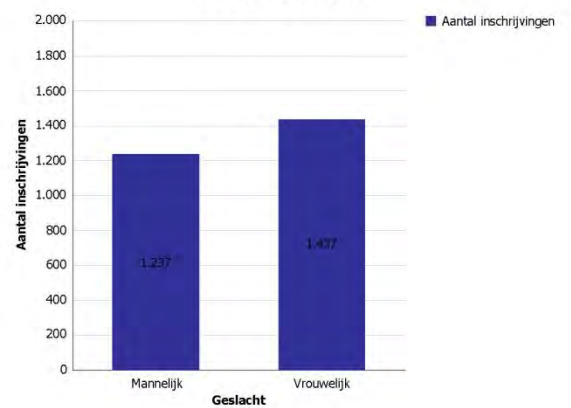
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.229
UGent	778
Universiteit Antwerpen	338
UHasselt	185
V.U.Brussel	144

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling V.U.Brussel

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
V.U.Brussel

	Voltsjds	Niet-voltsjds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	93	10	28	75	41	nvt	0	98	0	0	0	5	103
Academiejaar 2006 - 2007*	134	19	51	102	34	nvt	44	143	0	0	0	10	153
Academiejaar 2007 - 2008*	125	27	52	100	19	nvt	56	138	1	0	0	13	152
Academiejaar 2008 - 2009	95	29	51	73	21	20	49	112	0	0	0	12	124
Academiejaar 2009 - 2010	117	22	61	78	32	22	34	124	1	0	1	13	139
Academiejaar 2010 - 2011	120	25	71	74	20	27	44	133	1	0	1	10	145
Academiejaar 2011 - 2012	112	32	71	73	24	23	45	131	3	0	1	9	144
Academiejaar 2012 - 2013 **	108	28	65	71	19	nvt	0	120	2	0	0	14	136

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltsjds	Niet-voltsjds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	1.424	119	602	941	679	nvt	0	1.397	3	0	0	143	1.543
Academiejaar 2006 - 2007*	2.184	142	918	1.408	669	nvt	672	2.099	5	0	0	222	2.326
Academiejaar 2007 - 2008*	2.117	206	939	1.384	554	nvt	727	2.097	7	0	0	219	2.323
Academiejaar 2008 - 2009	2.068	221	972	1.317	552	248	775	2.058	6	0	0	225	2.289
Academiejaar 2009 - 2010	2.350	216	1.087	1.479	743	291	707	2.297	6	0	1	262	2.566
Academiejaar 2010 - 2011	2.425	246	1.177	1.494	644	315	784	2.411	9	0	1	250	2.671
Academiejaar 2011 - 2012	2.360	314	1.237	1.437	566	292	889	2.411	13	0	1	249	2.674
Academiejaar 2012 - 2013 **	2.234	435	1.245	1.424	569	nvt	4	2.415	13	0	0	241	2.669

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

V.U.Brussel

	Aantal trajectstarters
2006	53
2007	46
2008	33
2009	68
2010	36
2011	45

Alle instellingen

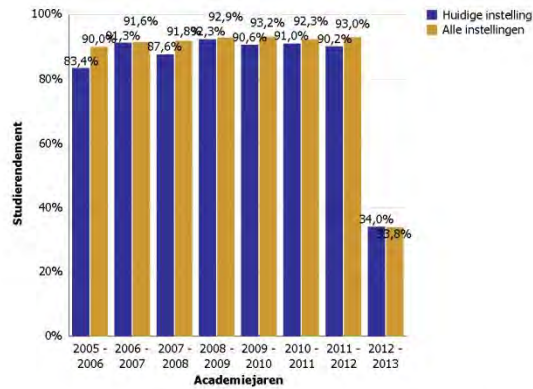
	Aantal trajectstarters
2006	863
2007	745
2008	766
2009	1.108
2010	875
2011	849



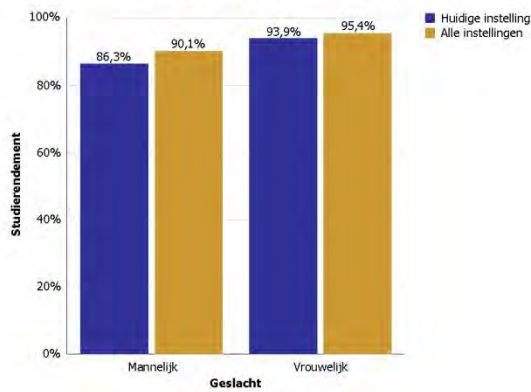
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling V.U.Brussel

Studierendement

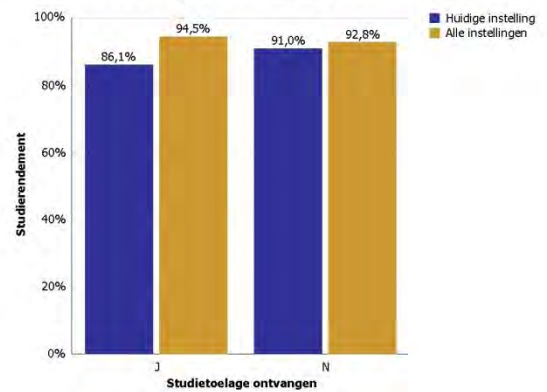
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	7	6	34	5		1	53
	2007		10	18	3	2		33
	2008			5	21	2		28
	2009	1	18	33				52
	2010		7					7
	2011							

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	27	75	597	57	15	8	779
	2007	6	91	503	54	9		663
	2008	7	105	528	50			690
	2009	13	165	704				882
	2010	14	104					118
	2011	9						9

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	12,07%	10,34%	58,62%	8,62%		1,72%	91,38%
	2007		19,61%	35,29%	5,88%	3,92%		64,71%
	2008		13,89%	58,33%	5,56%			77,78%
	2009	1,45%	26,09%	47,83%				75,36%
	2010		18,92%					18,92%
	2011							

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3,13%	8,69%	69,18%	6,60%	1,74%	0,93%	90,27%
	2007	0,81%	12,21%	67,52%	7,25%	1,21%		88,99%
	2008	0,91%	13,71%	68,93%	6,53%			90,08%
	2009	1,17%	14,89%	63,54%				79,60%
	2010	1,60%	11,89%					13,49%
	2011	1,06%						1,06%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	7						7
	2007 - 2008		6					6
	2008 - 2009			10	34			44
	2009 - 2010	1	5	18	5			29
	2010 - 2011		18	21	3			42
	2011 - 2012		7	33	2	2	1	45
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	27						27
	2007 - 2008	6	75					81
	2008 - 2009	7	91	597				695
	2009 - 2010	13	105	503	57			678
	2010 - 2011	14	165	528	54	15		776
	2011 - 2012	9	104	704	50	9	8	884
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008		100,00%					100,00%
	2008 - 2009			22,73%	77,27%			100,00%
	2009 - 2010	3,45%	17,24%	62,07%	17,24%			100,00%
	2010 - 2011		42,86%	50,00%	7,14%			100,00%
	2011 - 2012		15,56%	73,33%	4,44%	4,44%	2,22%	100,00%
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	7,41%	92,59%					100,00%
	2008 - 2009	1,01%	13,09%	85,90%				100,00%
	2009 - 2010	1,92%	15,49%	74,19%	8,41%			100,00%
	2010 - 2011	1,80%	21,26%	68,04%	6,96%	1,93%		100,00%
	2011 - 2012	1,02%	11,76%	79,64%	5,66%	1,02%	0,90%	100,00%
	Niet van toepassing							



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

V.U.Brussel

Aantal drop outs	Academiejaar van start traject	Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
	2006	2	1	1			4
	2007	8	1		1	2	12
	2008	2		2	1		5
	2009	3	2	11			16
	2010	1	28				29
	2011	45					45

Alle instellingen

Aantal drop outs	Academiejaar van start traject	Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
	2006	40	27	6	3	3	5	84
	2007	31	12	16	4	19		82
	2008	18	13	9	36			76
	2009	36	26	164				226
	2010	29	728					757
	2011	840						840

Percentage drop out per academiejaar

V.U.Brussel

Drop-out-ratio	Academiejaar van start traject	Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
	2006	3,77%	1,89%	1,89%			7,55%
	2007	17,39%	2,17%		2,17%	4,35%	26,09%
	2008	6,06%		6,06%	3,03%		15,15%
	2009	4,41%	2,94%	16,18%			23,53%
	2010	2,78%	77,78%				80,56%
	2011	100,00%					100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio	Academiejaar van start traject	Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
	2006	4,63%	3,13%	0,70%	0,35%	0,35%	0,58%	9,73%
	2007	4,16%	1,61%	2,15%	0,54%	2,55%		11,01%
	2008	2,35%	1,70%	1,17%	4,70%			9,92%
	2009	3,25%	2,35%	14,80%				20,40%
	2010	3,31%	83,20%					86,51%
	2011	98,94%						98,94%



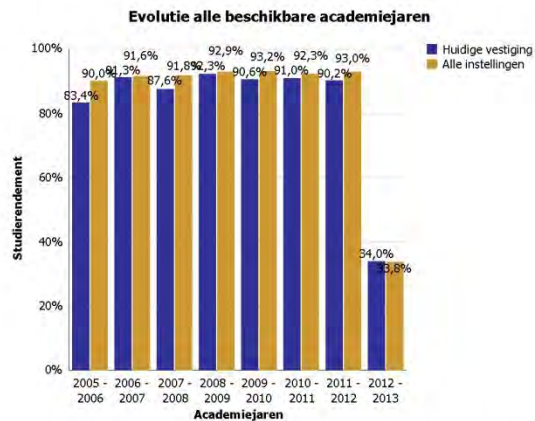
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling V.U.Brussel
Vestiging Pleinlaan, Elsene
Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's
V.U.Brussel, Pleinlaan, Elsene

	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	93	10	28	75	41	0	0	98	0	0	0	5	103
Academiejaar 2006 - 2007*	134	19	51	102	34	0	44	143	0	0	0	10	153
Academiejaar 2007 - 2008*	125	27	52	100	19	0	56	138	1	0	0	13	152
Academiejaar 2008 - 2009	95	29	51	73	21	20	49	112	0	0	0	12	124
Academiejaar 2009 - 2010	117	22	61	78	32	22	34	124	1	0	1	13	139
Academiejaar 2010 - 2011	120	25	71	74	20	27	44	133	1	0	1	10	145
Academiejaar 2011 - 2012	112	32	71	73	24	23	45	131	3	0	1	9	144
Academiejaar 2012 - 2013**	108	28	65	71	19	0	0	120	2	0	0	14	136

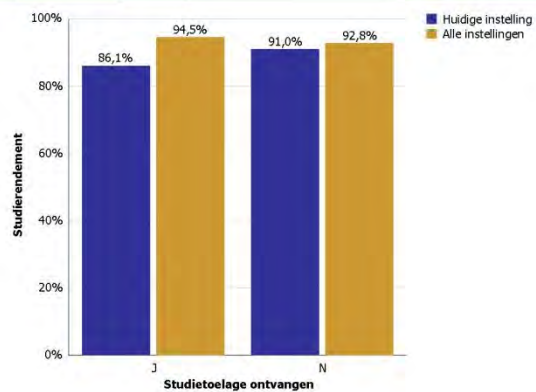
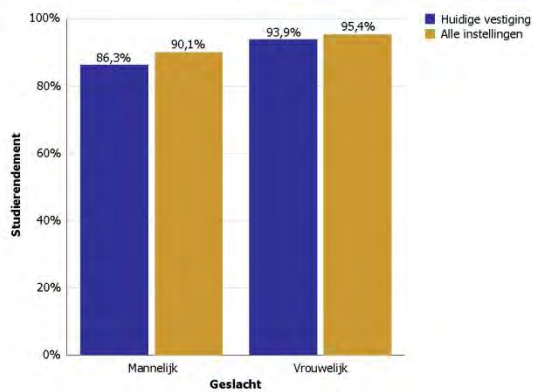
* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: V.U.Brussel
Opleiding: geneeskunde MA
Studieomvang: 240 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalificeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)
- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.
- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.
- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.
 - Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.
 - Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling, zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



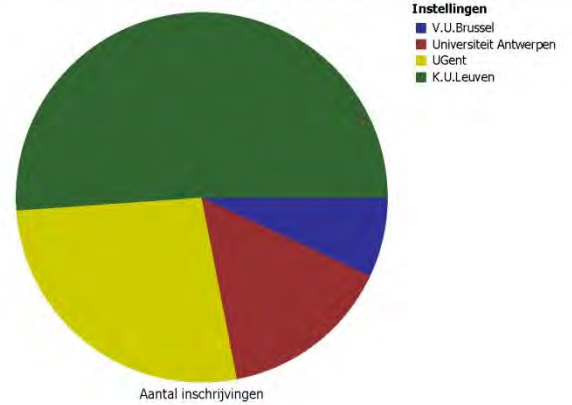
Profiel opleiding geneeskunde MA (geneeskunde MA - 0407 240)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



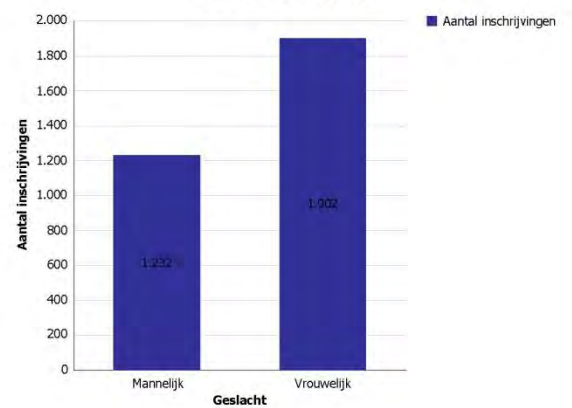
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.604
UGent	845
Universiteit Antwerpen	466
V.U.Brussel	219

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde MA - Instelling V.U.Brussel

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
V.U.Brussel

	Voltdijs	Niet-voltdijs	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	45	7	19	33	0	nvt	0	45	0	0	0	7	52
Academiejaar 2008 - 2009	99	17	34	82	0	14	0	102	0	0	0	14	116
Academiejaar 2009 - 2010	158	20	56	122	0	21	0	159	0	0	0	19	178
Academiejaar 2010 - 2011	192	19	66	145	0	28	43	187	0	0	0	24	211
Academiejaar 2011 - 2012	185	34	76	143	0	29	54	197	0	0	0	22	219
Academiejaar 2012 - 2013 **	183	30	88	125	0	nvt	0	191	2	0	1	19	213

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltdijs	Niet-voltdijs	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	668	75	278	465	0	nvt	0	656	1	0	0	86	743
Academiejaar 2008 - 2009	1.370	131	559	942	0	175	0	1.348	2	0	0	151	1.501
Academiejaar 2009 - 2010	2.116	155	850	1.421	0	253	0	2.053	6	0	0	212	2.271
Academiejaar 2010 - 2011	2.809	184	1.139	1.854	0	332	658	2.692	6	0	0	295	2.993
Academiejaar 2011 - 2012	2.919	215	1.232	1.902	0	326	724	2.819	7	0	0	308	3.134
Academiejaar 2012 - 2013 **	3.069	266	1.345	1.990	0	nvt	5	2.990	9	0	1	335	3.335

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

V.U.Brussel

	Aantal trajectstarters
2007	53
2008	68
2009	64
2010	36
2011	49

Alle instellingen

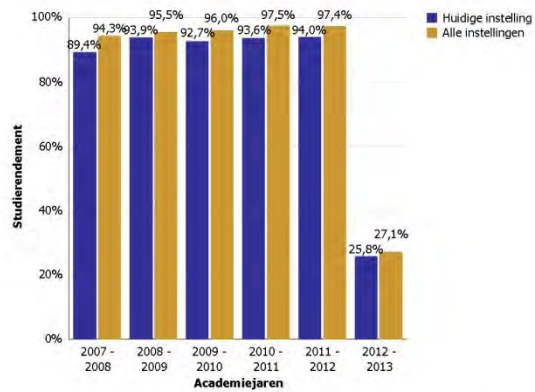
	Aantal trajectstarters
2007	744
2008	772
2009	795
2010	747
2011	821



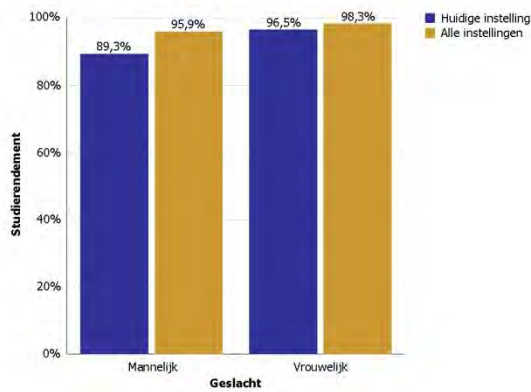
Opleiding geneeskunde MA - Instelling V.U.Brussel

Studierendement

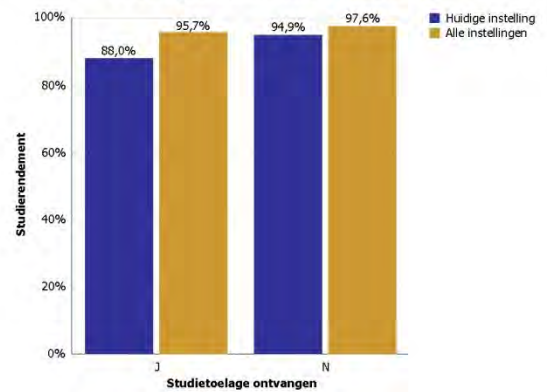
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				40	1	41
	2008				51		51
	2009			3	2		5
	2010						
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				637	46	683
	2008			9	665		674
	2009			7	3		10
	2010		4	1			5
	2011		6				6

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				72,73%	1,82%	74,55%
	2008				72,86%		72,86%
	2009		4,55%	3,03%			7,58%
	2010						
	2011						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				85,62%	6,18%	91,80%
	2008			1,17%	86,14%		87,31%
	2009			0,88%	0,38%		1,26%
	2010	0,54%	0,13%				0,67%
	2011	0,73%					0,73%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011			3		40	43
	2011 - 2012				2	51	54
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	4	7	9	637		657
	2011 - 2012	6	1	3	665	46	721
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011		6,98%		93,02%		100,00%
	2011 - 2012			3,70%	94,44%	1,85%	100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	0,61%	1,07%	1,37%	96,96%		100,00%
	2011 - 2012	0,83%	0,14%	0,42%	92,23%	6,38%	100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

V.U.Brussel

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	4	2	1		5	12
	2008	1	1	1	14		17
	2009		2	57			59
	2010		36				36
	2011	49					49

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	14	9	6	4	28	61
	2008	11	7	11	69		98
	2009	7	11	767			785
	2010	11	731				742
	2011	815					815

Percentage drop out per academiejaar

V.U.Brussel

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	7,55%	3,77%	1,89%		9,43%	22,64%
	2008	1,47%	1,47%	1,47%	20,59%		25,00%
	2009		3,12%	89,06%			92,19%
	2010		100,00%				100,00%
	2011	100,00%					100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	1,88%	1,21%	0,81%	0,54%	3,76%	8,20%
	2008	1,42%	0,91%	1,42%	8,94%		12,69%
	2009	0,88%	1,38%	96,48%			98,74%
	2010	1,47%	97,86%				99,33%
	2011	99,27%					99,27%



Opleiding geneeskunde MA - Instelling V.U.Brussel

Vestiging Pleinlaan, Elsene

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

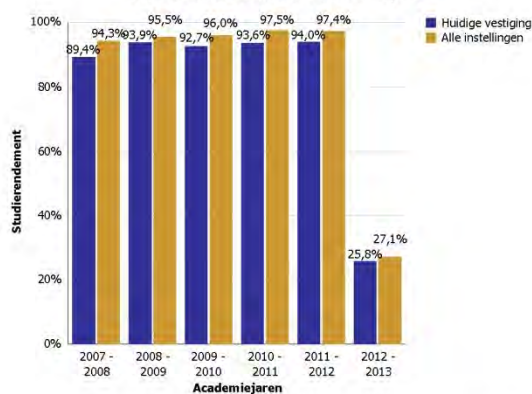
V.U.Brussel, Pleinlaan, Elsene

	Voltdijs	Deeltdijs	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	45	7	19	33	0	0	0	45	0	0	0	7	52
Academiejaar 2008 - 2009	99	17	34	82	0	14	0	102	0	0	0	14	116
Academiejaar 2009 - 2010	158	20	56	122	0	21	0	159	0	0	0	19	178
Academiejaar 2010 - 2011	192	19	66	145	0	28	43	187	0	0	0	24	211
Academiejaar 2011 - 2012	185	34	76	143	0	29	54	197	0	0	0	22	219
Academiejaar 2012 - 2013**	183	30	88	125	0	0	0	191	2	0	1	19	213

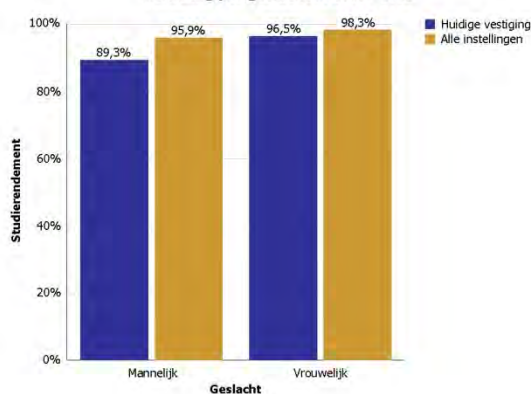
* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
 ** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

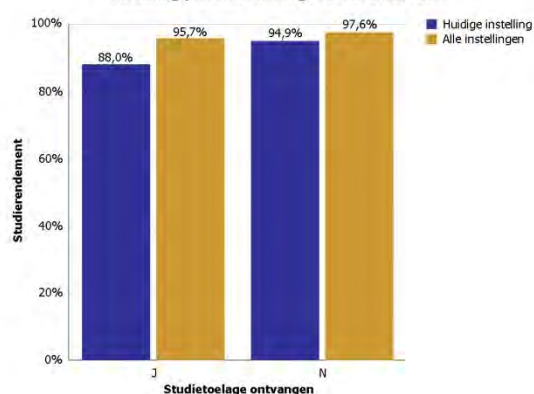
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012



10. Internationalisering

Tabel 1: Deelname studenten(uitstroom) aan buitenlandse stage (%)

2008-2009	23,16%
2009-2010	17,39%
2010-2011	29,94%
2011-2012	31,37%
2012-2013	28,57%

Tabel 2: Evaluatie aanbod mobiliteit MA (%)

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
zeer slecht	0,0	0,0	4,5	9,1	4,5
slecht	14,3	11,0	8,9	14,5	6,8
middelmatig	42,8	62,6	31,2	23,6	20,4
goed	42,8	22,1	49,0	52,7	61,4
uitstekend	0,0	3,7	6,7	0,0	6,8

UNIVERSITEIT HASSELT

Geneeskunde

vluhr

Bijlage 1.2: Matrix domeinspecifieke leerresultaten en eindcompetenties bachelor geneeskunde van de UHasselt

De bachelor in de geneeskunde				
<p>1. heeft kennis van en inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen van de epidemiologie.</p> <p>2. is in staat om, onder begeleiding, in eenvoudige oefensituaties, een anamnese af te nemen, een lichamenlijk onderzoek uit te voeren, enkele relevante hypothesen te verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie te geven en een te verwachten beloop te schetsen.</p>	x	x	x	
	DLR 1 : Kennis hebben van en inzicht hebben in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen uit de epidemiologie.			
	DLR 2 : Kennis hebben van eco-, socio-, psych- en biologische evenals culturele diversiteitscomponenten en inzicht hebben op de invloed ervan in het verlenen van patiëntenzorg.			
	DLR 3 : In eenvoudige oefensituaties een hulptraag verkennen, een anamnese afnemen en een lichamenlijk onderzoek uitvoeren, enkele relevante hypothesen verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie geven en een te verwachten beloop schetsen.		x	
	DLR 4 : Kennis hebben van de theoretische achtergronden van de arts-patiënt communicatie. De basissprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen.			
	DLR 5 : Effectief en efficiënt schriftelijk en mondeling een eenvoudige patiënten casus en wetenschappelijk werk rapporteren aan medestudenten, artsen en andere zorgverleners.			
	DLR 6 : Constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden. De meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context inschatten.			
	DLR 7 : Kennis hebben van de voornaamste aspecten van de organisatie van de Belgische gezondheidszorg in relatie tot de verschillende dimensies van zorgverstreking en gezondheidsbevordering, evenals van de voornaamste elementen die bijdragen tot haar universele toegankelijkheid.			
	DLR 8 : Kennis hebben van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. Zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren en hierbij de kwaliteit van de bestudeerde medische bronnen evalueren.			
	DLR 9 : Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken conform de gangbare wetenschappelijke criteria.			
	DLR 10 : Kennis hebben van de belangrijkste professionele en ethische normen en deze in praktijk brengen.			
DLR 11 : Een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen verwerven.				

	DLR1	DLR2	DLR3	DLR4	DLR5	DLR6	DLR7	DLR8	DLR9	DLR10	DLR11
3. kent de basisprincipes van de arts-patiënt gespreksvaardigheden en kan ze toepassen.				x							
4. kan in academische context en in het werkveld doeltreffend (schriftelijke en mondelinge) zakelijk communiceren met andere spelers.					x						
5. kan functioneren in een bestaand team en erkent de meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context.						x					
6. kan het eigen werk effectief en efficiënt organiseren.*											
7. kan in de gezondheidszorg de relaties tussen, arts en patiënt, tussen zorgverstrekkers, beroepsgroepen en organisaties analyseren.			x				x				
8. kent de individuele en collectieve determinanten van gezondheidsgerelateerd en hulpzoekend gedrag en past ze toe bij individuen en groepen.		x	x				x				
9. begrijpt de basisprincipes, de mogelijkheden en de begrenzingen van wetenschappelijke en klinische onderzoeksmethoden.								x			
10. kan gericht relevante wetenschappelijke informatie opzoeken, kritisch analyseren en beheren.								x			
11. kan onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en verwerken tot schriftelijk verslag, een mondelinge voordracht en kritische vragen beantwoorden.									x		
12. heeft als 'arts van morgen' inzicht in de brede organisatie (juridisch en financieel) van de gezondheidszorg, het kader, de ontwikkelingen en de maatschappelijke verwachtingen inzake kwaliteitsvolle zorg en het belang van samenwerken in multidisciplinaire teams.		x					x				
13. kan kritisch reflecteren op zijn/haar functioneren en ontwikkeling.*											
14. erkent eigen gevoelens, normen en waarden over lijden, leven en dood.*											
15. herkent medisch-ethische problemen en kan omgaan met morele dilemma's tegen de achtergrond van bestaande literatuur, richtlijnen en regelgeving.										x	
16. heeft een attitude van levenslang leren met een persoonlijke leerstrategie.											x

* Specifieke competentie bacheloropleiding geneeskunde UHasselt

Bijlage 2.1: Schematisch programmaoverzicht uitdovend curriculum met studiepunten per opleidingsonderdeel

Modeltraject 1^{ste} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0296 Anatomie en beeldvorming van borst, buik en bekken	V	220	8										
0298 Fysische modellen in medische wetenschappen	V			220	8								
2198 Wetenschappelijke vorming 1: medische statistiek en informatietechnologie	V	55		55	4								
0297 Bio-Chemische basis van de ce	V					220	8						
0299 Structuur en functie van cellen en weefsels	V							220	8				
0304 Communicatievaardigheden (NC)	V					55		55	4				
0305 Genetische informatiestroom	V									220	8		
0300 Transport en communicatie in cellen en weefsels	V											220	8
0303 Gedrag en gezondheid	V									55		55	4

Modeltraject 2^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
2138 Histologie*	K	80	3										
0607 Afweer	V	220	8										
0306 Functionele morfologie	V			220	8								
0312 Verpleegkundige technieken en communicatievaardigheden - Verpleegstage (NC)	V	55		55		80	7						
0307 Mond, kaak en aangezicht	V					120	5						
0309 Zenuwen en zintuigen	V							220	8				
0313 Zorgen en helpen	V					55		55	4				
0311 Metabolisme	V									220			8
0310 Spijsvertering	V											220	8
0314 Wetenschappelijke vorming 2: medische statistiek en epidemiologie	V									55		55	4

* Verplicht voor zij-instromers biomedische wetenschappen

Modeltraject 3^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0604 Circulatie	V	220	8										
1765 Ademhaling	V	180	6										
1766 Medische technieken en klinische vaardigheden - Medische stage (NC)	V	55		55		40	6						
1767 Nier en homeostase	V			35		185			8				
0606 Endocrien stelsel en voortplanting	V							220	8				
0610 Waarden en overtuigingen in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
1841 Exploratie Inleefstage India (NC)	S									220	8		
1768 Exploratie aan de UHasselt (NC)	K									220	8		
0801 Exploratie aan de UGent (NC)	K									250	8		
0609 Infectie	V											220	8
1769 Wetenschappelijke vorming 3: jaarwerkstuk en portfolio** (NC)	V									55		55	4
2118 Inleefstage Mali	F											160	6
2475 Inleefstage Oeganda	F											160	6
2146 Inleefstage DR Congo	F											160	6

** Het bijhouden van een portfolio is VERPLICHT gedurende de 3 bachelorjaren en maakt deel uit van de beoordeling 'Wetenschappelijke vorming 3'

Legende

SBU = Studielastbelastingen | SP = Studiepunten | V = Verplicht | S = Na selectie | F = Facultatief | NC = Niet-compenseerbaar

Bijlage 2.3: Schematisch programmaoverzicht nieuw curriculum met studiepunten per opleidingsonderdeel

Modeltraject 1^{ste} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0296 Anatomie en beeldvorming van borst, buik en bekken	V	220	8										
2274 Gezonde en zieke cellen en weefsels	V			220	8								
2198 Medische statistiek en informatietechnologie	V	55		55	4								
2275 Biochemische basis van de cel	V					220	8						
2277 Transport en communicatie in cellen en weefsels	V							220	8				
0304 Communicatievaardigheden (NC)	V					55		55	4				
2273 Metabolisme	V									220	8		
2276 Genetische informatiestroom	V											220	8
0303 Gedrag en gezondheid	V									55		55	4

Modeltraject 2^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
2943 Histopathologie*	K	120	5										
2944 Afweer	V	220	8										
2945 Rug en onderste lidmaat	V			220	8								
0312 Verpleegkundige technieken en communicatievaardigheden - Verpleegstage** (NC)	V	55		55		80	4						
2946 Nek en bovenste lidmaat	V					220	8						
2947 Mond, kaak en aangezicht	V							220	8				
0313 Spelers in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
2948 Zenuwen en zintuigen	V									220			8
2949 Spijsvertering	V											220	8
0314 Medische statistiek en epidemiologie	V									55		55	4

* Verplicht voor zij-instromers biomedische wetenschappen

** Verpleegstage in paas- of zomervakantie

Modeltraject 3^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
xxxx Circulatie	V	220	8										
xxxx Ademhaling	V	180	7										
1766 Medische technieken en klinische vaardigheden - Medische stage (NC)	V	55		55		40	5						
xxxx Nier en homeostase	V			35		185			8				
xxxx Endocrien stelsel en voortplanting	V							220	8				
0610 Waarden en overtuigingen in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
1768 Exploratie aan de UHasselt (NC)	K									220	8		
1841 Exploratie Inleefstage India (NC)	S									220	8		
0801 Exploratie aan de UGent (NC)	K									250	8		
xxxx Infectie	V											220	8
2950 Bachelorproef: jaarwerkstuk en portfolio** (NC)	V									55		55	4
xxxx Buitenlandse inleefstage	F											160	6

** De bachelorproef bestaat uit het jaarwerkstuk en portfolio. Het bijhouden van een portfolio is VERPLICHT gedurende de 3 bachelorjaren.

Legende

SBU = Studielastingsuren | SP = Studiepunten | V = Verplicht | S = Na selectie | F = Facultatief | NC = Niet-compenseerbaar

Bijlage 2.11a: Omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt1	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
Gewoon hoogleeraar	AMELOOT Marcel	GLW/FYS	1	0,25
	AERTS Marc	WET/WISK	1	2
Hoogleeraar	STINISSEN Pieter	GLW/FBI	1	5,29
	MOLEBERGHS Geert	WET/WISK	0,7	2
	RIGO Jean-Michel	GLW/FBI	1	8,3
	HENDRIX Sven	GLW/MRF	1	0,25
	LAMBRICHTS Ivo	GLW/MRF	1	18,97
	ADRIAENSSENS Peter	WET/CHEM	0,5	3,5
	GEUSENS Pieter	GLW/FBI	0,1	0,45
	DE RYCK Lena	GLW/FBI	1	6,1
	NOBEN Jean	GLW/FBI	1	5,12
	VANDERSTEEN Marie	GLW/MRF	1	38,47
Hoofddocent	VANORMELINGEN Herlinda	GLW/MRF	0,6	11,1
	GUEDENS Wanda	WET/CHEM	1	3,5
	MARTENS Hilda	BEW/BCL	1	1,4
	VAN ELDERE Johan	GLW/FBI	0,1	5,2
	HELLINGS Niels	GLW/FBI	1	1,5
	MULLENS Wilfried	GLW/FBI	0,1	0,085
	MASSA Guy	GLW/FBI	0,05	0,2
	SOMERS Veerle	GLW/FBI	1	3,68
	DENDALE Paul	GLW/FBI	0,1	5
	GYSELAERS Wilfried	GLW/FBI	0,1	0,69
Docent	OP 'T EIJNDE Bert	GLW/FBI	0,5	0,27
	VAN DEN BERGH Joop	GLW/FBI	0,05	1
	VERRESEN Luc	GLW/FBI	0,1	4
	CAENEPEEL Philip	GLW/FBI	0,1	4,3
	HENS Niel	WET/WISK	1	4
	FAES Christel	WET/WISK	1	2
	JANS Frank	GLW/FBI	0,1	3
	RAMAEL Marc	GLW/FBI	0,1	2,24
	VAN MIERLO Jan	BEW/BCL	0,2	10,6
	VAN WIJMEERSCH Bart	GLW/FBI	0,5	0,25
DE CHAFFOY DE COURCELLES Didier	GLW/FBI	0,5	3	
Docent	PADALCO Elizaveta	GLW/FBI	0,5	2,8
	PINXTEN Wim	BEW/BCL	0,15	8
	POLITIS Constantinus	GLW/MRF	0,05	0,1
	HENDRIKX Marc	GLW/FBI	0,1	3,8
	ROBAEYS Geert	GLW/FBI	0,1	0,3
	VAN DER SPEETEN Kurt	GLW/FBI	0,2	3,27
	WEYNS Frank	GLW/MRF	0,05	1,58
	VANDEVENNE Jan	GLW/MRF	0,1	2,25
	ACHTEN Ruth	GLW/MRF	0,1	2,25
	THOMEER Michiel	GLW/FBI	0,1	2
PENDERS Joris	GLW/FBI	0,1	3	
Docent	DIERICKX Carl	GLW/MRF	0,05	0,55
	TRUIJEN Jan	GLW/MRF	0,05	0,55

Ambt 1	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (Instelling)	VTE aan de instelling 3	Aantal studiepunten aan de opleiding 4
Gastprofessor	WEYLER Joost	WET/WISK	0,05	2
	MEERT Theo	GLW/FBI	0,05	0,08
	JANSSENS Jaak	GLW/FBI	0,05	0,06
	OMBELET Willem	GLW/FBI	0,1	0,2
	DE BAETS Marc	GLW/FBI	0,05	1
	CASSIMAN David	GLW/FBI	0,05	0,05
Docent tenure track	HENDRIKS Jerome	GLW/FBI	0,2	0,25
	BRONE Bert	GLW/FBI	1	1,8
			22,70	193,605

Aan tien ZAP-leden werden geen studiepunten toegekend omdat ze in 2012-2013 enkel actief deelnemen aan exploratie-topics en het jaarwerkstuk.

Hoogleraar	GYSENS Ingeborg	GLW/FBI	0,10
Hoofddocent	CLAES Neree	GLW/FBI	0,50
	RUMMENS Jean-Luc	GLW/FBI	0,05
Docent	LAUWERYNS Philippe	GLW/FBI	0,05
	DE DEYNE Catherine	GLW/FBI	0,05
	MESOTTEN Liesbet	GLW/FBI	0,10
	MAGERMAN Koen	GLW/FBI	0,05
	VANLDEREN Pascal	GLW/FBI	0,05
	VANDERVOORT Pieter	GLW/FBI	0,10
	MEBIS Jeroen	GLW/FBI	0,10

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals dat contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

Bijlage 2.11b: Omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN	Geslacht		Leeftijdscategorie						Totaal
	M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65		
ZAP5	45	13	0	13	18	22	5	58	
AAP6	Mandaat-assistent	3	12	12	3	0	0	0	15
	Praktijk-assistent	1	4	1	1	2	0	0	5
	Doctor-assistent	2	4	1	4	1	0	0	6
BAP buiten werkingskredieten	1	3	1	0	0	3	0	4	
ANDEREN (ondersteuning en begeleiding)	19	16	15	6	4	8	2	35	
TOTAAL	71	52	30	27	24	35	7	123	

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in bijlage 2.11a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.



Instelling: UHasselt

Opleiding: geneeskunde ABA

Studieomvang: 180 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

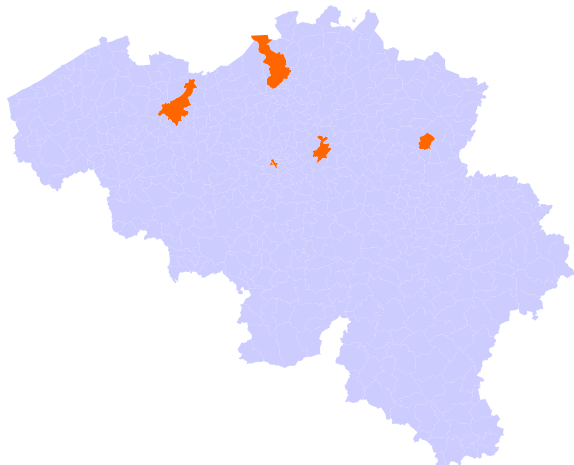
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



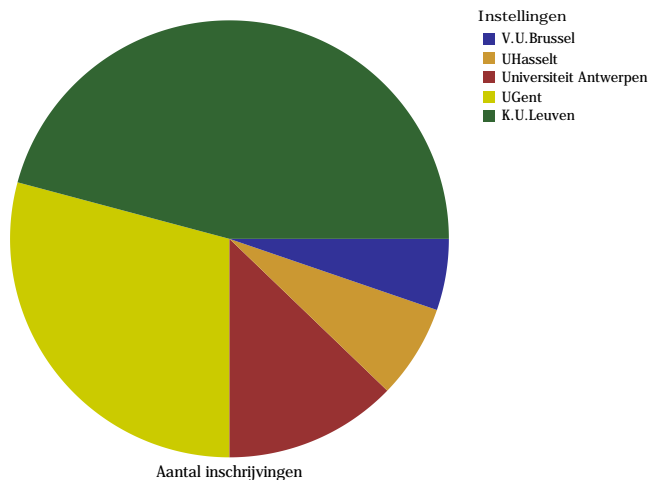
Profiel opleiding geneeskunde ABA (geneeskunde ABA - 0403 180)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



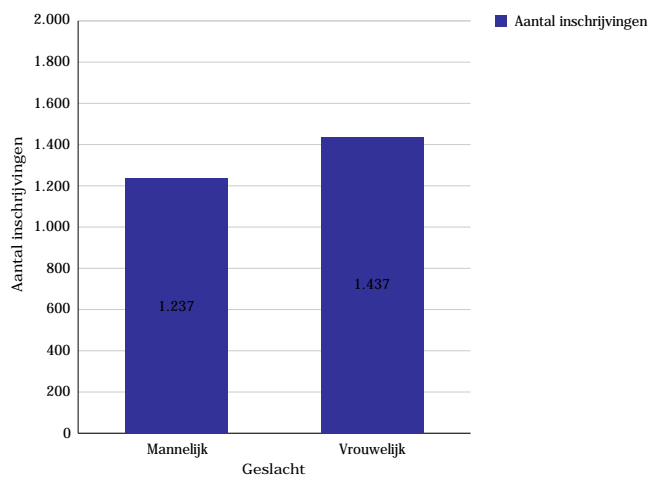
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.229
UGent	778
Universiteit Antwerpen	338
UHasselt	185
V.U.Brussel	144

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
UHasselt

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	99	8	42	65	36	nvt	0	97	0	0	0	10	107
Academiejaar 2006 - 2007*	189	8	75	122	63	nvt	57	180	2	0	0	15	197
Academiejaar 2007 - 2008*	180	8	73	115	46	nvt	55	179	2	0	0	7	188
Academiejaar 2008 - 2009	184	11	81	114	42	19	71	186	2	0	0	7	195
Academiejaar 2009 - 2010	199	14	82	131	43	22	65	204	1	0	0	8	213
Academiejaar 2010 - 2011	183	28	87	124	52	26	84	198	2	0	0	11	211
Academiejaar 2011 - 2012	170	15	81	104	33	19	59	172	3	0	0	10	185
Academiejaar 2012 - 2013 **	168	19	92	95	28	nvt	0	175	3	0	0	9	187

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	1.424	119	602	941	679	nvt	0	1.397	3	0	0	143	1.543
Academiejaar 2006 - 2007*	2.184	142	918	1.408	669	nvt	672	2.099	5	0	0	222	2.326
Academiejaar 2007 - 2008*	2.117	206	939	1.384	554	nvt	727	2.097	7	0	0	219	2.323
Academiejaar 2008 - 2009	2.068	221	972	1.317	552	248	775	2.058	6	0	0	225	2.289
Academiejaar 2009 - 2010	2.350	216	1.087	1.479	743	291	707	2.297	6	0	1	262	2.566
Academiejaar 2010 - 2011	2.425	246	1.177	1.494	644	315	784	2.411	9	0	1	250	2.671
Academiejaar 2011 - 2012	2.360	314	1.237	1.437	566	292	889	2.411	13	0	1	249	2.674
Academiejaar 2012 - 2013 **	2.234	435	1.245	1.424	569	nvt	4	2.415	13	0	0	241	2.669

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

UHasselt

	Aantal trajectstarters
2006	94
2007	59
2008	66
2009	93
2010	70
2011	58

Alle instellingen

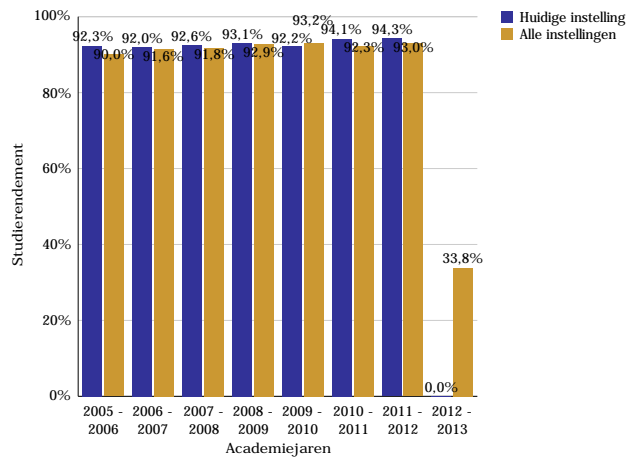
	Aantal trajectstarters
2006	863
2007	745
2008	766
2009	1.108
2010	875
2011	849



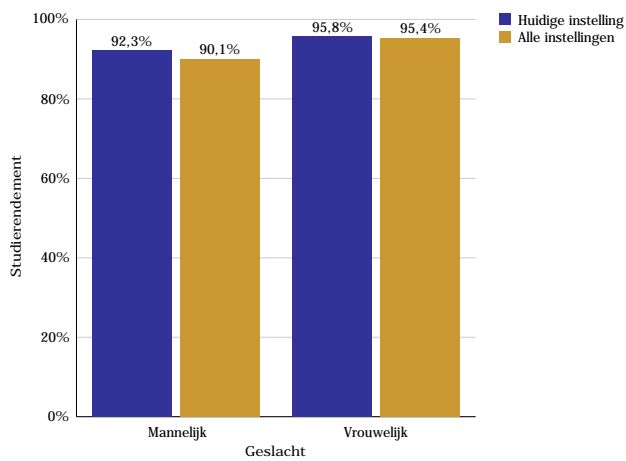
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt

Studierendement

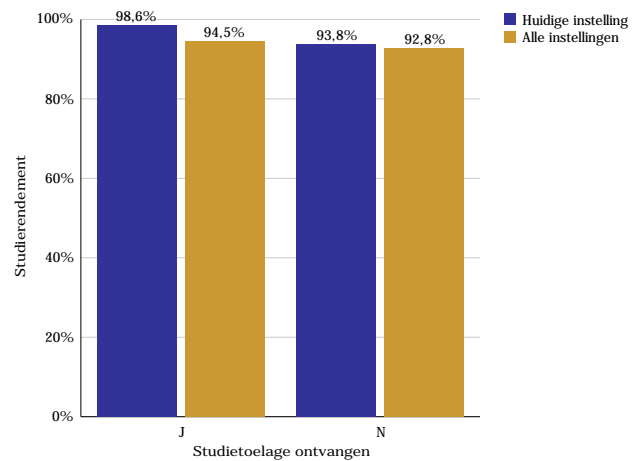
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		21	58	2	5	86
	2007		10	40	5		55
	2008		22	37	2		61
	2009	1	36	44			81
	2010		13				13
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	27	75	597	57	15	8	779
	2007	6	91	503	54	9		663
	2008	7	105	528	50			690
	2009	13	165	704				882
	2010	14	104					118
	2011	9						9

Percentage afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		22,83%	63,04%	2,17%	5,43%	93,48%
	2007		16,67%	66,67%	8,33%		91,67%
	2008		32,35%	54,41%	2,94%		89,71%
	2009	1,06%	38,30%	46,81%			86,17%
	2010		18,57%				18,57%
	2011						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3,13%	8,69%	69,18%	6,60%	1,74%	0,93%	90,27%
	2007	0,81%	12,21%	67,52%	7,25%	1,21%		88,99%
	2008	0,91%	13,71%	68,93%	6,53%			90,08%
	2009	1,17%	14,89%	63,54%				79,60%
	2010	1,60%	11,89%					13,49%
	2011	1,06%						1,06%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		21				21
	2008 - 2009		10	58			68
	2009 - 2010	1	22	40	2		65
	2010 - 2011		36	37	5	5	83
	2011 - 2012		13	44	2		59
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	27						27
	2007 - 2008	6	75					81
	2008 - 2009	7	91	597				695
	2009 - 2010	13	105	503	57			678
	2010 - 2011	14	165	528	54	15		776
	2011 - 2012	9	104	704	50	9	8	884
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		100,00%				100,00%
	2008 - 2009		14,71%	85,29%			100,00%
	2009 - 2010	1,54%	33,85%	61,54%	3,08%		100,00%
	2010 - 2011		43,37%	44,58%	6,02%	6,02%	100,00%
	2011 - 2012		22,03%	74,58%	3,39%		100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	7,41%	92,59%					100,00%
	2008 - 2009	1,01%	13,09%	85,90%				100,00%
	2009 - 2010	1,92%	15,49%	74,19%	8,41%			100,00%
	2010 - 2011	1,80%	21,26%	68,04%	6,96%	1,93%		100,00%
	2011 - 2012	1,02%	11,76%	79,64%	5,66%	1,02%	0,90%	100,00%
	Niet van toepassing							



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

UHasselt

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	5	2					7
	2007	1		2		1		4
	2008	2	1		3			6
	2009	3	1	7				11
	2010	4	53					57
	2011	58						58

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	40	27	6	3	3	5	84
	2007	31	12	16	4	19		82
	2008	18	13	9	36			76
	2009	36	26	164				226
	2010	29	728					757
	2011	840						840

Percentage drop out per academiejaar

UHasselt

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	5,32%	2,13%					7,45%
	2007	1,69%		3,39%		1,69%		6,78%
	2008	3,03%	1,52%		4,55%			9,09%
	2009	3,23%	1,08%	7,53%				11,83%
	2010	5,71%	75,71%					81,43%
	2011	100,00%						100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	4,63%	3,13%	0,70%	0,35%	0,35%	0,58%	9,73%
	2007	4,16%	1,61%	2,15%	0,54%	2,55%		11,01%
	2008	2,35%	1,70%	1,17%	4,70%			9,92%
	2009	3,25%	2,35%	14,80%				20,40%
	2010	3,31%	83,20%					86,51%
	2011	98,94%						98,94%



Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt
Vestiging Agoralaan Gebouw D, Diepenbeek

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

UHasselt, Agoralaan Gebouw D, Diepenbeek

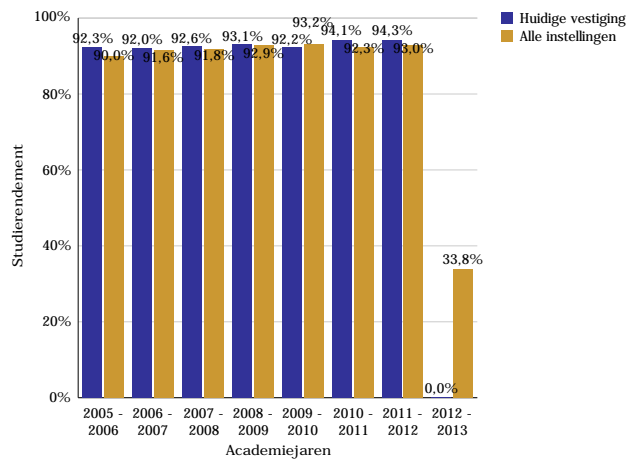
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	99	8	42	65	36	0	0	97	0	0	0	10	107
Academiejaar 2006 - 2007*	189	8	75	122	63	0	57	180	2	0	0	15	197
Academiejaar 2007 - 2008*	180	8	73	115	46	0	55	179	2	0	0	7	188
Academiejaar 2008 - 2009	184	11	81	114	42	19	71	186	2	0	0	7	195
Academiejaar 2009 - 2010	199	14	82	131	43	22	65	204	1	0	0	8	213
Academiejaar 2010 - 2011	183	28	87	124	52	26	84	198	2	0	0	11	211
Academiejaar 2011 - 2012	170	15	81	104	33	19	59	172	3	0	0	10	185
Academiejaar 2012 - 2013**	168	19	92	95	28	0	0	175	3	0	0	9	187

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

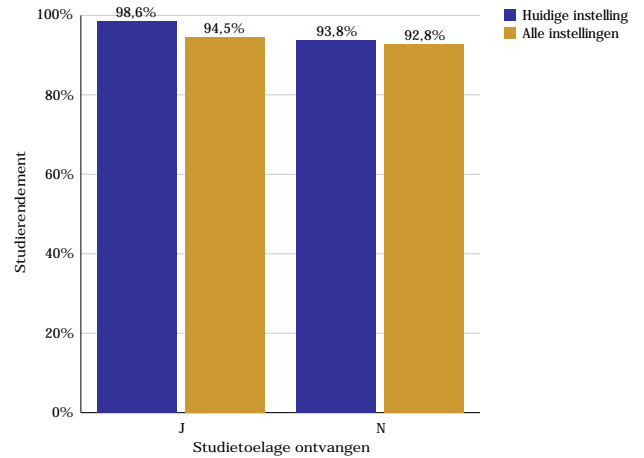
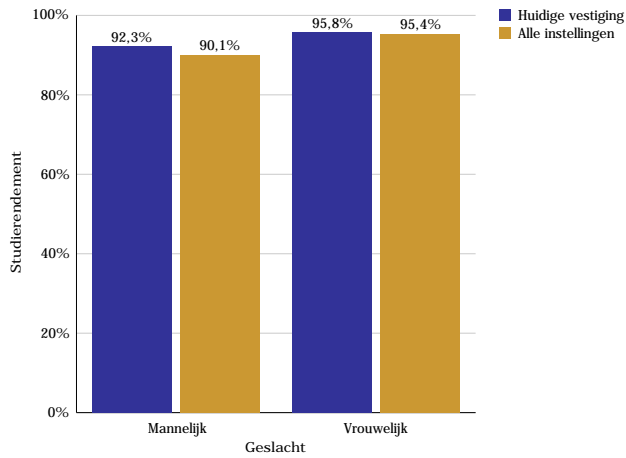
Studierendement

Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012



Bijlage 3.4: Buitenlandse inleefstages

Activiteiten ter voorbereiding van de inleefstage

Infoavond India	Infoavond voor studenten geneeskunde: algemene informatie door prof. Vandersteen en ervaringen van alumni
Deadline motivatiebrief Selectie-interviews	De selectie van geïnteresseerden gebeurt door een commissie bestaande uit een aantal ZAP-leden, eventueel aangevuld met een externe deskundige. Doorslaggevend is zijn/haar motivatie om deel te nemen aan de inleefstage. Kandidaten richten hun motivatiebrief aan de selectiecommissie en worden uitgenodigd hun motivatie te komen toelichten tijdens een interview.
Kick-off India	Tijdens een eerste vergadering met studenten en verantwoordelijken worden alle opdrachten en deadlines besproken
Aanvraag beurs	5 documenten bezorgen aan de instellingscoördinator voor ontwikkelingssamenwerking (ICOS - bij UHasselt Lia Van Hoef lia.vanhoef@uhasselt.be): <ul style="list-style-type: none"> • Aanvraagformulier (Verplicht formaat - elektronisch & hard copy - Engels of Frans) • Aanbevelingsbrief Vlaamse promotor (Elektronisch & hard copy) • Uitnodigingsbrief lokale promotor (Elektronisch & hard copy) • Motivatiebrief (Elektronisch & hard copy) Online registratie: http://vliruos.poll daddy.com/s/reisbeurzen-2012-registratieformulier
Reis-wijs (Lia Van Hoef)	Interculturele workshop
Individuele taak (Monique Maelstaf)*	Elke student maakt een werkstuk over een specifiek onderwerp en presenteert dit aan zijn medestudenten.
Jaarwerkstuk gekoppeld aan inleefstage* (Inge Gyssens)	<u>Fase I (2010-2011)</u> : Observaties in het IIMC , onderwerpen: . Hand hygiene . Injections and handling of sharps . Skin ailments . Burns <u>Fase II (2011-2012)</u> : Terugkoppelen van observaties en Barrier analyse met het oog op veranderingen (optimalisatie) mbt de 4 onderwerpen Bijkomend, alles overkoepelend onderwerp: Waste disposal <u>Fase III (2012-2013)</u> : Aanvullen van observatie, eventueel follow up en (vervolg) Barrier analyse met het oog op acceptatie van interventies (optimalisatie) mbt de verschillende onderwerpen; opstellen van een concreet verbeterplan mbt 3 onderwerpen
Groepsopdracht	Groepsopdracht om studenten geneeskunde en sympathisanten te laten kennismaken met het project. Fundraising is geen verplichte opdracht.
Hoorcollege huidinfecties (Inge Gyssens)	Omdat huidinfecties een veelvoorkomend probleem is in India wordt hierover een apart hoorcollege gegeven.
Sessie brandwondencentrum (Michael Casaer KULeuven)	Omdat brandwonden een veelvoorkomend probleem is in India wordt hierover een aparte sessie gegeven.

Wekelijks activiteitenverslag	Elke week mailen naar coördinator
Reflectieverslag	Indienen na terugkeer
Debriefing	Terugkommoment op facultair niveau
Integreer-je-weer (Lia Van Hoef)	Terugkommoment VLIR-UOS
Evaluatie	Tijdens de voorbereidingsfase krijgt de student(e) een aantal opdrachten die hij/zij individueel of in groep moet uitvoeren. Deelname is verplicht. De student(e) wordt beoordeeld op zijn/haar opdrachten tijdens de voorbereidingsfase, op de verslagen die de student(e) moet maken tijdens de inleefstage en hij/zij wordt ter plaatse beoordeeld door de lokale coördinator.

* enkel voor studenten IIMC

Academiejaar	Locatie	Aantal studenten
2006-2007	India Calcutta, IIMC	6
2007-2008	India Calcutta, IIMC	13
2008-2009	India Calcutta, IIMC	8
2009-2010	India Calcutta, IIMC	8
	Mali	6
2010-2011	India Calcutta IIMC	8
	Mali	9
	DR Congo, Bukavu	4
2011-2012	India Calcutta, IIMC	8
	Oeganda	4
2012-2013	India Calcutta, IIMC	8
	India, Bangalore	4
	India, Jaipur	4

Calcutta: Institute for Indian Mother en Child (IIMC): <http://www.iimcmisioncal.org/>

Mali: <http://planet-equitable.over-blog.org/>

Congo: <http://stagebukavu2011.blogspot.be/>

Oeganda: <http://www.inleefstageoeganda2012.blogspot.be/>

Bangalore: <http://www.sahaya.org/prerana/>

Jaipur: <https://sites.google.com/a/opusiii.be/extranet-opus-iii-vzw/>

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Geneeskunde

vlhr

DLRs van de opleiding Bachelor in de geneeskunde**OLRs van de bacheloropleidingen – KU Leuven & KULAK****Medisch deskundige**

DLR1	Kennis hebben van en inzicht hebben in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen uit de epidemiologie.	OLR1	De bachelor in de geneeskunde heeft kennis van en inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam in interactie met de omgeving, in normale en pathologische omstandigheden en rekening houdend met de bevindingen uit de epidemiologie.
DLR2	Kennis hebben van eco-, socio-, psycho- en biologische evenals culturele factoren van diversiteit en inzicht hebben op de invloed ervan in het verlenen van patiëntenzorg.	OLR2	De bachelor in de geneeskunde begrijpt hoe geslacht, leeftijd, levensfase en de levensbeschouwelijke, sociale en culturele context en achtergrond van de patiënt gezondheid en ziekte beïnvloeden. (zie ook G1)
DLR3	In eenvoudige oefensituaties en onder begeleiding een hulpvraag verkennen, een anamnese afnemen en een lichamelijk onderzoek uitvoeren, enkele relevante hypothesen verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie geven en een te verwachten beloop schetsen.	OLR3	De bachelor in de geneeskunde is in staat om, in eenvoudige oefensituaties, informatie te verzamelen (een anamnese afnemen, een lichamelijk onderzoek uitvoeren), ten aanzien van diagnose, therapie en preventie, in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap.
		OLR4	De bachelor in de geneeskunde is in staat om, in eenvoudige oefensituaties, enkele relevante hypothesen (problemen identificeren) te verwoorden ten aanzien van diagnose, therapie en preventie.
		OLR5	De bachelor in de geneeskunde is in staat om, in eenvoudige oefensituaties, een inschatting te geven van de ernst en urgentie van de situatie en een te verwachten beloop te schetsen.

Communicator

DLR4	Kennis hebben van de theoretische achtergronden van de arts-patiënt communicatie. De basisprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen. Een doeltreffende patiëntgerichte communicatie kunnen herkennen.	OLR6	De bachelor in de geneeskunde kent de theoretische achtergronden van de verschillende gesprekstechnieken en kan de basisprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen.
		OLR7	De bachelor in de geneeskunde kan actief luisteren en op empathische wijze communiceren met de patiënt en zijn/haar naasten.

DLR5 Effectief en efficiënt een eenvoudige patiënten casus en wetenschappelijk werk communiceren en rapporteren aan medestudenten, artsen, onderzoekers en andere zorgverleners, binnen een academische context.

OLR8 De bachelor in de geneeskunde kan effectief en efficiënt mondeling en schriftelijk eenvoudig wetenschappelijk (opzoek)werk rapporteren aan medestudenten, artsen en andere zorgverleners.

OLR9 De bachelor in de geneeskunde kan effectief en efficiënt mondeling en schriftelijk een eenvoudige patiëntcasus rapporteren aan medestudenten, artsen en andere zorgverleners.

Samenwerker

DLR6 Constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden. De meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context inschatten en ervaren.

OLR10 De bachelor in de geneeskunde heeft inzicht in de meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context.

OLR11 De bachelor in de geneeskunde kan constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden.

OLR12 De bachelor in de geneeskunde kan in teamverband in opleidingsomstandigheden verantwoordelijkheid nemen en kent de verschillende rollen in een groep en heeft inzicht in de eigen rol in een groep.

9

Manager - Gezondheidsbevorderaar

Manager

DLR7 Kennis hebben van de voornaamste aspecten van de organisatie van de Belgische gezondheidszorg. Kennis hebben van de verschillende dimensies van zorgverstrekking en gezondheidsbevordering, evenals van de voornaamste elementen die bijdragen tot haar toegankelijkheid.

OLR13 De bachelor in de geneeskunde kan zijn opleidingsgebonden werk organiseren en plannen. Hij/zij herkent hierbij blokkades en problemen en zoekt hiervoor gepaste hulp (bvb. via monitoraat).

OLR14 De bachelor in de geneeskunde heeft inzicht in de structuur van patiëntgegevens en gaat hiermee om conform ethische principes en deontologische en wettelijke regels.

OLR15 De bachelor in de geneeskunde heeft inzicht in de organisatie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke context.

OLR16 De bachelor in de geneeskunde beschikt over kennis en inzicht met betrekking tot de voornaamste aspecten van patiëntveiligheid.

OLR17	De bachelor in de geneeskunde kent de voornaamste biologische, psychosociale en economische aspecten die de gezondheid van de patiënt kunnen beïnvloeden.
OLR18	De bachelor in de geneeskunde begrijpt de ethische fundamenteën van het persoonlijk handelen en de ethische grondslagen van de organisatie van de gezondheidszorg, in het bijzonder de universele toegang tot de gezondheidszorg.
OLR19	De bachelor in de geneeskunde kan zelf correcte informatie overdragen naar studenten, patiënten, zorgverleners en een breder publiek.

Wetenschapper

DLR8	Kennis hebben van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. Zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren en hierbij de kwaliteit van de bestudeerde medische bronnen evalueren.	OLR20	De bachelor in de geneeskunde heeft inzicht in de methodologie van wetenschappelijk onderzoek.
		OLR21	De bachelor in de geneeskunde is in staat om gericht naar informatie te zoeken en de kwaliteit van medische bronnen kritisch te evalueren.
		OLR22	De bachelor in de geneeskunde kan zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren.
DLR9	Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken conform de gangbare wetenschappelijke criteria.	OLR23	De bachelor in de geneeskunde is in staat om, onder begeleiding, een onderzoeksvraag te formuleren op een wetenschappelijk correcte manier. Hij/zij kan een aanzet geven tot uitwerking van een onderzoeksvraag.

Professional

DLR10	Kennis hebben van de belangrijkste professionele en ethische normen en deze in praktijk brengen.	OLR24	De bachelor in de geneeskunde kent de belangrijkste professionele en ethische codes en brengt deze in de praktijk.
DLR11	Een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen verwerven.	OLR25	De bachelor in de geneeskunde verwerft een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen. Hij/zij reflecteert over zichzelf en het eigen functioneren.

DLRs van de opleiding Master in de geneeskunde**OLRs van de masteropleiding– KU Leuven****Medisch deskundige**

DLR 1 De kennis van en het inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam in normale en pathologische omstandigheden in interactie met de omgeving geïntegreerd toepassen, met het oog op preventie, diagnose en behandeling van ziekten en problemen. Hierbij rekening houden met de bevindingen uit de epidemiologie en evidence based medicine.

OLR 1

De master in de geneeskunde begrijpt de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam in normale en pathologische omstandigheden en in interactie met de omgeving.

OLR 2

De master in de geneeskunde kan verworven kennis en inzichten geïntegreerd toepassen om probleemoplossend klinisch te redeneren in de medische praktijk rekening houdend met de bevindingen uit de epidemiologie en evidence based medicine.

DLR 2 Over de vereiste kennis, inzicht en vaardigheden beschikken om patiëntenzorg te verlenen onder supervisie, rekening houdend met factoren van diversiteit .

OLR 3

De master in de geneeskunde beschikt over de vereiste kennis, inzicht en vaardigheid om onder supervisie patiëntenzorg (diagnose, therapie en preventie) te verlenen rekening houdend met geslacht, leeftijd, levensfase en de levensbeschouwelijke, sociale en culturele context en achtergrond van de patiënt.

DLR 3 Zelfstandig een consult uitvoeren vertrekkend van vraagverheldering, anamnese en lichamelijk onderzoek om vervolgens een probleemanalyse te maken, klinisch te redeneren en een diagnose te stellen op basis van verzamelde informatie. Op basis van het voorgaande en onder supervisie de juiste klinische beslissingen nemen (ethisch onderbouwd en kostenbewust) en deze uitvoeren aan de hand van een zelf opgesteld en met de patiënt overlegd behandelingsplan.

OLR 4

De master in de geneeskunde verzamelt en interpreteert, in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap, relevante informatie (relevante accurate anamnese afnemen, doelmatig lichamelijk onderzoek uitvoeren, doelmatig gegevens verzamelen, analyseren en interpreteren) ten aanzien van diagnose, therapie en op het individu gerichte preventie.

OLR 5

De master in de geneeskunde heeft inzicht in het verloop van de aandoening (acuut, chronisch) en de finaliteit van het behandelingsproces (bv. curatief, palliatief).

OLR 6

De master in de geneeskunde stelt, met inachtneming van de grenzen van eigen deskundigheid en bekwaamheid, een diagnostisch en therapeutisch plan op en voert dit uit.

OLR 7

De master in de geneeskunde kan op adequate wijze de verleende zorg evalueren (met aandacht voor de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid) en op basis daarvan maatregelen nemen.

Communicator

DLR 4	Doeltreffend communiceren met patiënt en/of familie in een empathische, vertrouwelijke, en ethisch verantwoorde arts-patiënt-relatie.	OLR 8	De master in de geneeskunde is vertrouwd met verschillende gesprekstechnieken en weet die, in functie van de finaliteit van het gesprek, in te zetten.
		OLR 9	De master in de geneeskunde kan actief luisteren en op empathische en doeltreffende wijze communiceren met de patiënt en zijn/haar naasten in een vertrouwelijke en ethisch verantwoorde arts-patiëntrelatie.
		OLR 10	De master in de geneeskunde kan informatie delen en overleggen over alternatieve opties met de patiënt en diens naasten om zo tot een gezamenlijke beslissing in de behandelplannen te komen.
DLR 5	Efficiënt en effectief een patiëntencasus en wetenschappelijk werk communiceren met en rapporteren aan andere artsen, gezondheidsverstrekkers en de gemeenschap.	OLR 11	De master in de geneeskunde kan effectief en efficiënt mondeling en schriftelijk wetenschappelijk onderzoek rapporteren, rekening houdend met het doelpubliek.
		OLR 12	De master in de geneeskunde kan effectief en efficiënt mondeling en schriftelijk een patiëntencasus rapporteren aan collega's en andere gezondheidsverstrekkers.

Samenwerker

DLR6	Constructief samenwerken in een interdisciplinaire en interprofessionele context wat betreft patiëntenzorg, onderwijs, onderzoek en beleidsontwikkeling.	OLR 13	De master in de geneeskunde kan andere zorgverleners betrekken. Hij/zij kent de mogelijkheden van andere zorgverleners en van de verschillende medische disciplines.
		OLR 14	De master in de geneeskunde kan op een professionele manier met anderen samen werken in interdisciplinaire en interprofessionele teams waarbij hij/zij effectief en efficiënt weet om te gaan met meningsverschillen en verschillen in professionele achtergrond.
		OLR 15	De master in de geneeskunde kan in een team verantwoordelijkheid geven en nemen, delegeren en organiseren en kan de eigen rol in een groep correct inschatten en overeenkomstig deze inschatting professioneel handelen.

Manager

		OLR 16	De master in de geneeskunde kan zijn werk organiseren en plannen in functie van prioriteiten.
		OLR 17	De master in de geneeskunde kan patiëntgegevens registreren, ordenen en uitwisselen, hierbij gebruik makend van informatietechnologie en dit conform ethische principes en deontologische en wettelijke regels.
DLR 7	In het professioneel functioneren rekening houden met het vigerende gezondheidssysteem en de financieel-economische implicaties van zorgverstrekking voor de maatschappij en de patiënt. Hierbij aandacht hebben voor opportuniteiten tot verbetering en optimalisering.	OLR 18	De master in de geneeskunde houdt in zijn/haar professioneel functioneren rekening met het vigerende gezondheidssysteem en de financieel-economische implicaties van zorgverstrekking voor de maatschappij, de patiënt en de arts.
		OLR 19	De master in de geneeskunde doet aan kwaliteitszorg door risico's met betrekking tot patiëntveiligheid te herkennen en deze aan te kaarten. Hij/zij volgt richtlijnen met betrekking tot goede zorg op.

Gezondheidsbevorderaar

DLR 8	Aandacht hebben voor de bevordering van de gezondheid op basis van de voornaamste psychosociale, economische, ecologische en biologische aspecten die de gezondheid van de patiënt en de gemeenschap beïnvloeden .	OLR 20	De master in de geneeskunde werkt consequent aan de bevordering van de gezondheid op basis van de voornaamste biologische, psychosociale, milieugerelateerde en economische aspecten die de gezondheid van de patiënt kunnen beïnvloeden.
DLR 9	Aandacht hebben voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het vigerende systeem. Het belang van welzijn en veiligheid van patiënt, zorgverlener en omgeving erkennen.	OLR 21	De master in de geneeskunde heeft aandacht voor patiëntveiligheid en doet aan primaire en secundaire preventie ten aanzien van de individuele patiënt en heeft aandacht voor preventie ten aanzien van de algemene bevolking.
		OLR 22	De master in de geneeskunde bevordert de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (in het bijzonder voor kwetsbare groepen) en is in staat patiënten te begeleiden in het vigerende gezondheidssysteem.
		OLR 23	De master in de geneeskunde bevordert de verspreiding van wetenschappelijk onderbouwde medisch-klinische informatie en kan zelf informatie op een correcte manier overdragen en hierover in dialoog treden met studenten, patiënten, zorgverleners en een breder publiek.

Wetenschapper

DLR 10	Inzicht hebben in de methodologie van wetenschappelijk onderzoek en in staat zijn om de kwaliteit van medische bronnen kritisch te evalueren en toe te passen.	OLR 24	De master in de geneeskunde is in staat om klinisch relevante vragen te stellen, gericht naar informatie te zoeken en de kwaliteit van medische bronnen kritisch te evalueren.
DLR 11	Onder supervisie een actieve bijdrage leveren aan het onderzoek en onderwijs in de geneeskunde, conform de wetenschappelijke standaarden.	OLR 25	De master in de geneeskunde kan kleinschalig klinisch wetenschappelijk onderzoek uitvoeren (formulering onderzoekshypothese, keuze juiste onderzoeksmethodologie, verzamelen en analyseren van gegevens en ten slotte correcte conclusie trekken en neerschrijven) met als doel een bijdrage te leveren aan het ontwikkelen, verspreiden en/of toepassen van medische kennis.
DLR 12	Op basis van de eigen bijdrage aan onderzoek een wetenschappelijk gefundeerde conclusie formuleren en verdedigen.	OLR 26	De master in de geneeskunde heeft inzicht in de mogelijkheden, begrenzings en ethische implicaties van experimentele en klinische onderzoeksmethodes.
		OLR 27	De master in de geneeskunde hanteert de principes van evidence based medicine.

Professional

⇒ DLR 13	De professionele, ethische en wettelijke normen en bepalingen kennen en deze in praktijk brengen.	OLR 28	De master in de geneeskunde voert praktijk conform de geldende ethische, wettelijke, deontologische en professionele bepalingen.
DLR 14	Kritisch reflecteren over zichzelf en het eigen functioneren met passende aandacht voor het persoonlijk welbevinden.	OLR 29	De master in de geneeskunde heeft de attitude van levenslang leren: hij/zij kan kritisch reflecteren over zichzelf en het eigen professioneel functioneren waarbij hij/zij niet alleen de technische, maar ook ethische, emotionele en maatschappelijke implicaties meeneemt. Ook kritische bemerkingen incorporeert de basisarts in deze reflectie.
DLR 15	Levenslang leren in de praktijk brengen door het eigen professioneel denken en handelen voortdurend bij te sturen.	OLR 30	De master in de geneeskunde kan vanuit reflectie en terugkoppeling van anderen sturing geven, aan het eigen leerproces en verantwoordelijkheid nemen voor de eigen professionele groei. Hij/zij heeft een adequate leer methode en evalueert zelfstandig of met (professioneel) gelijken zijn leerresultaten.

DLR 16 De aangeleerde kennis, vaardigheden en attitudes van de basisarts integreren en implementeren

OLR 31

De master in de geneeskunde is zich bewust van het feit dat de nood aan klinische zorg zich kan uitstrekken 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 en van de dilemma's die dit met zich meebrengt voor zichzelf en de zorg voor de patiënt.

OLR 32

De master in de geneeskunde integreert op evenwichtige wijze de aangeleerde kennis, vaardigheden en attitudes bij het uitoefenen van taken.

VB5: Schematisch programmaoverzicht

Bacheloropleiding geneeskunde – hervormd curriculum - Leuven	studiepunten
1e fase	60
1e semester	27
antropologische thema's	3
initiatie tot het medisch wetenschappelijk onderzoek	4
van fysicochemische processen tot de cel: deel I	11
van fysicochemische processen tot de cel: deel II	9
2e semester	24
geïntegreerd metabolisme	6
spijsvertering en voeding	6
vaardigheden en communicatie - 1	4
van cel naar weefsel: functie	5
van cel naar weefsel: structuur	3
jaarOPO	9
anatomie en functie van het menselijk bewegingsstelsel	9
2e fase	60
1e semester	24
nier en ademhaling	6
anatomische vaardigheid	3
bloedsomloop	7
ontwikkeling en voortplanting	8
2e semester	27
immunologie	4
inleiding psychologie, medische en gezondheidspsychologie	5
neurowetenschappen	11
topografische en radiologische anatomie	7
jaarOPO	9
vaardigheden en communicatie - 2	5
wetenschappelijke vraagstelling	4
3e fase	60
1e semester	25
algemene geneeskunde	8
algemene heelkunde	5
biostatistiek en epidemiologie	4
microbiologie en infectieziekten	8
2e semester	17
medische ethiek	3
menselijk bewegingsstelsel	7
eerste lijnszorg	7
jaarOPO	18
farmacologie	8
vaardigheden en communicatie - 3	5

wetenschappelijke rapportering (bachelorpaper)	5
studiepunten voor bachelor geneeskunde	180

Bacheloropleiding geneeskunde Kulak – hervormd curriculum	studiepunten
1e fase	60
1e semester	27
Van cel naar weefsel: structuur	3
initiatie tot het medisch wetenschappelijk onderzoek	4
van fysicochemische processen tot de cel: deel I	11
van fysicochemische processen tot de cel: deel II	9
2e semester	24
geïntegreerd metabolisme	6
spijsvertering en voeding	6
vaardigheden en communicatie - 1	4
van cel naar weefsel: functie	5
Antropologische thema's uit de hedendaagse wijsbegeerte	3
jaarOPO	9
anatomie en functie van het menselijk bewegingsstelsel	9
2e fase	60
1e semester	24
nier en ademhaling	6
anatomische vaardigheid	3
bloedsomloop	7
ontwikkeling en voortplanting	8
2e semester	27
immunologie	4
inleiding psychologie, medische en gezondheidspsychologie	5
neurowetenschappen	11
topografische en radiologische anatomie	7
jaarOPO	9
vaardigheden en communicatie - 2	5
wetenschappelijke vraagstelling	4
3e fase	60
1e semester	25
algemene geneeskunde	8
algemene heelkunde	5
biostatistiek en epidemiologie	4
microbiologie en infectieziekten	8
2e semester	17
medische ethiek	3
menselijk bewegingsstelsel	7
eerste lijnszorg	7

jaarOPO	18
farmacologie	8
vaardigheden en communicatie - 3	5
wetenschappelijke rapportering (bachelorpaper)	5
studiepunten voor bachelor geneeskunde	180

Masteropleiding geneeskunde – uitdovend curriculum – OPTIE HUISARTSGENEESKUNDE	studiepunten
1e fase	60
1e semester	24
Farmacologie	8
Menselijk bewegingsstelsel	10
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 1	3
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 1	3
2e semester	23
Spijsvertering	10
Nier	6
Psychiatrie	4
Oogheelkunde	3
jaarOPO	13
Algemene geneeskunde deel 1	7
Vaardigheidstraining deel 1	3
Keuzetopics 1	3
2e fase	60
1e semester	23
Neurologie en neurochirurgie	5
Neus-, keel- en oorzakten en stomatologie	5
Bloedsomloop	7
Ademhaling	6
2e semester	25
Aanvullingen in de oncologie	4
Algemene geneeskunde deel 2	4
Dermatologie, inclusief pathologie	4
Gynaecologie/verloskunde	7
Kindergeneeskunde	6
jaarOPO	12
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 2	3
Vaardigheidstraining deel 2	3
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 2	3
Keuzetopics 2	3
3e fase	60
jaarOPO	60
Stage inwendige geneeskunde	10
Stage kindergeneeskunde	5

Stage verloskunde/gynaecologie	5
Stage heelkunde	10
Stage huisartsgeneeskunde	4
Stage psychiatrie en neurologie	4
Terugkomdagen stages	4
Stagewerk	6
Geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren (stationsproef) (masterproef deel 1)	12
4e fase	60
1e semester	32
Gerechtelijke geneeskunde	3
Geneeskundige plichtenleer en geneeskundig recht	3
Religie, zingeving en levensbeschouwing	3
Probleemoplossend klinisch redeneren (POKR) (masterproef deel 2)	13
Klinische stage huisartsgeneeskunde deel 1	10
2e semester	23
Klinische stage huisartsgeneeskunde deel 2	5
Verdieping in de huisartsgeneeskunde	18
jaarOPO	5
Masterpaper (onderzoeksrapport) (masterproef deel 3)	5
studiepunten voor master geneeskunde	240

Masteropleiding geneeskunde – uitdovend curriculum – optie MAATSCHAPPELIJKE GEZONDHEIDSZORG	studiepunten
1e fase	60
1e semester	24
Farmacologie	8
Menselijk bewegingsstelsel	10
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 1	3
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 1	3
2e semester	23
Spijsvertering	10
Nier	6
Psychiatrie	4
Oogheelkunde	3
jaarOPO	13
Algemene geneeskunde deel 1	7
Vaardigheidstraining deel 1	3
Keuzetopics 1	3
2e fase	60
1e semester	23
Neurologie en neurochirurgie	5
Neus-, keel- en oorzaken en stomatologie	5
Bloedsomloop	7
Ademhaling	6

2e semester	25
Aanvullingen in de oncologie	4
Algemene geneeskunde deel 2	4
Dermatologie, inclusief pathologie	4
Gynaecologie/verloskunde	7
Kindergeneeskunde	6
jaarOPO	12
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 2	3
Vaardigheidstraining deel 2	3
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 2	3
Keuzetopics 2	3
3e fase	60
jaarOPO	60
Stage inwendige geneeskunde	10
Stage kindergeneeskunde	5
Stage verloskunde/gynaecologie	5
Stage heelkunde	10
Stage huisartsgeneeskunde	4
Stage psychiatrie en neurologie	4
Terugkomdagen stages	4
Stagewerk	6
Geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren (stationsproef) (masterproef deel 1)	12
4e fase	60
1e semester	32
Gerechtelijke geneeskunde	3
Geneeskundige plichtenleer en geneeskundig recht	3
Religie, zingeving en levensbeschouwing	3
Probleemoplossend klinisch redeneren (POKR) (masterproef deel 2)	13
Co-assistentenschap: Klinische stage deel 1	10
2e semester	23
Co-assistentenschap: klinische stage deel 2	10
Co-assistentenschap: verdieping	13
jaarOPO	5
Masterpaper(onderzoeksrapport) (masterproef deel 3)	5
studiepunten voor master geneeskunde	240

Masteropleiding geneeskunde – uitdovend curriculum – optie SPECIALITSATIE	studiepunten
1e fase	60
1e semester	24
Farmacologie	8
Menselijk bewegingsstelsel	10
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 1	3
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 1	3

2e semester	23
Spijsvertering	10
Nier	6
Psychiatrie	4
Oogheelkunde	3
jaarOPO	13
Algemene geneeskunde deel 1	7
Vaardigheidstraining deel 1	3
Keuzetopics 1	3
2e fase	60
1e semester	23
Neurologie en neurochirurgie	5
Neus-, keel- en oorzichten en stomatologie	5
Bloedsomloop	7
Ademhaling	6
2e semester	25
Aanvullingen in de oncologie	4
Algemene geneeskunde deel 2	4
Dermatologie, inclusief pathologie	4
Gynaecologie/verloskunde	7
Kindergeneeskunde	6
jaarOPO	12
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 2	3
Vaardigheidstraining deel 2	3
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 2	3
Keuzetopics 2	3
3e fase	60
jaarOPO	60
Stage inwendige geneeskunde	10
Stage kindergeneeskunde	5
Stage verloskunde/gynaecologie	5
Stage heelkunde	10
Stage huisartsgeneeskunde	4
Stage psychiatrie en neurologie	4
Terugkomdagen stages	4
Stagewerk	6
Geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren (stationsproef) (masterproef deel 1)	12
4e fase	60
1e semester	32
Gerechtelijke geneeskunde	3
Geneeskundige plichtenleer en geneeskundig recht	3
Religie, zingeving en levensbeschouwing	3
Probleemoplossend klinisch redeneren (POKR) (masterproef deel 2)	13

Co-assistentschap: Klinische stage deel 1	10
2e semester	23
Co-assistentschap: klinische stage deel 2	20
Co-assistentschap: verdieping	3
jaarOPO	5
Masterpaper(onderzoeksrapport) (masterproef deel 3)	5
studiepunten voor master geneeskunde	240

Masteropleiding geneeskunde – uitdovend curriculum –optie WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	studiepunten
1e fase	60
1e semester	24
Farmacologie	8
Menselijk bewegingsstelsel	10
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 1	3
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 1	3
2e semester	23
Spijsvertering	10
Nier	6
Psychiatrie	4
Oogheelkunde	3
jaarOPO	13
Algemene geneeskunde deel 1	7
Vaardigheidstraining deel 1	3
Keuzetopics 1	3
2e fase	60
1e semester	23
Neurologie en neurochirurgie	5
Neus-, keel- en oorzaken en stomatologie	5
Bloedsomloop	7
Ademhaling	6
2e semester	25
Aanvullingen in de oncologie	4
Algemene geneeskunde deel 2	4
Dermatologie, inclusief pathologie	4
Gynaecologie/verloskunde	7
Kindergeneeskunde	6
jaarOPO	12
Inleiding tot de gezondheidszorg deel 2	3
Vaardigheidstraining deel 2	3
Klinisch wetenschappelijke vorming deel 2	3
Keuzetopics 2	3

3e fase	60
jaarOPO	60
Stage inwendige geneeskunde	10
Stage kindergeneeskunde	5
Stage verloskunde/gynaecologie	5
Stage heelkunde	10
Stage huisartsgeneeskunde	4
Stage psychiatrie en neurologie	4
Terugkomdagen stages	4
Stagewerk	6
Geïntegreerd klinisch onderzoek en redeneren (stationsproef) (masterproef deel 1)	12
4e fase	60
1e semester	32
Gerechtelijke geneeskunde	3
Geneeskundige plichtenleer en geneeskundig recht	3
Religie, zingeving en levensbeschouwing	3
Probleemoplossend klinisch redeneren (POKR) (masterproef deel 2)	13
Wetenschappelijke stage deel 1	10
2e semester	23
Wetenschappelijke stage deel 2	20
Verdieping in het wetenschappelijk onderzoek	3
jaarOPO	5
Masterpaper (onderzoeksrapport) (masterproef deel 3)	5
studiepunten voor master geneeskunde	240

VB6: Link naar de ECTS pagina's

Voor de bacheloropleiding te Leuven: http://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2012/opleidingen/n/SC_51974242.htm

Voor de bacheloropleiding te Kortrijk: http://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2012/opleidingen/n/SC_51974240.htm

Voor de masteropleiding: http://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2012/opleidingen/n/SC_51016839.htm

Tabel 1a: omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt ¹	naam	Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling) ²	VTE aan de instelling ³	Aantal studiepunten aan de opleiding ⁴
ZAP				
Buitengewoon hoogleraar				
	1 Herijgers Paul	Experimentele Cardiale Heelkunde	0,15	7,35
	2 Molenberghs Geert	L-BioStat	0,5	1,2
	3 Van Audenhove Chantal	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	0,11
Gewoon hoogleraar				
	1 Aertgeerts Bert	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	1,2
	2 Bollen Mathieu	Labo Biosignalering & Therapeutica	1	9
	3 Eggermont Jan	Labo voor Cellulaire Transportsystemen	1	6,05
	4 Himpens Bernard	Labo Molec. en Cel. Signaaltransmissie	0,2	1,6
	5 Moyaert Paul	OE Husserl-Archief: Centr.Fenomenologie	1	3
	6 Schuit Frans	Genexpressie Groep	1	4,4
	7 Verbeke Geert	L-BioStat	1	1,2
	8 Voets Thomas	Laboratorium voor Ionenkanaalonderzoek	1	2,2
Hoogleraar				
	1 Beullens Monique	Labo Biosignalering & Therapeutica	1	0,5
	2 Sabbe Marc	Urgentiegeneeskunde	0,45	0,7
	3 Waelkens Etienne	Labo Proteïne Fosforylatie en Proteomics	1	3,8
Hoofddocent				
	1 Debeer Philippe	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,1	0,3
	2 Declercq Aniana	OE Centrum voor Sociologisch Onderzoek	1	0,1
	3 Goedhuys Jozef	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	0,19
	4 Steyaert Jean	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	0,05
Docent				
	1 Andries Maria	Labo Biosignalering & Therapeutica	1	1,3
	2 Bisschops Raf	TARGID	0,05	0,1
	3 Janssen Hilde	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	0,1
	4 Janssens Veerle	Labo Proteïne Fosforylatie en Proteomics	1	0,2
	5 Matricali Giovanni	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	0,3
	6 Matthys Christophe	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,5	0,5
	7 Nijs Stefaan	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	1,2
	8 Peeters Hilde	Departement Menselijke Erfelijkheid	0,05	0,1
	9 Peeters Stéphanie	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	0,1
	10 Sagaert Xavier	Translatieel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	2,1
	11 Stas Marguerite	Oncologische Heelkunde	0,05	0,6

Ambt1	naam	Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
	12 Tousseyn Thomas	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	3
	13 Vanderschot Paul	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,15	0,65
	14 Vangheluwe Peter	Labo voor Cellulaire Transportsystemen	1	0,87
	15 Vanhole Christine	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,1	0,1
	16 Vennekens Rudi	Laboratorium voor Ionkanaalonderzoek	1	4,88

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals het contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

5 Ander ZAP, ondersteunend aan de opleiding.

Tabel 2a: omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN	Geslacht		Leeftijdscategorie					Totaal
	M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60 plus	
ZAP 5	150	57		27	80	75	25	207
AAP 6	Mandaat-assistent	1	1	2				2
	Praktijk-assistent							0
	Doctor-assistent							0
BAP buiten werkingskredieten	9	7	4	6	2	3	1	16
Anderen (ondersteuning en begeleiding)	15	23	3	6	17	11	1	38
TOTAAL	175	88	9	39	99	89	27	263

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in tabel II.1a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.

Tabel 1a: omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt1	naam	Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
ZAP				
Buitengewoon hoogleraar				
	1 Sciot Raphael	Translatieel Cel- en Weefselonderzoek	0,45	1,37
Gewoon hoogleraar				
	1 Boeckstaens Guy	TARGID	1	1,6
	2 Callewaert Geert	Cellulaire & Moleculaire Geneesk @ Kulak	1	11,59
	3 Debyser Zeger	Farmaceutische & Farmacolog. Wet @ Kulak	1	8,19
	4 Pottel Hans	Mij. Gezondh.- & Eerselijnszorg @ Kulak	1	4,43
Hoogleraar				
	1 Verslype Chris	Hepatologie	0,05	0,73
Hoofddocent				
	1 Goedhuys Jozef	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	0,5
Docent				
	1 De Meyer Simon	Cardiovasculaire Wetenschappen @ Kulak	1	2,84
	2 Geenens Raf	OE Centr. Ethiek, Soc. & Pol. Filosofie	1	3
	3 Gheysens Olivier	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	0,05	0,33
	4 Matthys Christophe	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,5	0,5
	5 Pannecouque Christophe	Laboratorium Virologie en Chemotherapie	1	7,19
	6 Vereecke Evie	Ontwikkeling en Regeneratie @ Kulak	1	9
Gastprofessor				
	1 Stockmans Filip	Ontwikkeling en Regeneratie @ Kulak	0,05	2,5
Doctor-assistent				
	1 Gérard Melanie	Farmaceutische & Farmacolog. Wet @ Kulak	0,9	0,33
ander ZAP 5				
	1 De Wasch Eva	Faculteit Geneeskunde @ Kulak	0,5	1
	2 Thorrez Lieven	Afdeling ESAT - SCD: SISTA/COSIC/DOCARCH	1	3

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals het contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

5 Ander ZAP, ondersteunend aan de opleiding.

Tabel 2a: omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN	Geslacht		Leeftijdscategorie					Totaal
	M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60 plus	
ZAP 5	41	9		12	14	18	6	50
AAP 6	Mandaat-assistent	1	1					1
	Praktijk-assistent	3				2	1	3
	Doctor-assistent		1	1				1
BAP buiten werkingskredieten	8	3	4	4	1	2		11
Anderen (ondersteuning en begeleiding)	1	7		3	1	2	2	8
TOTAAL	54	20	5	20	16	24	9	74

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in tabel II, 1a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.

Tabel 1a: omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt1	naam	Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
ZAP				
Buitengewoon hoogleraar				
	1 Blockmans Daniel Engelbert	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,1	1,32
	2 Bogaert Jan	Translationele MRI	0,05	2,14
	3 Boonen Steven	Gerontologie en Geriatrie	0,05	1,44
	4 Bossuyt Xavier	Experimentele Laboratoriumimmunologie	0,3	3,59
	5 Budts Werner	Cardiologie	0,05	0,49
	6 Buntinx Frank	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	1,08
	7 Callens Stefaan	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	0,3	0,03
	8 Ceuppens Jan	Laboratorium Klinische Immunologie	0,1	0,48
	9 Coremans Georges	TARGID	0,45	1,91
	10 De Boeck Christiane	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,25	4,47
	11 de Hoon Jan	Centrum Klinische Farmacologie	0,5	1,73
	12 De Ridder Dirk	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,05	1,04
	13 De Ruysscher Dirk	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,81
	14 de Zegher Francis	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,35	1,57
	15 Debruyne Frans	Experimentele Oto-rino-laryngologie	0,55	8,15
	16 Decramer Marc	Pneumologie	0,75	0,83
	17 Delaere Pierre	Labo Experimentele Transplantatie	0,1	4,27
	18 Demaerel Philippe	Translationele MRI	0,15	2,14
	19 Demyttenaere Koen	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,4	5,96
	20 Deprest Jan	Zwangerschap, Foetus en Neonat	0,05	2,3
	21 Desmet Walter	Cardiologie	0,1	0,6
	22 D'Hooghe Thomas	Seksuele-Pelviene-Reprod.-Famil.studies	0,2	2,28
	23 Gastmans Chris	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	0,8	0,04
	24 Gewillig Marc	Cardiovasculaire Onwikkelingsfysiologie	0,6	1,63
	25 Goffin Jan	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,95	6,33
	26 Haustermans Karin	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	5,47
	27 Heidbüchel Hein	Cardiologie	0,2	0,44
	28 Herijgers Paul	Experimentele Cardiale Heelkunde	0,15	0,86
	29 Hermans Robert	Radiologie	0,15	2,35
	30 Hiele Martin	TARGID	0,25	0,7
	31 Jorissen Mark	Experimentele Oto-rino-laryngologie	0,1	5,57
	32 Knockaert Daniel	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,4	1
	33 Lagae Lieven	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	0,45	2,61
	34 Legius Eric	Departement Menselijke Erfelijkheid	0,1	0,15

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	35 Luyten Frank	Cel- en Getherapie Applicaties	0,5	2,79
	36 Mathieu Chantal	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,15	1,54
	37 Meyns Bart	Klinische Cardiale Heelkunde	0,1	0,99
	38 Moerman Philippe	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,85	3,63
	39 Nevens Frederik	Hepatology	0,15	1,45
	40 Nuttin Bart	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,15	5,66
	41 Paridaens Robert	Laboratorium Experimentele Oncologie	0,35	1,13
	42 Peetermans Willy	Lab_Klin_infectieuze Inflammatoire Aand_	0,3	3,42
	43 Pirenne Jacques	Laboratorium Abdominale Transplantatie	0,05	0,8
	44 Schöffski Patrick	Laboratorium Experimentele Oncologie	0,05	0,47
	45 Sciot Raphael	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,45	4,04
	46 Spileers Werner	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,3	7,25
	47 Spitz Bernard	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,35	6,39
	48 Staessen Jan	Hypertensie en Cardiovascul. Revalidatie	0,5	0,26
	49 Tack Jan	TARGID	0,1	0,97
	50 Timmerman Dirk	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,05	3,54
	51 Van Audenhove Chantal	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	0,72
	52 Van Cutsem Eric	Klinische Digestieve Oncologie	0,2	0,73
	53 Van de Voorde Wim	Forensische Biomedische Wetenschappen	0,2	36
	54 Van den Berghe Greta	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,1	2,25
	55 van den Oord Joost	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,45	4,43
	56 Van Geet Christel	Moleculaire en Vasculaire Biologie	0,4	3,24
	57 Van Gool Stefaan	Laboratorium Kinderimmunologie	0,3	1,95
	58 Van Poppel Hendrik	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,1	2,11
	59 Van Raemdonck Dirk	Experimentele Thoraxheelkunde	0,15	1,87
	60 Van Ranst Marc	Klinische & Epidemiologische Virologie	0,35	3
	61 Van Steenberghe Werner	Hepatology	0,45	1,55
	62 Vandenberghe Peter	Departement Menselijke Erfelijkheid	0,15	0,48
	63 Vanderschueren Dirk	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,15	0,83
	64 Vanhaecke Johan	Cardiologie	0,15	0,6
	65 Vanrenterghem Yves	Laboratorium Nefrologie	0,3	2,23
	66 Verhaegen Jan	Klinische Bacteriologie en Mycologie	0,65	3,42
	67 Verhaeghe Johan	Homeostase, Regeneratie & Veroudering	0,2	2,91
	68 Verhoef Gregor	Cel- en Getherapie Applicaties	0,25	1,83
	69 Verleden Geert	Pneumologie	0,25	1,45
<hr/>				
Gewoon hoogleraar				
	1 Aertgeerts Bert	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	6,23
	2 Casteels Maria-Reinhilde	D. Farmaceutische & Farmacologische Wet.	1	4,64

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	3 Declerck Dominique	Conserverende Tandheelkunde	1	0,55
	4 Dienckx Kris	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	1	0,04
	5 Donceel Peter	Centrum voor Prev. Gezondheidszorg	1	19,81
	6 Himpens Bernard	Labo Molec. en Cel. Signaaltransmissie	0,2	2,15
	7 Kips Johan	Dept. Maatsch. Gezondheidszorg	1	0,98
	8 Lysens Roeland	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	1	16,65
	9 Nemery de Bellevaux Benoit	Centrum voor Prev. Gezondheidszorg	1	5,74
	10 Nys Herman	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	1	1,53
	11 Quiryne Marc	Onderzoeksgroep Parodontologie	1	0,18
	12 Robberecht Wim	Onderzoeksg_r_Exp_Neurologie	1	6,53
	13 Rutgeerts Paul	TARGID	1	0,65
	14 Schotsmans Paul	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	1	0,15
	15 Sergeant Paul	Klinische Cardiale Heelkunde	1	3,17
	16 Sermeus Walter	Centr. Ziekenhuis- en Verplegingswet.	1	0,04
	17 Van de Werf Frans	Cardiologie	1	1,31
	18 Van Eldere Johan	Klinische Bacteriologie en Mycologie	1	3,42
	19 Vergote Ignace	Gynaecologische Oncologie	1	4,28

Hoogleraar

1 Allegaert Karel	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	2,16
2 Amant Frédéric	Gynaecologische Oncologie	0,05	1,55
3 Bellemans Johan	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	2,56
4 Bogaert Guy	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	1,36
5 Buyse Gunnar	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	0,05	1,88
6 Casteels Ingele	Onderzoeksgroep Oogzichten	0,05	3,77
7 Christiaens Marie-Rose	Oncologische Heelkunde	0,05	2,16
8 Claes Stephan	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	4,4
9 Danckaerts Marina	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,45	11,91
10 De Lepeleire Jan	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	4,54
11 De Leyn Paul	Experimentele Thoraxheelkunde	0,4	3,56
12 Dejaeger Eddy	Gerontologie en Geriatrie	0,2	0,97
13 Delcroix Marion	Pneumologie	0,1	0,78
14 Delforge Michel	Cel- en Gentherapie Applicaties	0,05	1,41
15 Dequeker Elisabeth	Biomedische Kwaliteitszorg	0,1	0,04
16 Fournieu Inge	Vaatheelkunde	0,05	3,97
17 Garmyn Maria	Laboratorium Dermatologie	0,2	9,22
18 Gayan-Ramirez Ghislaine	Pneumologie	1	0,12
19 Goossens Annie	Laboratorium Dermato-immunologie	0,15	1,02
20 Hanssens Myriam	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,1	3,4

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	21 Hellings Peter	Laboratorium Klinische Immunologie	0,05	4,65
	22 Herregods Marie-Christine	Cardiologie	0,1	0,89
	23 Janssens Stefan	Cardiologie	0,3	0,49
	24 Joosten Etienne	Gerontologie en Geristrie	0,3	1,04
	25 Kuypers Dirk	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,74
	26 Lagrou Katrien	Klinische Bacteriologie en Mycologie	0,05	3,42
	27 Lories Rik	Homeostase, Regeneratie & Veroudering	1	0,45
	28 Menten Joannes	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	4,09
	29 Milisen Koen	Centr. Ziekenhuis- en Verplegingswet.	1	0,07
	30 Miserez Marc	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	1,48
	31 Neven Patrick	Gynaecologische Oncologie	0,05	1,92
	32 Nuyts Sandra	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,78
	33 Peerlinck Kathelijne	Moleculaire en Vasculaire Biologie	0,25	1
	34 Rober Peter	Seksuele-Pelviene-Reprod.-Famil.studies	0,5	1,04
	35 Roelandts Hendrik	Laboratorium Dermato-immunologie	0,1	6,74
	36 Roskams Tania	Translatieel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	4,07
	37 Sabbe Marc	Urgentiegeneeskunde	0,45	16,88
	38 Schoenaers Joseph	Stomatologie & Maxillo-faciale Heelkunde	0,5	34,1
	39 Schoukens Paul	OE Arbeids- en Socialezekerheidsrecht	1	0,04
	40 Schuermans Annette	Centr. Ziekenhuis- en Verplegingswet.	0,05	8,04
	41 Sunaert Stefan	Translatieel MRI	0,15	1,82
	42 Topal Baki	Abdominale Oncologische Heelkunde	0,05	2,43
	43 Troosters Thierry	Cardiovasc. en Respiratoire Revalidatie	1	0,12
	44 Van Assche Gert	TARGID	0,05	1,84
	45 Van De Velde Marc	Anesthesiologie & Algologie	0,05	2,54
	46 Van den Heuvel Frank	Labo Experimentele Radiotherapie	0,9	1,5
	47 Van Laere Koenraad	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	0,05	8,11
	48 Van Paesschen Wim	Onderzoeksgr_Exp_Neurologie	0,05	4,43
	49 Vandenberghe Rik	Onderzoeksgr_Exp_Neurologie	0,25	4,26
	50 Vandenberghe Wim	Onderzoeksgr_Exp_Neurologie	0,05	4,19
	51 Vandermeersch Eugene	Anesthesiologie & Algologie	0,25	2,25
	52 Vanderschuere Steven	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,9
	53 Vansteenkiste Johan	Pneumologie	0,1	0,73
	54 Verschakelen Johny	Radiologie	0,7	2,65
	55 Verslype Chris	Hepatologie	0,05	1,08
	56 Westhovens Rene	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	0,2	0,71
	57 Wilms Guido	Translatieel MRI	0,2	2,22
<hr/>				
	Hoofddocent			

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	1 Adriaenssens Peter	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,3	11,2
	2 Bammens Bert	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,49
	3 Bellon Erwin	Radiologie	0,05	0,27
	4 Bruffaerts Ronny	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,1	0,13
	5 Bullens Dominique	Laboratorium Kinderimmunologie	0,05	0,18
	6 Cassiman David	Hepatology	0,1	0,68
	7 Casteels Kristina	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	1,79
	8 De Hert Marc	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,21
	9 De Smet Luc	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	0,82
	10 De Vleeschouwer Steven	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,05	5,86
	11 Debeer Philippe	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,1	0,91
	12 Declercq Aniana	OE Centrum voor Sociologisch Onderzoek	1	0,04
	13 Degryse Jean-Marie	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	1,76
	14 Deroose Christophe	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	0,05	8,3
	15 D'Hoore André	Abdominale Oncologische Heelkunde	0,05	2,39
	16 Dubois Bénédicte	Onderzoeksg_r_Exp_Neurologie	0,05	5,26
	17 Dupont Lieven	Pneumologie	0,05	1,1
	18 Enzlin Paul	Seksuele-Pelviene-Reprod.-FAMIL.studies	0,7	0,04
	19 Evenepoel Pieter	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,51
	20 Ferdinande Patrick	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,25
	21 Gillet Jean Bernard	Urgentiegeneeskunde	0,05	16,5
	22 Godderis Lode	Centrum voor Prev. Gezondheidszorg	0,6	5,04
	23 Goedhuys Jozef	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	1	0,33
	24 Hoppenbrouwers Karel	Centrum voor Prev. Gezondheidszorg	1	8,03
	25 Laleman Wim	Hepatology	0,05	0,56
	26 Levtchenko Elena	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	0,25
	27 Leys Anita	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,1	3,66
	28 Maleux Geert	Radiologie	0,05	2,27
	29 Maudgal Prabhat	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,15	3,66
	30 Mesotten Dieter	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	0,16
	31 Meuris Bart	Klinische Cardiale Heelkunde	0,05	1,75
	32 Molenaers Guy	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	1,29
	33 Mombaerts Ilse	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,05	3,66
	34 Nackaerts Kristiaan	Pneumologie	0,05	0,56
	35 Naulaers Gunnar	Zwangerschap, Foetus en Neonat	0,05	1,65
	36 Nuyts Johan	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	1	0,6
	37 Peers Koenraad	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	0,1	18,26
	38 Pieters Guido	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,66
	39 Proesmans Marijke	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	1,58

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	40 Ramaekers Dirk	Dept. Maatsch. Gezondheidszorg	0,2	0,12
	41 Schetz Maria	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,25
	42 Segaert Siegfried	Laboratorium Dermato-immunologie	0,05	6,61
	43 Smet Maria-Helena	Radiologie	0,1	2,05
	44 Snoeck Robert	Laboratorium Virologie en Chemotherapie	1	0,16
	45 Stalmans Ingeborg	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,05	3,7
	46 Steyaert Jean	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	11,28
	47 Tejpar Sabine	Moleculaire Digestieve Oncologie	0,05	0,53
	48 Thijs Vincent	Onderzoeksgr_Exp_Neurologie	0,05	4,6
	49 Van Damme Philip	Onderzoeksgr_Exp_Neurologie	0,05	5,08
	50 Van Limbergen Erik	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,75
	51 van Loon Johannes	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,05	5,72
	52 Vandenbulcke Mathieu	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,8
	53 Vander Poorten Vincent	Hoofdhalsoncologie	0,05	5,3
	54 Vanstapel Florent	Biomedische Kwaliteitszorg	1	3,42
	55 Verbeken Eric	Translationeel Cel- en Weefselonderzoek	0,2	4,22
	56 Vermeire Séverine	TARGID	0,05	0,59
	57 Vermote Rudi	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	4,4
	58 Verschueren Patrick	Neuro-musculo-skeletaal Onderzoek	0,05	0,73
	59 Vlasselaers Dirk	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,98
	60 Voigt Jens-Uwe	Cardiologie	0,05	0,53
	61 Weltens Caroline	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,89
	62 Wildiers Hans	Laboratorium Experimentele Oncologie	0,05	0,41
	63 Willems Rik	Cardiologie	0,05	0,77
	64 Wilmer Peter Alexander	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,25	0,42
	65 Wouters Carine	Laboratorium Kinderimmunologie	0,05	1,47
Docent				
	1 Bielen Didier	Radiologie	0,05	3,13
	2 Bisschops Raf	TARGID	0,05	0,61
	3 Boeckx Nancy	Departement Oncologie	0,05	3,42
	4 Bory Pascal	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	1	0,04
	5 Bosmans Hilde	Medische Fysica & Kwaliteitscontrole	0,25	0,27
	6 Buyse Bertien	Pneumologie	0,05	0,77
	7 Claes Kathleen	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,38
	8 Claus Filip	Radiologie	0,05	1,86
	9 Clement Paul	Laboratorium Experimentele Oncologie	0,05	0,55
	10 Coosemans Willy	Experimentele Thoraxheekunde	0,05	1,16
	11 Daenens Kim	Vaatheekunde	0,05	1,11

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	12 De Catte Luc	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	1,69
	13 De Cort Paul	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	1,83
	14 De Haes Petra	Laboratorium Dermato-immunologie	0,05	7,26
	15 De Hertogh Gert	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	0,44
	16 De Neubourg Diane	Seksuele-Pelviene-Reprod.-FAMIL.studies	0,05	1,55
	17 De Nys Katelijne	D. Farmaceutische & Farmacologische Wet.	0,05	1,9
	18 De Wachter Dirk	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,21
	19 De Wever Walter	Radiologie	0,05	2,13
	20 Debaveye Yves	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,33
	21 Debeer Anne	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	1,59
	22 Decallonne Brigitte	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,05	0,77
	23 Degreef Ilse	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	1,15
	24 Demedts Ingrid	TARGID	0,05	0,89
	25 Denier Yvonne	Interfac. Centr. Biomed. Ethiek & Recht	0,1	0,04
	26 Depreitere Bart	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,05	6,05
	27 Derdelinckx Inge	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,2
	28 Desloovere Christian	Experimentele Oto-rino-laryngologie	0,15	4,42
	29 Devlieger Roland	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	1,69
	30 Devos Timothy	Labo Experimentele Transplantatie	0,05	0,45
	31 Dooms Christophe	Pneumologie	0,05	0,58
	32 Dubois Christophe	Cardiologie	0,05	0,5
	33 Dumez Herlinde	Laboratorium Experimentele Oncologie	0,05	0,33
	34 Dymarkowski Steven	Translatieele MRI	0,05	1,78
	35 Ector Joris	Cardiologie	0,05	0,32
	36 Eyskens Benedicte	Cardiovasculaire Onwikkelingsfysiologie	0,05	1,62
	37 Flamaing Johan	Gerontologie en Geriatrie	0,05	0,59
	38 Foets Beatrijs	Onderzoeksgroep Oogzichten	0,1	3,74
	39 Francois Inge	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	0,03
	40 Gabriëls Lutgardis	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,44
	41 Gheysens Olivier	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	0,05	8,19
	42 Gillard Pieter	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,05	0,53
	43 Goffin Karolien	Nucleaire Geneesk. & Molec. Beeldvorming	0,05	12,56
	44 Hauben Esther	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	3,92
	45 Henckaerts Liesbet	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,47
	46 Hens Greet	Departement Neurowetenschappen	0,05	4,33
	47 Hermans Greet	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	0,41
	48 Heying Ruth	Cardiovasculaire Onwikkelingsfysiologie	0,05	1,48
	49 Hoffman Ilse	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	1,45
	50 Huys Isabelle	Ond.cent. Farm.Zorg & Farmaco-economie	1	0,07

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	51 Janssen Hilde	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,83
	52 Janssens Wim	Pneumologie	0,05	0,46
	53 Kochuyt Anne-Marie	Laboratorium Klinische Immunologie	0,05	0,45
	54 Kouznetsova Tatiana	Hypertensie en Cardiovascul. Revalidatie	1	0,03
	55 Labarque Veerle	Moleculaire en Vasculaire Biologie	0,05	1,56
	56 Lammens Johan	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	0,78
	57 Lerut Evelyne	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	5,22
	58 Leunen Karin	Gynaecologische Oncologie	0,05	1,64
	59 Lewi Liesbeth	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	1,75
	60 Lowyck Benedicte	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,1	0,08
	61 Maertens Johan	Cel- en Gentherapie Applicaties	0,05	0,41
	62 Mathei Catharina	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	0,75
	63 Matricali Giovanni	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	1,45
	64 Meersseman Wouter	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,48
	65 Meijers Björn	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,39
	66 Meuleman Christel	Departement Ontwikkeling en Regeneratie	0,05	1,72
	67 Meyfroidt Geert	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,45
	68 Meyts Isabelle	Laboratorium Kinderimmunologie	0,05	1,56
	69 Missant Carlo	Anesthesiologie & Algologie	0,05	0,68
	70 Monbaliu Diethard	Laboratorium Abdominale Transplantatie	0,05	1,12
	71 Morlion Bart	Anesthesiologie & Algologie	0,05	2,37
	72 Mulier Michiel	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	0,9
	73 Naesens Maarten	Laboratorium Nefrologie	0,05	0,39
	74 Neyrinck Ame	Anesthesiologie & Algologie	0,05	2,39
	75 Nijs Stefaan	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	3,77
	76 Nuyens Dieter	Cardiologie	0,05	0,44
	77 Ortibus Els	Departement Ontwikkeling en Regeneratie	0,05	1,52
	78 Oyen Raymond	Radiologie	0,2	2,59
	79 Peeters Stéphanie	Labo Experimentele Radiotherapie	0,05	3,83
	80 Pexsters Anne	Departement Ontwikkeling en Regeneratie	0,05	1,61
	81 Poppe Willy	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	0,1	2,72
	82 Prenen Hans	Klinische Digestieve Oncologie	0,05	0,58
	83 Rega Filip	Klinische Cardiale Heelkunde	0,05	0,86
	84 Rex Steffen	Anesthesiologie & Algologie	0,05	0,68
	85 Roex Ann	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	3,04
	86 Rommel Nathalie	Experimentele Oto-rino-laryngologie	0,8	0,03
	87 Saegeman Veroniek	Klinische Bacteriologie en Mycologie	0,05	3,06
	88 Sagaert Xavier	Translatieeel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	4,04
	89 Schoenmakers Birgitte	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	1,04

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	90 Sienaert Pascal	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,35
	91 Simon Jean-Pierre	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,05	0,88
	92 Sinnaeve Peter	Cardiologie	0,05	0,92
	93 Sprangers Ben	Labo Experimentele Transplantatie	0,05	0,38
	94 Stalmans Peter	Onderzoeksgroep Oogziekten	0,05	3,81
	95 Stas Marguerite	Oncologische Heelkunde	0,05	0,96
	96 Steen Marc	Onderzoekseenheid Pastoraaltheologie	0,3	3
	97 Testelmans Dries	Pneumologie	0,05	0,47
	98 Toelen Jaan	Cel- en Gentherapie Applicaties	0,05	1,6
	99 Toumoy Jos	Gerontologie en Geriatrie	0,05	0,6
	100 Tousseyn Thomas	Translatieel Cel- en Weefselonderzoek	0,05	4,31
	101 Uyttebroeck Anne	Groei, Proliferatie, Kind & Adolescent	0,05	1,53
	102 Van Calenbergh Frank	Experimentele Neurochirurgie & -anatomie	0,2	5,55
	103 Van Calster Ben	Screening, Diagnostiek en Biomarkers	1	0,12
	104 Van Calsteren Kristel	Departement Ontwikkeling en Regeneratie	0,05	1,64
	105 Van Cleemput Johan	Cardiologie	0,05	0,89
	106 Van Cromphaut Sophie	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	0,16
	107 Van der Aa Frank	Cel- en Gentherapie Applicaties	0,05	1,39
	108 Van Der Schueren Bart	Klinische & Experimentele Endocrinologie	0,05	0,86
	109 Van Hemelrijck Jan	Anesthesiologie & Algologie	0,1	2,25
	110 Van Laethem An	Laboratorium Dermatologie	0,05	6,59
	111 Van Ongeval Chantal	Radiologie	0,05	1,84
	112 Van Oudenhove Lukas	TARGID	1	0,08
	113 Van Wijngaerden Eric	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,79
	114 Vandecaveye Vincent	Translatieel MRI	0,05	1,78
	115 Vandenberghe Joris	Onderzoeksgroep Psychiatrie	0,05	3,12
	116 Vandermeulen Enk	Anesthesiologie & Algologie	0,05	2,25
	117 Vanderschot Paul	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,15	1,02
	118 Vanderschueren Geert	Radiologie	0,05	3,13
	119 Vanhaesebrouck Sophie	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,05	0,08
	120 Vanhole Christine	Zwangerschap, Foetus en Neonaat	0,1	1,78
	121 Vankrunkelsven Patrick	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,5	0,41
	122 Verguts Jasper	Departement Ontwikkeling en Regeneratie	0,05	1,79
	123 Verhamme Peter	Moleculaire en Vasculaire Biologie	0,05	0,52
	124 Vermeersch Pieter	Cardiologie	0,05	3,66
	125 Vertommen Jan	Anesthesiologie & Algologie	0,1	2,25
	126 Verwaest Carolus	Laboratorium vr Intensieve Geneeskunde	0,05	2,25
	127 Vogels Annick	Departement Menselijke Erfelijkheid	0,05	0,08
	128 Vranckx Jan Jeroen	Cel- en Gentherapie Applicaties	0,05	0,96

<i>Ambt1</i>	<i>naam</i>	<i>Faculteit/Departement/Vakgroep (Instelling)2</i>	<i>VTE aan de instelling3</i>	<i>Aantal studiepunten aan de opleiding4</i>
	129 Wauters Joost	Lab_Klin_Infectieuze Inflammatoire Aand_	0,05	0,39
	130 Wuyts Wim	Pneumologie	0,05	0,57
<hr/>				
Gastprofessor	1 Pint Geert	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,15	0,25
	2 Van Baelen Sabina	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,15	0,25
<hr/>				
ander ZAP 5	1 Lerut Antoon	Experimentele Thoraxheelkunde	0	0,78
	2 Lisaerde Johan	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,2	0,25
	3 Sermon An	Biomech.,-implantaten & Tissue Engin.	0,1	0,08
	4 Van Boxem Geert	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,2	0,25
	5 Van Nuland Marc	Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde	0,2	0,25
	6 Van Steen Andreas	Radiologie	0,1	0,15

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals het contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

5 Ander ZAP, ondersteunend aan de opleiding.

Tabel 2a: omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN	Geslacht		Leeftijdscategorie					Totaal
	M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60 plus	
ZAP 5	263	101		43	140	130	51	364
AAP 6								0
Mandaat-assistent								60
Praktijk-assistent	33	27		57	2	1		0
Doctor-assistent								
BAP buiten werkingskredieten	14	10	8	4	3	3	6	24
Anderen (ondersteuning en begeleiding)	295	75	5	21	79	153	112	370
TOTAAL	605	213	13	125	224	287	169	818

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in tabel II.1a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.



Instelling: K.U.Leuven Opleiding:
geneeskunde ABA Studieomvang:
180 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definitie

Hieronder vindt men de definitie van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leercrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leercrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instreamcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstreamcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

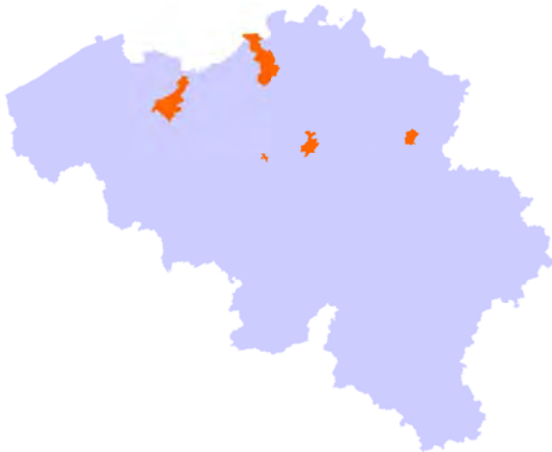
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



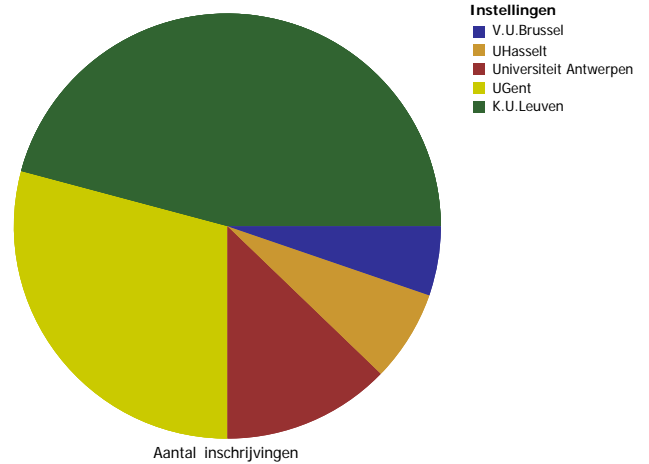
Profiel opleiding geneeskunde ABA (geneeskunde ABA - 0403 180)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



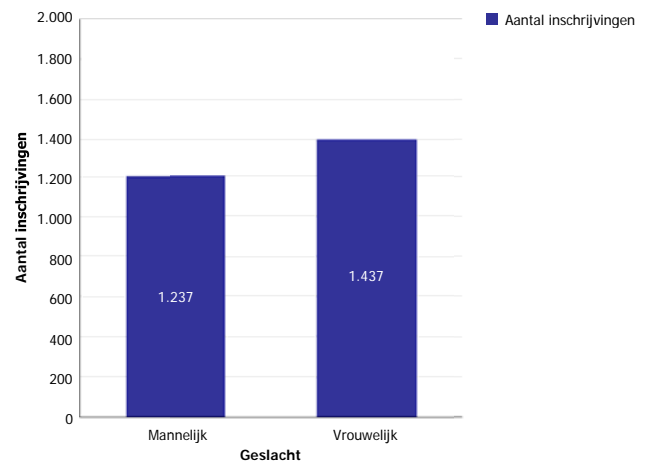
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instituten	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.229
UGent	778
Universiteit Antwerpen	338
UHasselt	185
V.U.Brussel	144

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling K.U.Leuven Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013

K.U.Leuven

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	635	54	271	418	290	nvt	0	621	2	0	0	66	689
Academiejaar 2006 - 2007*	960	60	407	613	285	nvt	332	914	2	0	0	104	1.020
Academiejaar 2007 - 2008*	908	70	405	573	245	nvt	306	881	2	0	0	95	978
Academiejaar 2008 - 2009	906	84	423	567	238	85	332	882	2	0	0	106	990
Academiejaar 2009 - 2010	1.061	79	499	641	346	109	325	996	2	0	0	142	1.140
Academiejaar 2010 - 2011	1.116	86	535	667	302	113	343	1.061	1	0	0	140	1.202
Academiejaar 2011 - 2012	1.130	99	579	650	273	113	409	1.098	3	0	0	128	1.229
Academiejaar 2012 - 2013 **	1.055	169	579	645	276	nvt	4	1.110	4	0	0	110	1.224

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	1.424	119	602	941	679	nvt	0	1.397	3	0	0	143	1.543
Academiejaar 2006 - 2007*	2.184	142	918	1.408	669	nvt	672	2.099	5	0	0	222	2.326
Academiejaar 2007 - 2008*	2.117	206	939	1.384	554	nvt	727	2.097	7	0	0	219	2.323
Academiejaar 2008 - 2009	2.068	221	972	1.317	552	248	775	2.058	6	0	0	225	2.289
Academiejaar 2009 - 2010	2.350	216	1.087	1.479	743	291	707	2.297	6	0	1	262	2.566
Academiejaar 2010 - 2011	2.425	246	1.177	1.494	644	315	784	2.411	9	0	1	250	2.671
Academiejaar 2011 - 2012	2.360	314	1.237	1.437	566	292	889	2.411	13	0	1	249	2.674
Academiejaar 2012 - 2013 **	2.234	435	1.245	1.424	569	nvt	4	2.415	13	0	0	241	2.669

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

K.U.Leuven

	Aantal trajectstarters
2006	361
2007	325
2008	354
2009	506
2010	416
2011	403

Alle instellingen

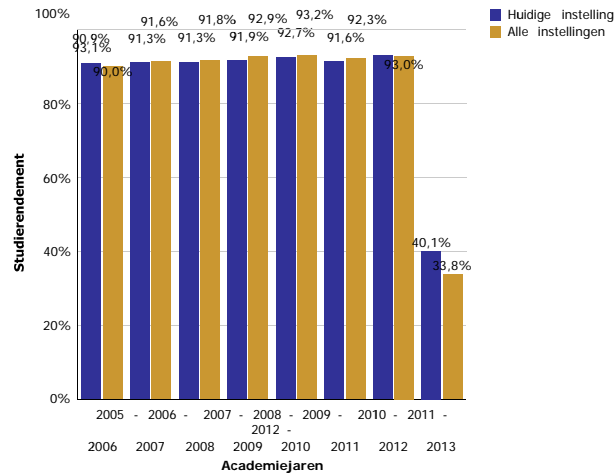
	Aantal trajectstarters
2006	863
2007	745
2008	766
2009	1.108
2010	875
2011	849



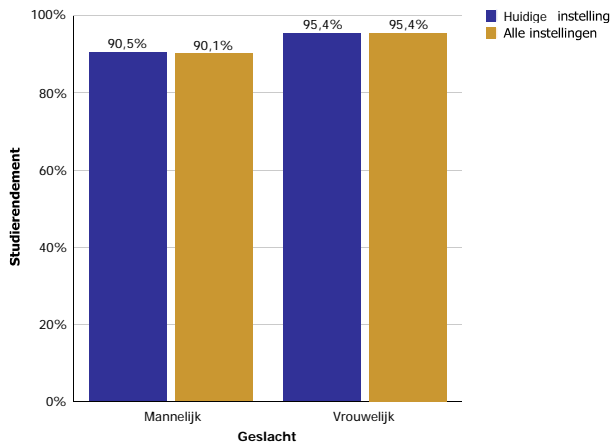
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling K.U.Leuven

Studierendement

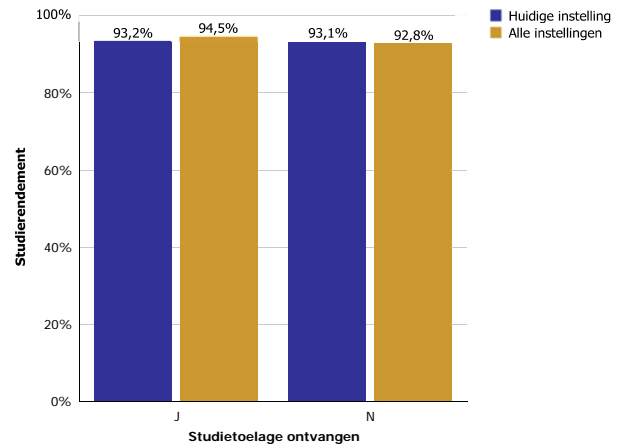
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	15	25	255	21	4	4	324
	2007	4	40	226	20	4		294
	2008	6	59	237	12			314
	2009	11	71	319				401
	2010	9	59					68
	2011	7						7

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohortes		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	27	75	597	57	15	8	779
	2007	6	91	503	54	9		663
	2008	7	105	528	50			690
	2009	13	165	704				882
	2010	14	104					118
	2011	9						9

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	4,13%	6,89%	70,25%	5,79%	1,10%	1,10%	89,26%
	2007	1,23%	12,35%	69,75%	6,17%	1,23%		90,74%
	2008	1,70%	16,76%	67,33%	3,41%			89,20%
	2009	2,19%	14,14%	63,55%				79,88%
	2010	2,17%	14,22%					16,39%
	2011	1,74%						1,74%

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	3,13%	8,69%	69,18%	6,60%	1,74%	0,93%	90,27%
	2007	0,81%	12,21%	67,52%	7,25%	1,21%		88,99%
	2008	0,91%	13,71%	68,93%	6,53%			90,08%
	2009	1,17%	14,89%	63,54%				79,60%
	2010	1,60%	11,89%					13,49%
	2011	1,06%						1,06%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohorte		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	15						15
	2007 - 2008	4	25					29
	2008 - 2009	6	40	255				301
	2009 - 2010	11	59	226	21			317
	2010 - 2011	9	71	237	20	4		341
	2011 - 2012	7	59	319	12	4	4	405
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohorte		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	27						27
	2007 - 2008	6	75					81
	2008 - 2009	7	91	597				695
	2009 - 2010	13	105	503	57			678
	2010 - 2011	14	165	528	54	15		776
	2011 - 2012	9	104	704	50	9	8	884
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	13,79%	86,21%					100,00%
	2008 - 2009	1,99%	13,29%	84,72%				100,00%
	2009 - 2010	3,47%	18,61%	71,29%	6,62%			100,00%
	2010 - 2011	2,64%	20,82%	69,50%	5,87%	1,17%		100,00%
	2011 - 2012	1,73%	14,57%	78,77%	2,96%	0,99%	0,99%	100,00%
	Niet van toepassing							

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	7,41%	92,59%					100,00%
	2008 - 2009	1,01%	13,09%	85,90%				100,00%
	2009 - 2010	1,92%	15,49%	74,19%	8,41%			100,00%
	2010 - 2011	1,80%	21,26%	68,04%	6,96%	1,93%		100,00%
	2011 - 2012	1,02%	11,76%	79,64%	5,66%	1,02%	0,90%	100,00%
	Niet van toepassing							



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

K.U.Leuven

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	20	11	2	1	2	2	38
	2007	15	7	2	3	5		32
	2008	10	7	4	19			40
	2009	16	12	76				104
	2010	16	332					348
	2011	396						396

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	40	27	6	3	3	5	84
	2007	31	12	16	4	19		82
	2008	18	13	9	36			76
	2009	36	26	164				226
	2010	29	728					757
	2011	840						840

Percentage drop out per academiejaar

K.U.Leuven

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	5,54%	3,05%	0,55%	0,28%	0,55%	0,55%	10,53%
	2007	4,62%	2,15%	0,62%	0,92%	1,54%		9,85%
	2008	2,82%	1,98%	1,13%	5,37%			11,30%
	2009	3,16%	2,37%	15,02%				20,55%
	2010	3,85%	79,81%					83,65%
	2011	98,26%						98,26%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	4,63%	3,13%	0,70%	0,35%	0,35%	0,58%	9,73%
	2007	4,16%	1,61%	2,15%	0,54%	2,55%		11,01%
	2008	2,35%	1,70%	1,17%	4,70%			9,92%
	2009	3,25%	2,35%	14,80%				20,40%
	2010	3,31%	83,20%					86,51%
	2011	98,94%						98,94%



Opleiding geneeskunde ABA - Instelling K.U.Leuven
Vestiging Oude Markt, Leuven

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

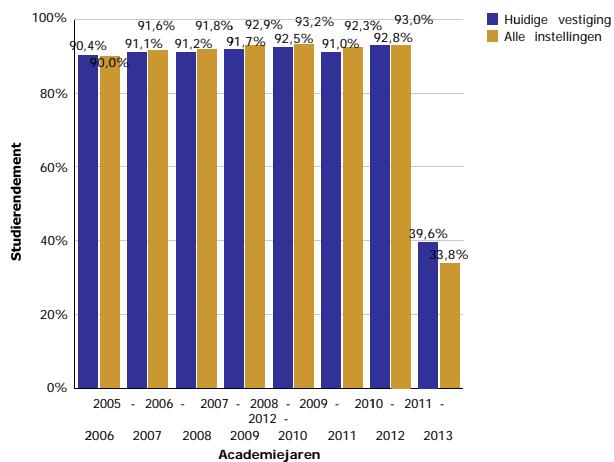
K.U.Leuven, Oude Markt, Leuven

	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	496	48	209	335	228	0	0	477	2	0	0	65	544
Academiejaar 2006 - 2007*	755	57	322	490	217	0	268	706	2	0	0	104	812
Academiejaar 2007 - 2008*	717	60	320	457	185	0	253	680	2	0	0	95	777
Academiejaar 2008 - 2009	713	73	337	449	172	69	275	678	2	0	0	106	786
Academiejaar 2009 - 2010	845	73	402	516	277	84	264	774	2	0	0	142	918
Academiejaar 2010 - 2011	905	77	439	543	227	90	286	843	1	0	0	138	982
Academiejaar 2011 - 2012	926	97	482	541	225	96	355	894	3	0	0	126	1.023
Academiejaar 2012 - 2013**	877	161	492	546	223	0	3	925	4	0	0	109	1.038

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

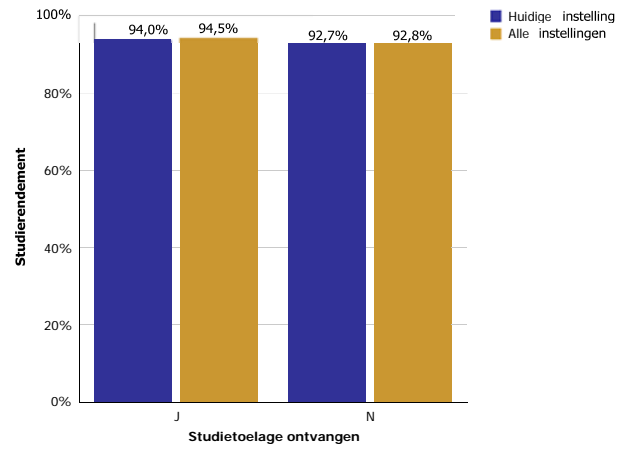
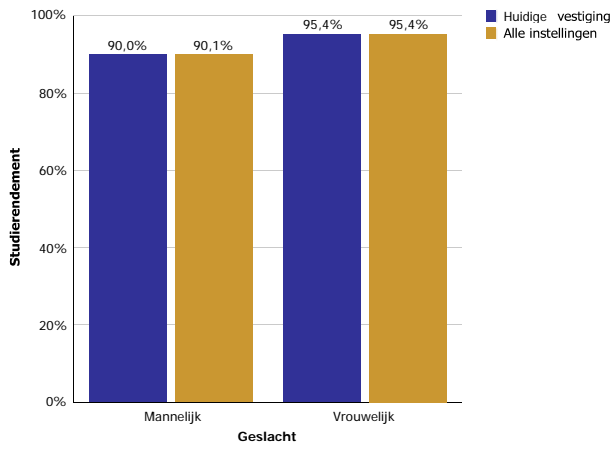
Studierendement

Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling K.U.Leuven
Vestiging Etienne Sabbelaan, Kortrijk Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

K.U.Leuven, Etienne Sabbelaan, Kortrijk

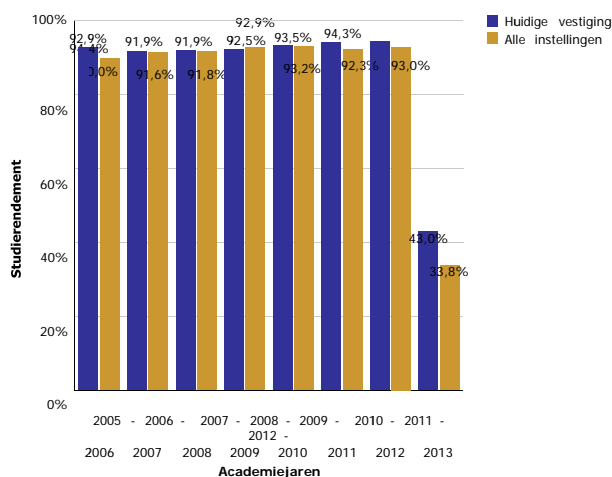
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	139	6	62	83	62	0	0	144	0	0	0	1	145
Academiejaar 2006 - 2007*	205	3	85	123	68	0	64	208	0	0	0	0	208
Academiejaar 2007 - 2008*	191	10	85	116	60	0	53	201	0	0	0	0	201
Academiejaar 2008 - 2009	193	11	86	118	66	16	57	204	0	0	0	0	204
Academiejaar 2009 - 2010	216	6	97	125	69	25	61	222	0	0	0	0	222
Academiejaar 2010 - 2011	211	9	96	124	75	23	57	218	0	0	0	2	220
Academiejaar 2011 - 2012	204	2	97	109	48	17	54	204	0	0	0	2	206
Academiejaar 2012 - 2013**	178	8	87	99	53	0	1	185	0	0	0	1	186

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

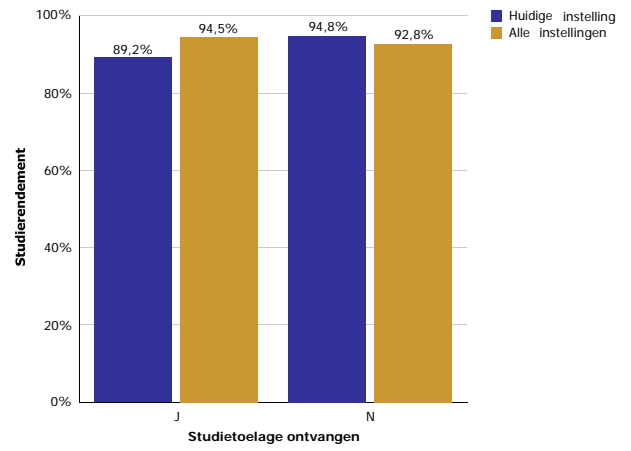
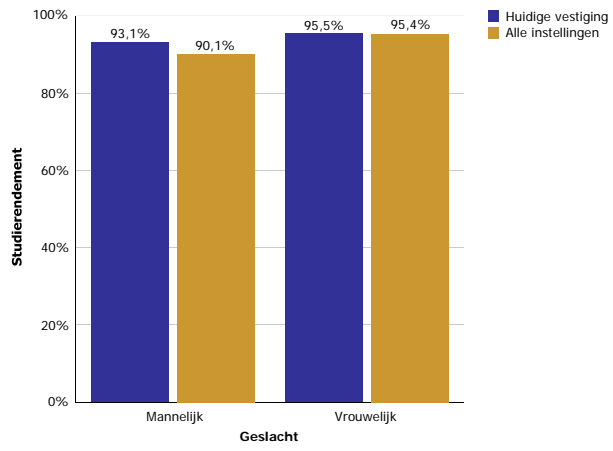
Studierendement

Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: K.U.Leuven Opleiding:
geneeskunde MA Studieomvang: 240
studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012
Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definitie

Hieronder vindt men de definitie van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.
- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.
- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



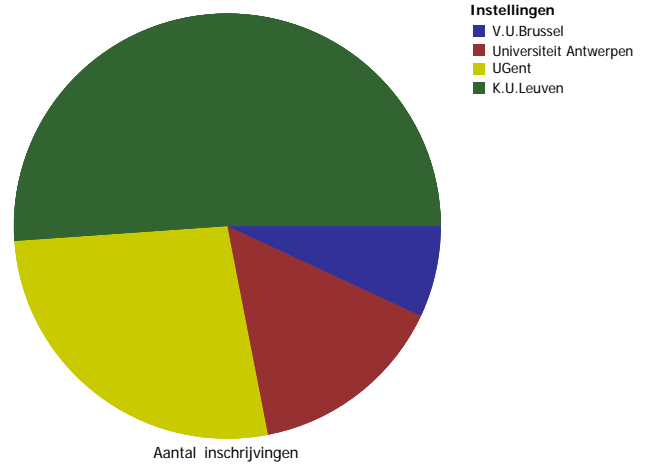
Profiel opleiding geneeskunde MA (geneeskunde MA - 0407 240)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



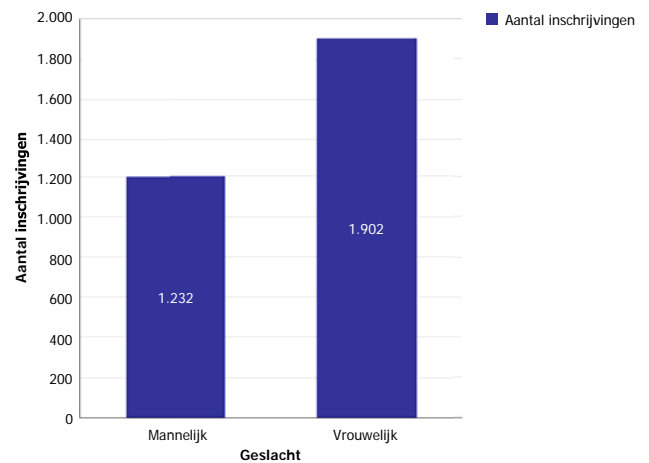
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.604
UGent	845
Universiteit Antwerpen	466
V.U.Brussel	219

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde MA - Instelling K.U.Leuven Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013

K.U.Leuven

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	367	45	160	252	0	nvt	0	365	1	0	0	46	412
Academiejaar 2008 - 2009	713	73	301	485	0	83	0	710	1	0	0	75	786
Academiejaar 2009 - 2010	1.097	80	444	733	0	110	0	1.073	4	0	0	100	1.177
Academiejaar 2010 - 2011	1.467	98	609	956	0	150	369	1.411	4	0	0	150	1.565
Academiejaar 2011 - 2012	1.502	102	635	969	0	127	351	1.447	4	0	0	153	1.604
Academiejaar 2012 - 2013 **	1.598	141	715	1.024	0	nvt	5	1.555	3	0	0	181	1.739

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	668	75	278	465	0	nvt	0	656	1	0	0	86	743
Academiejaar 2008 - 2009	1.370	131	559	942	0	175	0	1.348	2	0	0	151	1.501
Academiejaar 2009 - 2010	2.116	155	850	1.421	0	253	0	2.053	6	0	0	212	2.271
Academiejaar 2010 - 2011	2.809	184	1.139	1.854	0	332	658	2.692	6	0	0	295	2.993
Academiejaar 2011 - 2012	2.919	215	1.232	1.902	0	326	724	2.819	7	0	0	308	3.134
Academiejaar 2012 - 2013 **	3.069	266	1.345	1.990	0	nvt	5	2.990	9	0	1	335	3.335

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

K.U.Leuven

	Aantal trajectstarters
2007	413
2008	379
2009	403
2010	406
2011	423

Alle instellingen

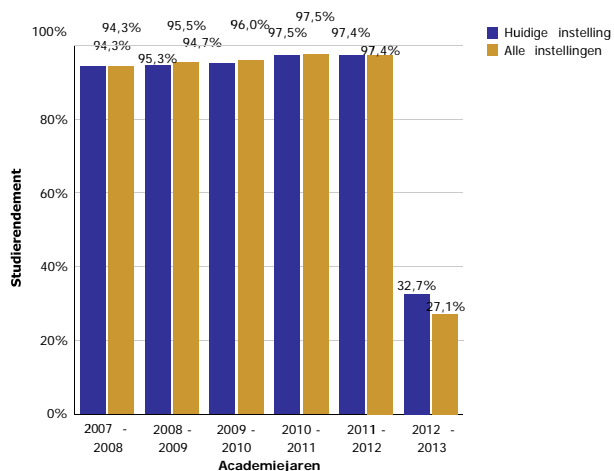
	Aantal trajectstarters
2007	744
2008	772
2009	795
2010	747
2011	821



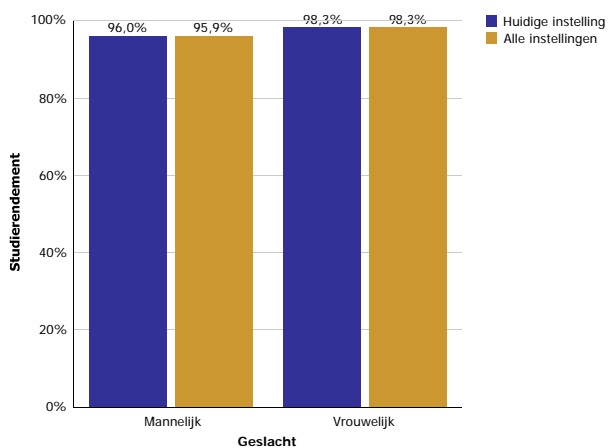
Opleiding geneeskunde MA - Instelling K.U.Leuven

Studierendement

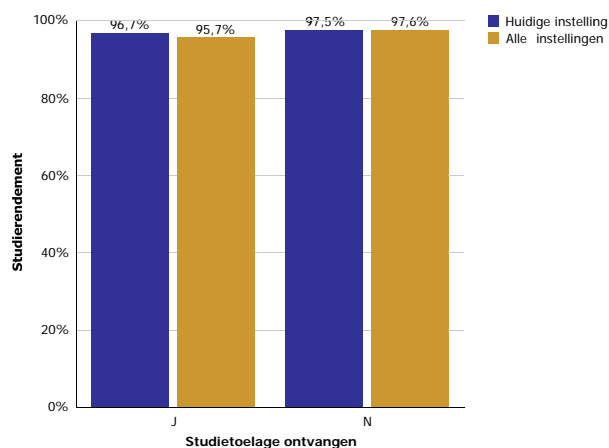
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				361	21	382
	2008			4	330		334
	2009			3			3
	2010	1					1
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				637	46	683
	2008			9	665		674
	2009			7	3		10
	2010	4	1				5
	2011	6					6

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				87,41%	5,08%	92,49%
	2008			1,06%	87,07%		88,13%
	2009		0,75%				0,75%
	2010	0,25%					0,25%
	2011						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007				85,62%	6,18%	91,80%
	2008			1,17%	86,14%		87,31%
	2009		0,88%	0,38%			1,26%
	2010	0,54%	0,13%				0,67%
	2011	0,73%					0,73%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	1	3	4	361		369
	2011 - 2012				330	21	351
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	4	7	9	637		657
	2011 - 2012	6	1	3	665	46	721
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	0,27%	0,81%	1,08%	97,83%		100,00%
	2011 - 2012				94,02%	5,98%	100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2010 - 2011	0,61%	1,07%	1,37%	96,96%		100,00%
	2011 - 2012	0,83%	0,14%	0,42%	92,23%	6,38%	100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

K.U.Leuven

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	6	5	5		15	31
	2008	6	4	3	32		45
	2009	4	5	391			400
	2010	8	397				405
	2011	423					423

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	14	9	6	4	28	61
	2008	11	7	11	69		98
	2009	7	11	767			785
	2010	11	731				742
	2011	815					815

Percentage drop out per academiejaar

K.U.Leuven

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	1,45%	1,21%	1,21%		3,63%	7,51%
	2008	1,58%	1,06%	0,79%	8,44%		11,87%
	2009	0,99%	1,24%	97,02%			99,26%
	2010	1,97%	97,78%				99,75%
	2011	100,00%					100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2007	1,88%	1,21%	0,81%	0,54%	3,76%	8,20%
	2008	1,42%	0,91%	1,42%	8,94%		12,69%
	2009	0,88%	1,38%	96,48%			98,74%
	2010	1,47%	97,86%				99,33%
	2011	99,27%					99,27%

Opleiding geneeskunde MA - Instelling K.U.Leuven Vestiging Oude Markt, Leuven

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

K.U.Leuven, Oude Markt, Leuven

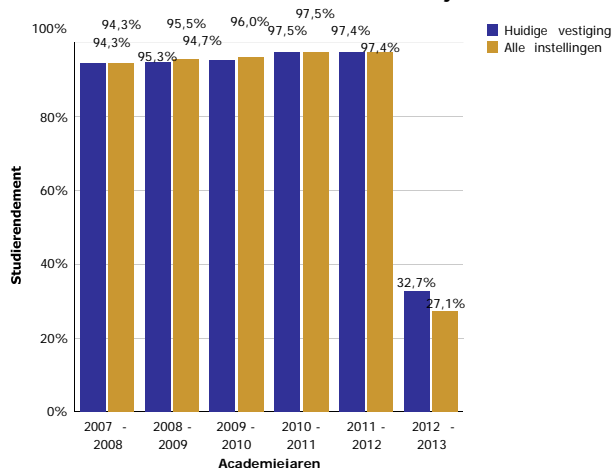
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2007 - 2008*	367	45	160	252	0	0	0	365	1	0	0	46	412
Academiejaar 2008 - 2009	713	73	301	485	0	83	0	710	1	0	0	75	786
Academiejaar 2009 - 2010	1.097	80	444	733	0	110	0	1.073	4	0	0	100	1.177
Academiejaar 2010 - 2011	1.467	98	609	956	0	150	369	1.411	4	0	0	150	1.565
Academiejaar 2011 - 2012	1.502	102	635	969	0	127	351	1.447	4	0	0	153	1.604
Academiejaar 2012 - 2013**	1.598	141	715	1.024	0	0	5	1.555	3	0	0	181	1.739

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

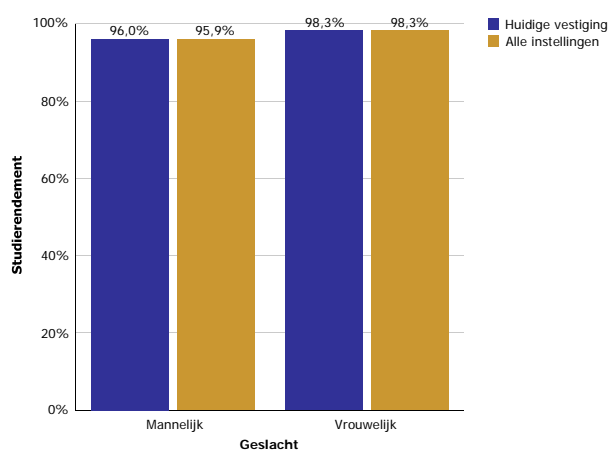
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

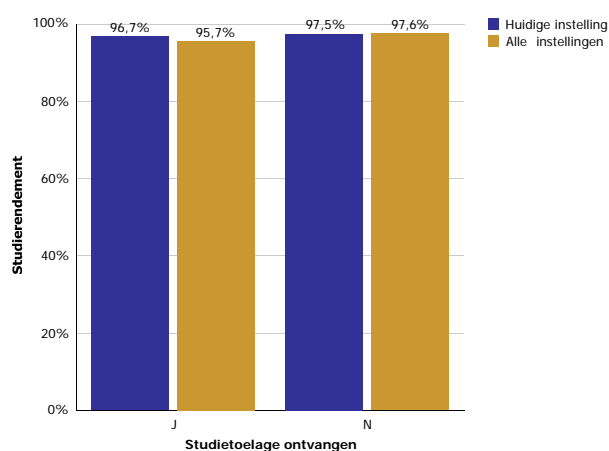
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012



VB10 Internationalisering

Doel: De Faculteit Geneeskunde en haar opleidingen hebben als voornaamste doelstelling de interculturele competenties van de eigen studenten te ontwikkelen en te werken aan een groter internationaal bewustzijn, enerzijds door het aanbieden van een buitenlandse ervaring, anderzijds door het curriculum in te verder te internationaliseren.

Realisatie

Internationaal opleidingsaanbod: de opleidingen geneeskunde bieden geen anderstalige plichtOPO's aan. Wel kunnen studenten uit Kulak anderstalige keuzeOPO's opnemen uit het pakket van de opleiding biomedische wetenschappen. Te Leuven werkt men volop aan het aanbod van Engelstalige OPO's om eventueel zelfs een volledig semester in het Engels te kunnen aanbieden. Binnen vele OPO's (zowel in Leuven als in Kulak) wordt gebruik gemaakt van Engelstalige handboeken, illustratief is het vele gebruik van engelstalige handboeken in de eerste bachelorfase.

Samenwerkingsakkoorden

Landengroep	Land	Stad	Universiteit
ERASMUS BELGICA	BE	Luik	Université de Liège
		UCL	Université Catholique de Louvain
		ULB	Université Libre de Bruxelles
ERASMUS	DE	Bochum	Ruhr-Universität Bochum
		Dresden	University of Dresden
		Essen	Universität Duisburg
		Freiburg	Albert-Ludwigs-University Freiburg
		Göttingen	Georg August Universität Göttingen
		Lübeck	University of Lübeck
		Marburg	Philipps-Universität Marburg
		München	Ludwig-Maximilians-Universität
		Münster	Westfälische Wilhelms Universität Münster
FI	Oulu	University of Oulu	
FR	FR	Bordeaux	Université Bordeaux Segalen
		Brest	Université de Bretagne Occidentale
		Grenoble	Université Joseph Fourier de Grenoble
		Lille	Université Catholique de Lille
		Nantes	Université de Nantes
		Parijs	Université Pierre et Marie Curie Paris
		Rouen	Université de Rouen
Strasbourg	Université Louis Pasteur Strasbourg		
HU	HU	Debrecen	University of Debrecen
		Pécs	University of Pécs
IT	IT	Napels	Università "Frederico II"
		Rome	Università Cattolica del Sacro Cuore
NL	NL	Amsterdam	Universiteit van Amsterdam
		Leiden	Leids Universitair Medisch Centrum
		Maastricht	Universiteit Maastricht
		Nijmegen	Radboud Universiteit
AT	AT	Graz	Medical University of Graz
		Innsbruck	Medical University Innsbruck
		Wenen	Medical University of Vienna
SI	SI	Ljubljana	University of Ljubljana

	ES	Barcelona	Universidad de Barcelona	
		Castelló de la Plana	Universitat Jaume I	
		Córdoba	Universidad de Córdoba	
		Murcia	Universidad de Murcia	
		Oviedo	Universidad de Oviedo	
		Salamanca	Universidad de Salamanca	
		Sevilla	Universidad de Sevilla	
		Valencia	Universidad de Valencia	
		Valladolid	Universidad de Valladolid	
	CZ	Praag	Charles University	
	CH	Bazel	Universität Bâsel	
		Zurich	University of Zurich	
EU - NIET ERASMUS	BE	La Louvière	Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli	
		Louvain-la-Neuve	Université Catholique de Louvain	
	DE	Aken	Luisenhospital Aachen	
	FR	Chambéry	Centre Hospitalier Chambéry	
		Longjumeau	Centre Hospitalier du Longjumeau	
		Montpellier	CHU Arnaud De Villeneuve	
		Parijs	Hôpital Bichat-C. Bernard	
			Hôpital Armand Trousseau	
			Hôpital Robert Debré	
		Poitiers	Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers Jean Bernard	
		Tours	Centre Hospitalier Universitaire, Hôpital Bretonneau	
		<i>Kulak</i>	Lille	Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieure / Université Lille Nord de France
		MT	Tal-Qroqq	University of Malta Medical School
NL	Leidschendam	Medisch Centrum Haaglanden		
UK	Darlington	Darlington Memorial Hospital		
	Newcastle	Newcastle University		
	Northumberland	Wansbeck General Hospital		
CH	Sion	Hôpital du Valais		
	Genève	Université de Genève, Centre Médical Universitaire (CMU)		
AZIË	PH	Baguio	Saint Louis University	
Z-AMERIKA	CL	Santiago	Universidad de Chile	
		Curico	Hospital San Juan De Dios de Curicó	
	PY	Asuncion	Universidad Nacional de Asunción	
	EC	Guayaquil	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
	UY	Montevideo	Universidad de la República	
	AR	Cordoba	Universidad Católica de Córdoba	
	AFRIKA	CM	Njinikom/shisong	Saint Martin de Porres Catholic Mission Hospital
Shisong			St Elizabeth Catholic General Hospital	
RW		Kigali	University Teaching Hospital of Kigali	
BJ		Cotonou	Université d'Abomey - Calavi	
		Boko	Hopital Saint Jean de Dieu de Boko	
			Papané	L'Hôpital Saint-Martin

Inkomende studenten Leuven -Kulak¹

Instromende studenten		2009	2010	2011	2012	
Ba	Duits	2		1	2	
	Frans	1			1	
	Grieks				1	
	EER	Italiaans		1	1	1
		Luxemburgs	1	1		
		Nederlands	127	128	112	94
		Pools				1
		Slowaaks				1
		Indonesisch		1	1	1
		Jordaans		1		
	Surinaams				1	
	Zuid-Afrikaans		1	1		
	niet EER	Albanees			1	1
		Armeens	1	1		
		Nederlands			2	1
		Chinees			1	
		Iraaks	1	1	1	1
		Iraans	1			
		Brits			1	1
		Russisch				
		Syrisch			1	1
		Oekraïens		1	1	1
	Amerikaans				1	
	Totaalresultaat		134	136	124	110
	EER	Duits	2	3	3	2
Frans		2	2	2	1	
Italiaans		1	1	1	1	
Luxemburgs				1	1	
Nederlands		67	105	115	140	
Roemeens		1	1	1		
Indonesisch		1	1			
Zuid-Afrikaans					1	
Ma		Armeens	1	2	2	2
		Chinees				1
	Egyptisch				1	
	niet EER	Iraaks	1	1		1
		Iraans	1	3	4	4
		Japans	1	1		
	Russisch	1	2	2	3	
	Oekraïens	1	1	1	1	
Totaalresultaat		80	123	132	159	

¹ Voor Kulak was er in 2009-2010 1 Armeniër; in 2010-2011 en 2011-2012 telkens een Nederlander.

Uitgaande studenten¹:

Programma/continent	Opleiding	land	instelling	2009	2010	2011	2012	Totaal	
ERASMUS-PROGRAMMA'S									
ERASMUS STUDIE	Ba	CH	Zurich			2		2	
			Basel			1		1	
		DE	Freiburg		1				1
			Munchen	1		1			2
		ES	Barcelona	1	2				3
			Cadizo	1					1
			Cordobao	2	2	2			6
			Salamanca	1	1	2			4
			Sevilla		2	2			4
			Valencia	2	1	1			4
			Valledo	1	1	1			3
		FI	Ouluo			1			1
		FR	Boredaux	2	1	3			6
			Breso			2			2
			Grenoble			2	2		4
			Lille			2	1		3
			Nantes	1	1	1			3
			Paris			1	1		2
			Strasbourg	1	1	1			3
			Toulouse			1			1
		HU	Pecs			1			1
		IT	Milaan	1	1				2
			Napoli			1			1
NL	Amsterdam			1		1	2		
	Maastricht					1	1		
Totaal				14	26	23		63	
Ma	AT	Graz				1		1	
		Innsbruck				1		1	
	CH	Lausanne				1		1	
	DE	Bochumo			1			1	
		Freiburg				1		1	
		Gotting	1					1	
		Lubeck	1					1	
		Marburg	1					1	
		Munchen	2	2	2			6	
		Munster	1	1				2	
	ES	Cordoba			1			1	
		Salamanca			1			1	
	FI	Ouluo	1			1		2	
	FR	Bresto	1	1	1			3	
		Grenoble	3	2	2			7	
		Lille	3	3	3			9	
		Nantes			1	2		3	
	HU	Pecs	3			1		4	
	IT	Bari	2					2	
		Milaan	2	1	1			4	
	NL	Leiden			1	2		3	
		Maastricht	2	3	1			6	
	Totaal				23	18	20		61
Totaal				37	44	43		124	
ERASMUS BELGICA	Ba	BE	Louvain			1		1	
			Liège			2	1	3	
	Totaal					2	2	4	
	Ma	BE	Bruxelles	1	1	1		3	
			Louvain	5	7	5		17	
Totaal			6	8	6		20		
Totaal				6	10	8		24	
ERASMUS STAGE	Ma	DE	Munster				1	1	
			Totaal				1	1	
Totaal							1	1	
REISBEURSEN									
AFRIKA	Ma	BEN			2	1		3	
		CAM				4	2	6	
		RWA			2	3		5	

		TAN		1	2	3
		Totaal		5	10	17
AZIE	MA	INA	1			1
		IND	6	11	2	19
		PHI	15	9	9	37
		RWA		1		1
		Totaal	22	22	11	60
Z-AMERIKA	MA	ARG	2			2
		BOL		2		2
		BRA		1		1
		CHI	6			6
		CUB	1			1
		ECU	7	6	6	23
		GUA			2	2
		PAR	5	6	2	13
		PER				2
		RWA		1		1
		SUR	1	7	4	12
		URU	6			11
		Totaal	28	23	14	76
Totaal			50	50	35	153

¹ Er zijn ook nog uitgaande studenten die geen beurs hebben of die op vrijwillige basis vertrekken. Deze zijn niet opgenomen in de bovenstaande tabel, maar een volledige lijst kan worden opgevraagd en zal ter beschikking gesteld worden tijdens het bezoek van de visitatiecommissie.

VB11: Onderwijs en examenreglement

<http://www.kuleuven.be/onderwijs/oer/index.php?acjaar=2012&faculteit=50000600>

UNIVERSITEIT ANTWERPEN

Geneeskunde

vlhr

Bijlage 1.2: Matrix domeinspecifieke leerresultaten en eindcompetenties bachelor geneeskunde van de UHasselt

De bachelor in de geneeskunde				
<p>1. heeft kennis van en inzicht in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen van de epidemiologie.</p> <p>2. is in staat om, onder begeleiding, in eenvoudige oefensituaties, een anamnese af te nemen, een lichamenlijk onderzoek uit te voeren, enkele relevante hypothesen te verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie te geven en een te verwachten beloop te schetsen.</p>	x	x	x	
	DLR 1 : Kennis hebben van en inzicht hebben in de werking van de cel, de weefsels, de organen en het menselijk lichaam, in normale en pathologische omstandigheden, in interactie met de omgeving en rekening houdend met de bevindingen van de epidemiologie.			
	DLR 2 : Kennis hebben van eco-, socio-, psych- en biologische evenals culturele diversiteitscomponenten en inzicht hebben op de invloed ervan in het verlenen van patiëntenzorg.			
	DLR 3 : In eenvoudige oefensituaties een hulptraag verkennen, een anamnese afnemen en een lichamenlijk onderzoek uitvoeren, enkele relevante hypothesen verwoorden, een inschatting van de ernst en urgentie van de situatie geven en een te verwachten beloop schetsen.		x	
	DLR 4 : Kennis hebben van de theoretische achtergronden van de arts-patiënt communicatie. De basissprincipes van de medische gespreksvaardigheden toepassen.			
	DLR 5 : Effectief en efficiënt schriftelijk en mondeling een eenvoudige patiënten casus en wetenschappelijk werk rapporteren aan medestudenten, artsen en andere zorgverleners.			
	DLR 6 : Constructief samenwerken in teamverband in opleidingsomstandigheden. De meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context inschatten.			
	DLR 7 : Kennis hebben van de voornaamste aspecten van de organisatie van de Belgische gezondheidszorg in relatie tot de verschillende dimensies van zorgverstreking en gezondheidsbevordering, evenals van de voornaamste elementen die bijdragen tot haar universele toegankelijkheid.			
	DLR 8 : Kennis hebben van de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. Zelfstandig een eenvoudige literatuurstudie uitvoeren en hierbij de kwaliteit van de bestudeerde medische bronnen evalueren.			
	DLR 9 : Onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en uitwerken conform de gangbare wetenschappelijke criteria.			
	DLR 10 : Kennis hebben van de belangrijkste professionele en ethische normen en deze in praktijk brengen.			
DLR 11 : Een ingesteldheid tot levenslang leren en tot het voortdurend bijsturen van eigen professioneel denken en handelen verwerven.				

	DLR1	DLR2	DLR3	DLR4	DLR5	DLR6	DLR7	DLR8	DLR9	DLR10	DLR11
3. kent de basisprincipes van de arts-patiënt gespreksvaardigheden en kan ze toepassen.				x							
4. kan in academische context en in het werkveld doeltreffend (schriftelijke en mondelinge) zakelijk communiceren met andere spelers.					x						
5. kan functioneren in een bestaand team en erkent de meerwaarde van het werken in interdisciplinaire en interprofessionele context.						x					
6. kan het eigen werk effectief en efficiënt organiseren.*											
7. kan in de gezondheidszorg de relaties tussen, arts en patiënt, tussen zorgverstrekkers, beroepsgroepen en organisaties analyseren.			x				x				
8. kent de individuele en collectieve determinanten van gezondheidsgerelateerd en hulpzoekend gedrag en past ze toe bij individuen en groepen.		x	x				x				
9. begrijpt de basisprincipes, de mogelijkheden en de begrenzingen van wetenschappelijke en klinische onderzoeksmethoden.								x			
10. kan gericht relevante wetenschappelijke informatie opzoeken, kritisch analyseren en beheren.								x			
11. kan onder begeleiding een onderzoeksvraag formuleren en verwerken tot schriftelijk verslag, een mondelinge voordracht en kritische vragen beantwoorden.									x		
12. heeft als 'arts van morgen' inzicht in de brede organisatie (juridisch en financieel) van de gezondheidszorg, het kader, de ontwikkelingen en de maatschappelijke verwachtingen inzake kwaliteitsvolle zorg en het belang van samenwerken in multidisciplinaire teams.		x					x				
13. kan kritisch reflecteren op zijn/haar functioneren en ontwikkeling.*											
14. erkent eigen gevoelens, normen en waarden over lijden, leven en dood.*											
15. herkent medisch-ethische problemen en kan omgaan met morele dilemma's tegen de achtergrond van bestaande literatuur, richtlijnen en regelgeving.										x	
16. heeft een attitude van levenslang leren met een persoonlijke leerstrategie.											x

* Specifieke competentie bacheloropleiding geneeskunde UHasselt

Bijlage 2.1: Schematisch programmaoverzicht uitdovend curriculum met studiepunten per opleidingsonderdeel

Modeltraject 1^{ste} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0296 Anatomie en beeldvorming van borst, buik en bekken	V	220	8										
0298 Fysische modellen in medische wetenschappen	V			220	8								
2198 Wetenschappelijke vorming 1: medische statistiek en informatietechnologie	V	55		55	4								
0297 Bio-Chemische basis van de ce	V					220	8						
0299 Structuur en functie van cellen en weefsels	V							220	8				
0304 Communicatievaardigheden (NC)	V					55		55	4				
0305 Genetische informatiestroom	V									220	8		
0300 Transport en communicatie in cellen en weefsels	V											220	8
0303 Gedrag en gezondheid	V									55		55	4

Modeltraject 2^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
2138 Histologie*	K	80	3										
0607 Afweer	V	220	8										
0306 Functionele morfologie	V			220	8								
0312 Verpleegkundige technieken en communicatievaardigheden - Verpleegstage (NC)	V	55		55		80	7						
0307 Mond, kaak en aangezicht	V					120	5						
0309 Zenuwen en zintuigen	V							220	8				
0313 Zorgen en helpen	V					55		55	4				
0311 Metabolisme	V									220			8
0310 Spijsvertering	V											220	8
0314 Wetenschappelijke vorming 2: medische statistiek en epidemiologie	V									55		55	4

* Verplicht voor zij-instromers biomedische wetenschappen

Modeltraject 3^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0604 Circulatie	V	220	8										
1765 Ademhaling	V	180	6										
1766 Medische technieken en klinische vaardigheden - Medische stage (NC)	V	55		55		40	6						
1767 Nier en homeostase	V			35		185			8				
0606 Endocrien stelsel en voortplanting	V							220	8				
0610 Waarden en overtuigingen in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
1841 Exploratie Inleefstage India (NC)	S									220	8		
1768 Exploratie aan de UHasselt (NC)	K									220	8		
0801 Exploratie aan de UGent (NC)	K									250	8		
0609 Infectie	V											220	8
1769 Wetenschappelijke vorming 3: jaarwerkstuk en portfolio** (NC)	V									55		55	4
2118 Inleefstage Mali	F											160	6
2475 Inleefstage Oeganda	F											160	6
2146 Inleefstage DR Congo	F											160	6

** Het bijhouden van een portfolio is VERPLICHT gedurende de 3 bachelorjaren en maakt deel uit van de beoordeling 'Wetenschappelijke vorming 3'

Legende

SBU = Studielastingsuren | SP = Studiepunten | V = Verplicht | S = Na selectie | F = Facultatief | NC = Niet-compenseerbaar

Bijlage 2.3: Schematisch programmaoverzicht nieuw curriculum met studiepunten per opleidingsonderdeel

Modeltraject 1^{ste} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
0296 Anatomie en beeldvorming van borst, buik en bekken	V	220	8										
2274 Gezonde en zieke cellen en weefsels	V			220	8								
2198 Medische statistiek en informatietechnologie	V	55		55	4								
2275 Biochemische basis van de cel	V					220	8						
2277 Transport en communicatie in cellen en weefsels	V							220	8				
0304 Communicatievaardigheden (NC)	V					55		55	4				
2273 Metabolisme	V									220	8		
2276 Genetische informatiestroom	V											220	8
0303 Gedrag en gezondheid	V									55		55	4

Modeltraject 2^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
2943 Histopathologie*	K	120	5										
2944 Afweer	V	220	8										
2945 Rug en onderste lidmaat	V			220	8								
0312 Verpleegkundige technieken en communicatievaardigheden - Verpleegstage** (NC)	V	55		55		80	4						
2946 Nek en bovenste lidmaat	V					220	8						
2947 Mond, kaak en aangezicht	V							220	8				
0313 Spelers in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
2948 Zenuwen en zintuigen	V									220			8
2949 Spijsvertering	V											220	8
0314 Medische statistiek en epidemiologie	V									55		55	4

* Verplicht voor zij-instromers biomedische wetenschappen

** Verpleegstage in paas- of zomervakantie

Modeltraject 3^{de} bachelorjaar geneeskunde

Opleidingsonderdelen		P1 SBU	P1 SP	P2 SBU	P2 SP	P3 SBU	P3 SP	P4 SBU	P4 SP	P5 SBU	P5 SP	P6 SBU	P6 SP
xxxx Circulatie	V	220	8										
xxxx Ademhaling	V	180	7										
1766 Medische technieken en klinische vaardigheden - Medische stage (NC)	V	55		55		40	5						
xxxx Nier en homeostase	V			35		185			8				
xxxx Endocrien stelsel en voortplanting	V							220	8				
0610 Waarden en overtuigingen in de gezondheidszorg	V					55		55	4				
1768 Exploratie aan de UHasselt (NC)	K									220	8		
1841 Exploratie Inleefstage India (NC)	S									220	8		
0801 Exploratie aan de UGent (NC)	K									250	8		
xxxx Infectie	V											220	8
2950 Bachelorproef: jaarwerkstuk en portfolio** (NC)	V									55		55	4
xxxx Buitenlandse inleefstage	F											160	6

** De bachelorproef bestaat uit het jaarwerkstuk en portfolio. Het bijhouden van een portfolio is VERPLICHT gedurende de 3 bachelorjaren.

Legende

SBU = Studielastingsuren | SP = Studiepunten | V = Verplicht | S = Na selectie | F = Facultatief | NC = Niet-compenseerbaar

Bijlage 2.11a: Omvang van het ingezette personeel, ingedeeld naar categorie van aanstelling (academische opleidingen)

Ambt1	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (instelling)2	VTE aan de instelling3	Aantal studiepunten aan de opleiding4
Gewoon hoogleeraar	AMELOOT Marcel	GLW/FYS	1	0,25
	AERTS Marc	WET/WISK	1	2
Hoogleeraar	STINISSEN Pieter	GLW/FBI	1	5,29
	MOLEBERGHS Geert	WET/WISK	0,7	2
	RIGO Jean-Michel	GLW/FBI	1	8,3
	HENDRIX Sven	GLW/MRF	1	0,25
	LAMBRICHTS Ivo	GLW/MRF	1	18,97
	ADRIAENSSENS Peter	WET/CHEM	0,5	3,5
	GEUSENS Pieter	GLW/FBI	0,1	0,45
	DE RYCK Lena	GLW/FBI	1	6,1
	NOBEN Jean	GLW/FBI	1	5,12
	VANDERSTEEN Marie	GLW/MRF	1	38,47
Hoofddocent	VANORMELINGEN Herlinda	GLW/MRF	0,6	11,1
	GUEDENS Wanda	WET/CHEM	1	3,5
	MARTENS Hilda	BEW/BCL	1	1,4
	VAN ELDERE Johan	GLW/FBI	0,1	5,2
	HELLINGS Niels	GLW/FBI	1	1,5
	MULLENS Wilfried	GLW/FBI	0,1	0,085
	MASSA Guy	GLW/FBI	0,05	0,2
	SOMERS Veerle	GLW/FBI	1	3,68
	DENDALE Paul	GLW/FBI	0,1	5
	GYSELAERS Wilfried	GLW/FBI	0,1	0,69
Docent	OP 'T EIJNDE Bert	GLW/FBI	0,5	0,27
	VAN DEN BERGH Joop	GLW/FBI	0,05	1
	VERRESEN Luc	GLW/FBI	0,1	4
	CAENEPEEL Philip	GLW/FBI	0,1	4,3
	HENS Niel	WET/WISK	1	4
	FAES Christel	WET/WISK	1	2
	JANS Frank	GLW/FBI	0,1	3
	RAMAEL Marc	GLW/FBI	0,1	2,24
	VAN MIERLO Jan	BEW/BCL	0,2	10,6
	VAN WIJMEERSCH Bart	GLW/FBI	0,5	0,25
DE CHAFFOY DE COURCELLES Didier	GLW/FBI	0,5	3	
Docent	PADALCO Elizaveta	GLW/FBI	0,5	2,8
	PINXTEN Wim	BEW/BCL	0,15	8
	POLITIS Constantinus	GLW/MRF	0,05	0,1
	HENDRIKX Marc	GLW/FBI	0,1	3,8
	ROBAEYS Geert	GLW/FBI	0,1	0,3
	VAN DER SPEETEN Kurt	GLW/FBI	0,2	3,27
	WEYNS Frank	GLW/MRF	0,05	1,58
	VANDEVENNE Jan	GLW/MRF	0,1	2,25
	ACHTEN Ruth	GLW/MRF	0,1	2,25
	THOMEER Michiel	GLW/FBI	0,1	2
PENDERS Joris	GLW/FBI	0,1	3	
DIERICKX Carl	GLW/MRF	0,05	0,55	
TRUIJEN Jan	GLW/MRF	0,05	0,55	

Ambt 1	Naam	Faculteit/ Departement / Vakgroep (Instelling)	VTE aan de instelling 3	Aantal studiepunten aan de opleiding 4
Gastprofessor	WEYLER Joost	WET/WISK	0,05	2
	MEERT Theo	GLW/FBI	0,05	0,08
	JANSSENS Jaak	GLW/FBI	0,05	0,06
	OMBELET Willem	GLW/FBI	0,1	0,2
	DE BAETS Marc	GLW/FBI	0,05	1
	CASSIMAN David	GLW/FBI	0,05	0,05
Docent tenure track	HENDRIKS Jerome	GLW/FBI	0,2	0,25
	BRONE Bert	GLW/FBI	1	1,8
			22,70	193,605

Aan tien ZAP-leden werden geen studiepunten toegekend omdat ze in 2012-2013 enkel actief deelnemen aan exploratie-topics en het jaarwerkstuk.

Hoogleraar	GYSENS Ingeborg	GLW/FBI	0,10
Hoofddocent	CLAES Neree	GLW/FBI	0,50
	RUMMENS Jean-Luc	GLW/FBI	0,05
Docent	LAUWERYNS Philippe	GLW/FBI	0,05
	DE DEYNE Catherine	GLW/FBI	0,05
	MESOTTEN Liesbet	GLW/FBI	0,10
	MAGERMAN Koen	GLW/FBI	0,05
	VANLDEREN Pascal	GLW/FBI	0,05
	VANDERVOORT Pieter	GLW/FBI	0,10
	MEBIS Jeroen	GLW/FBI	0,10

1 Voor geïntegreerde opleidingen kunnen hier nog andere ambten worden toegevoegd indien deze aanwezig zijn.

2 De naam van de faculteit, het departement of de vakgroep en (in het geval van een interuniversitair georganiseerde opleiding) de instelling waaraan het betrokken personeelslid primair verbonden is.

3 VTE betreft het % aanstelling van het betrokken personeelslid zoals dat contractueel vastgelegd is op het moment van de peiling.

4 Totaal van het aantal studiepunten waarvoor het personeelslid verantwoordelijk is binnen de opleiding.

Bijlage 2.11b: Omvang van het ingezette personeel naar geslacht en leeftijd (academische opleidingen)

AANTALLEN	Geslacht		Leeftijdscategorie						Totaal
	M	V	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65		
ZAP5	45	13	0	13	18	22	5	58	
AAP6	Mandaat-assistent	3	12	12	3	0	0	0	15
	Praktijk-assistent	1	4	1	1	1	2	0	5
	Doctor-assistent	2	4	1	4	1	0	0	6
BAP buiten werkingskredieten	1	3	1	0	0	3	0	4	
ANDEREN (ondersteuning en begeleiding)	19	16	15	6	4	8	2	35	
TOTAAL	71	52	30	27	24	35	7	123	

5 Aantallen van de personeelsleden opgenomen in bijlage 2.11a

6 Bij de categorie AAP worden ook de praktijk-assistenten en doctor-assistenten binnen de eigen werkingskredieten (BAP-statuten) opgenomen.



Instelling: UHasselt

Opleiding: geneeskunde ABA

Studieomvang: 180 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

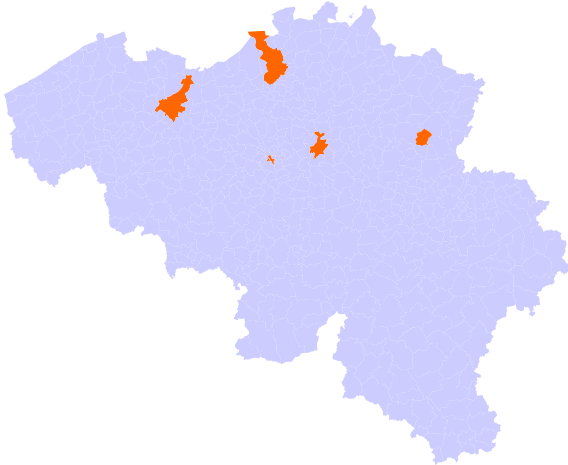
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



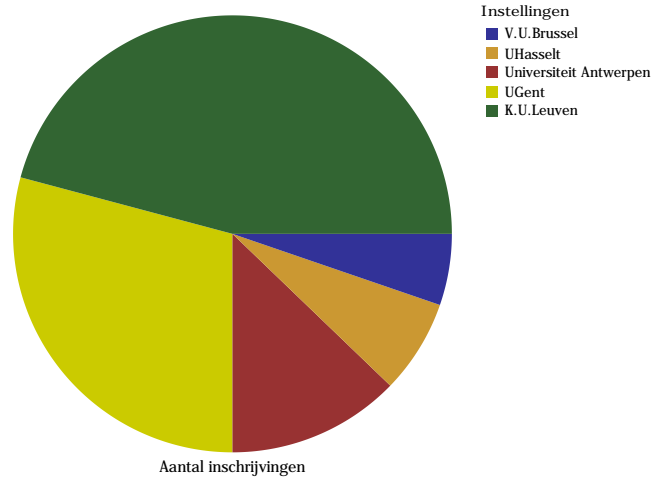
Profiel opleiding geneeskunde ABA (geneeskunde ABA - 0403 180)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



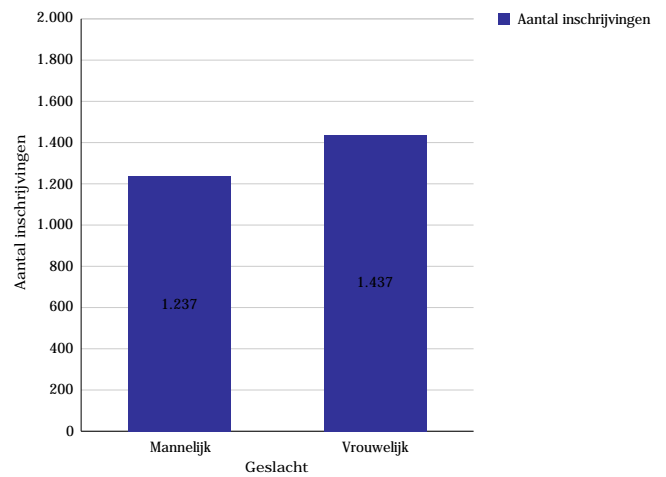
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	1.229
UGent	778
Universiteit Antwerpen	338
UHasselt	185
V.U.Brussel	144

Verdeling geslachten





Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
UHasselt

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	99	8	42	65	36	nvt	0	97	0	0	0	10	107
Academiejaar 2006 - 2007*	189	8	75	122	63	nvt	57	180	2	0	0	15	197
Academiejaar 2007 - 2008*	180	8	73	115	46	nvt	55	179	2	0	0	7	188
Academiejaar 2008 - 2009	184	11	81	114	42	19	71	186	2	0	0	7	195
Academiejaar 2009 - 2010	199	14	82	131	43	22	65	204	1	0	0	8	213
Academiejaar 2010 - 2011	183	28	87	124	52	26	84	198	2	0	0	11	211
Academiejaar 2011 - 2012	170	15	81	104	33	19	59	172	3	0	0	10	185
Academiejaar 2012 - 2013 **	168	19	92	95	28	nvt	0	175	3	0	0	9	187

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	1.424	119	602	941	679	nvt	0	1.397	3	0	0	143	1.543
Academiejaar 2006 - 2007*	2.184	142	918	1.408	669	nvt	672	2.099	5	0	0	222	2.326
Academiejaar 2007 - 2008*	2.117	206	939	1.384	554	nvt	727	2.097	7	0	0	219	2.323
Academiejaar 2008 - 2009	2.068	221	972	1.317	552	248	775	2.058	6	0	0	225	2.289
Academiejaar 2009 - 2010	2.350	216	1.087	1.479	743	291	707	2.297	6	0	1	262	2.566
Academiejaar 2010 - 2011	2.425	246	1.177	1.494	644	315	784	2.411	9	0	1	250	2.671
Academiejaar 2011 - 2012	2.360	314	1.237	1.437	566	292	889	2.411	13	0	1	249	2.674
Academiejaar 2012 - 2013 **	2.234	435	1.245	1.424	569	nvt	4	2.415	13	0	0	241	2.669

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

UHasselt

	Aantal trajectstarters
2006	94
2007	59
2008	66
2009	93
2010	70
2011	58

Alle instellingen

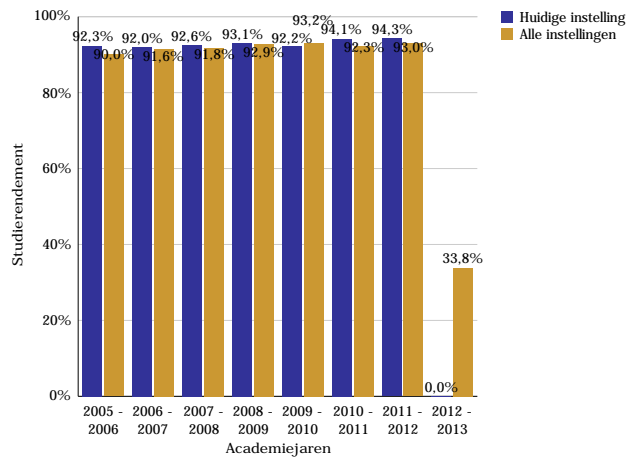
	Aantal trajectstarters
2006	863
2007	745
2008	766
2009	1.108
2010	875
2011	849



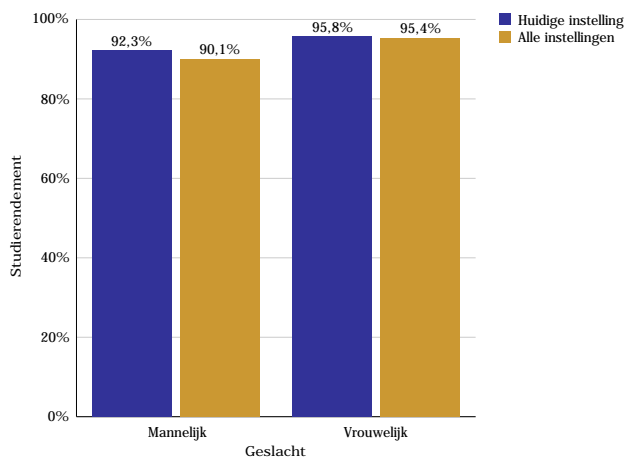
Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt

Studierendement

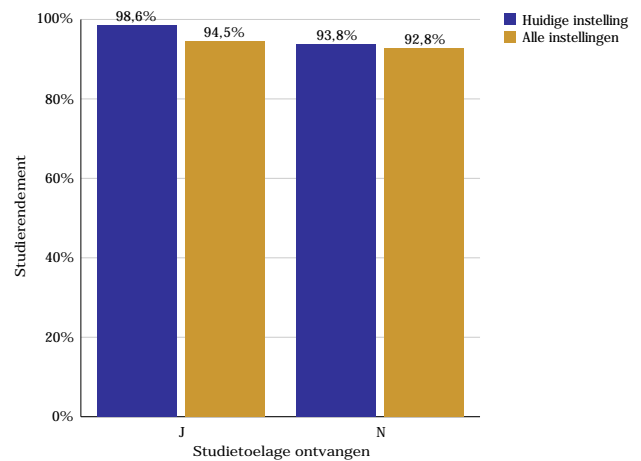
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		21	58	2	5	86
	2007		10	40	5		55
	2008		22	37	2		61
	2009	1	36	44			81
	2010		13				13
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						
		1	2	3	4	5	6	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	27	75	597	57	15	8	779
	2007	6	91	503	54	9		663
	2008	7	105	528	50			690
	2009	13	165	704				882
	2010	14	104					118
	2011	9						9

Percentage afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		22,83%	63,04%	2,17%	5,43%	93,48%
	2007		16,67%	66,67%	8,33%		91,67%
	2008		32,35%	54,41%	2,94%		89,71%
	2009	1,06%	38,30%	46,81%			86,17%
	2010		18,57%				18,57%
	2011						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma						
		1	2	3	4	5	6	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	3,13%	8,69%	69,18%	6,60%	1,74%	0,93%	90,27%
	2007	0,81%	12,21%	67,52%	7,25%	1,21%		88,99%
	2008	0,91%	13,71%	68,93%	6,53%			90,08%
	2009	1,17%	14,89%	63,54%				79,60%
	2010	1,60%	11,89%					13,49%
	2011	1,06%						1,06%



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		21				21
	2008 - 2009		10	58			68
	2009 - 2010	1	22	40	2		65
	2010 - 2011		36	37	5	5	83
	2011 - 2012		13	44	2		59
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	27						27
	2007 - 2008	6	75					81
	2008 - 2009	7	91	597				695
	2009 - 2010	13	105	503	57			678
	2010 - 2011	14	165	528	54	15		776
	2011 - 2012	9	104	704	50	9	8	884
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

UHasselt

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		100,00%				100,00%
	2008 - 2009		14,71%	85,29%			100,00%
	2009 - 2010	1,54%	33,85%	61,54%	3,08%		100,00%
	2010 - 2011		43,37%	44,58%	6,02%	6,02%	100,00%
	2011 - 2012		22,03%	74,58%	3,39%		100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van diploma	2006 - 2007	100,00%						100,00%
	2007 - 2008	7,41%	92,59%					100,00%
	2008 - 2009	1,01%	13,09%	85,90%				100,00%
	2009 - 2010	1,92%	15,49%	74,19%	8,41%			100,00%
	2010 - 2011	1,80%	21,26%	68,04%	6,96%	1,93%		100,00%
	2011 - 2012	1,02%	11,76%	79,64%	5,66%	1,02%	0,90%	100,00%
	Niet van toepassing							



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

UHasselt

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	5	2					7
	2007	1		2		1		4
	2008	2	1		3			6
	2009	3	1	7				11
	2010	4	53					57
	2011	58						58

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	40	27	6	3	3	5	84
	2007	31	12	16	4	19		82
	2008	18	13	9	36			76
	2009	36	26	164				226
	2010	29	728					757
	2011	840						840

Percentage drop out per academiejaar

UHasselt

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	5,32%	2,13%					7,45%
	2007	1,69%		3,39%		1,69%		6,78%
	2008	3,03%	1,52%		4,55%			9,09%
	2009	3,23%	1,08%	7,53%				11,83%
	2010	5,71%	75,71%					81,43%
	2011	100,00%						100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out						Totaal
		1	2	3	4	5	6	
Academiejaar van start traject	2006	4,63%	3,13%	0,70%	0,35%	0,35%	0,58%	9,73%
	2007	4,16%	1,61%	2,15%	0,54%	2,55%		11,01%
	2008	2,35%	1,70%	1,17%	4,70%			9,92%
	2009	3,25%	2,35%	14,80%				20,40%
	2010	3,31%	83,20%					86,51%
	2011	98,94%						98,94%



Opleiding geneeskunde ABA - Instelling UHasselt
Vestiging Agoralaan Gebouw D, Diepenbeek

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

UHasselt, Agoralaan Gebouw D, Diepenbeek

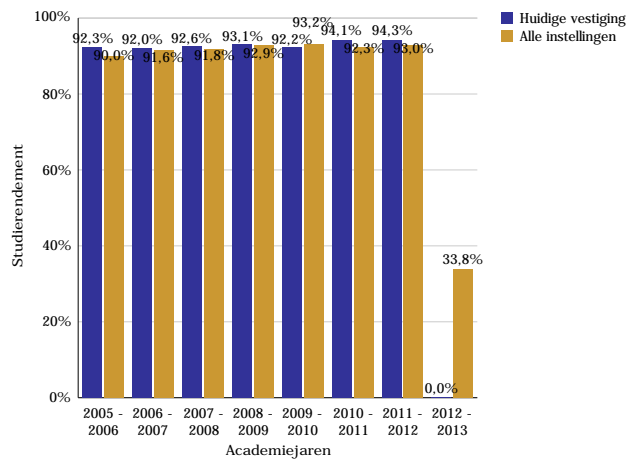
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2005 - 2006*	99	8	42	65	36	0	0	97	0	0	0	10	107
Academiejaar 2006 - 2007*	189	8	75	122	63	0	57	180	2	0	0	15	197
Academiejaar 2007 - 2008*	180	8	73	115	46	0	55	179	2	0	0	7	188
Academiejaar 2008 - 2009	184	11	81	114	42	19	71	186	2	0	0	7	195
Academiejaar 2009 - 2010	199	14	82	131	43	22	65	204	1	0	0	8	213
Academiejaar 2010 - 2011	183	28	87	124	52	26	84	198	2	0	0	11	211
Academiejaar 2011 - 2012	170	15	81	104	33	19	59	172	3	0	0	10	185
Academiejaar 2012 - 2013**	168	19	92	95	28	0	0	175	3	0	0	9	187

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

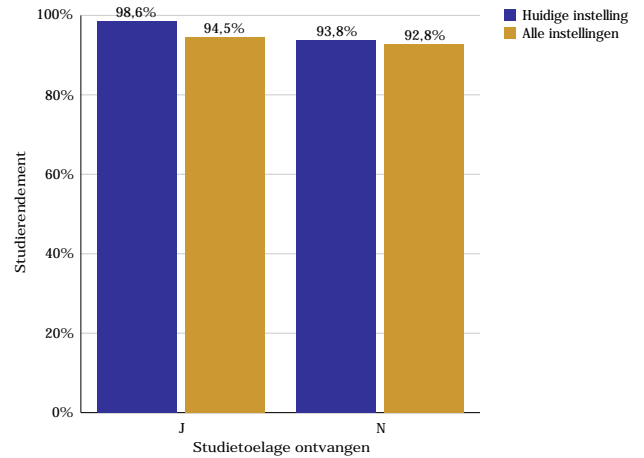
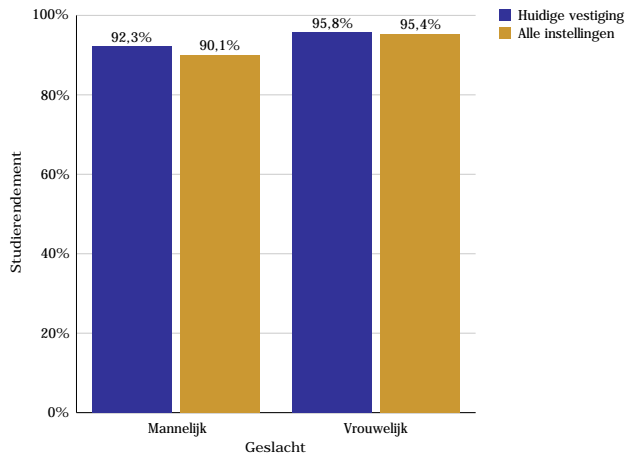
Studierendement

Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012

Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012



Bijlage 3.4: Buitenlandse inleefstages

Activiteiten ter voorbereiding van de inleefstage

Infoavond India	Infoavond voor studenten geneeskunde: algemene informatie door prof. Vandersteen en ervaringen van alumni
Deadline motivatiebrief Selectie-interviews	De selectie van geïnteresseerden gebeurt door een commissie bestaande uit een aantal ZAP-leden, eventueel aangevuld met een externe deskundige. Doorslaggevend is zijn/haar motivatie om deel te nemen aan de inleefstage. Kandidaten richten hun motivatiebrief aan de selectiecommissie en worden uitgenodigd hun motivatie te komen toelichten tijdens een interview.
Kick-off India	Tijdens een eerste vergadering met studenten en verantwoordelijken worden alle opdrachten en deadlines besproken
Aanvraag beurs	5 documenten bezorgen aan de instellingscoördinator voor ontwikkelingssamenwerking (ICOS - bij UHasselt Lia Van Hoef lia.vanhoef@uhasselt.be): <ul style="list-style-type: none"> • Aanvraagformulier (Verplicht formaat - elektronisch & hard copy - Engels of Frans) • Aanbevelingsbrief Vlaamse promotor (Elektronisch & hard copy) • Uitnodigingsbrief lokale promotor (Elektronisch & hard copy) • Motivatiebrief (Elektronisch & hard copy) Online registratie: http://vliruos.poll daddy.com/s/reisbeurzen-2012-registratieformulier
Reis-wijs (Lia Van Hoef)	Interculturele workshop
Individuele taak (Monique Maelstaf)*	Elke student maakt een werkstuk over een specifiek onderwerp en presenteert dit aan zijn medestudenten.
Jaarwerkstuk gekoppeld aan inleefstage* (Inge Gyssens)	<u>Fase I (2010-2011)</u> : Observaties in het IIMC , onderwerpen: . Hand hygiene . Injections and handling of sharps . Skin ailments . Burns <u>Fase II (2011-2012)</u> : Terugkoppelen van observaties en Barrier analyse met het oog op veranderingen (optimalisatie) mbt de 4 onderwerpen Bijkomend, alles overkoepelend onderwerp: Waste disposal <u>Fase III (2012-2013)</u> : Aanvullen van observatie, eventueel follow up en (vervolg) Barrier analyse met het oog op acceptatie van interventies (optimalisatie) mbt de verschillende onderwerpen; opstellen van een concreet verbeterplan mbt 3 onderwerpen
Groepsopdracht	Groepsopdracht om studenten geneeskunde en sympathisanten te laten kennismaken met het project. Fundraising is geen verplichte opdracht.
Hoorcollege huidinfecties (Inge Gyssens)	Omdat huidinfecties een veelvoorkomend probleem is in India wordt hierover een apart hoorcollege gegeven.
Sessie brandwondencentrum (Michael Casaer KULeuven)	Omdat brandwonden een veelvoorkomend probleem is in India wordt hierover een aparte sessie gegeven.

Wekelijks activiteitenverslag	Elke week mailen naar coördinator
Reflectieverslag	Indienen na terugkeer
Debriefing	Terugkommoment op facultair niveau
Integreer-je-weer (Lia Van Hoef)	Terugkommoment VLIR-UOS
Evaluatie	Tijdens de voorbereidingsfase krijgt de student(e) een aantal opdrachten die hij/zij individueel of in groep moet uitvoeren. Deelname is verplicht. De student(e) wordt beoordeeld op zijn/haar opdrachten tijdens de voorbereidingsfase, op de verslagen die de student(e) moet maken tijdens de inleefstage en hij/zij wordt ter plaatse beoordeeld door de lokale coördinator.

* enkel voor studenten IIMC

Academiejaar	Locatie	Aantal studenten
2006-2007	India Calcutta, IIMC	6
2007-2008	India Calcutta, IIMC	13
2008-2009	India Calcutta, IIMC	8
2009-2010	India Calcutta, IIMC	8
	Mali	6
2010-2011	India Calcutta IIMC	8
	Mali	9
	DR Congo, Bukavu	4
2011-2012	India Calcutta, IIMC	8
	Oeganda	4
2012-2013	India Calcutta, IIMC	8
	India, Bangalore	4
	India, Jaipur	4

Calcutta: Institute for Indian Mother en Child (IIMC): <http://www.iimcmisioncal.org/>

Mali: <http://planet-equitable.over-blog.org/>

Congo: <http://stagebukavu2011.blogspot.be/>

Oeganda: <http://www.inleefstageoeganda2012.blogspot.be/>

Bangalore: <http://www.sahaya.org/prerana/>

Jaipur: <https://sites.google.com/a/opusiii.be/extranet-opus-iii-vzw/>

UGENT, VUB, UHASSELT,
KU LEUVEN, UANTWERPEN

Huisartsgeneeskunde

vlhr

X.2. de gevalideerde domeinspecifieke leerresultaten Huisartsopleiding

Een werkgroep van de VLIR omschreef de 8 kerncompetenties van de huisartsgeneeskunde die voldoen aan de voorschriften van het leerresultatenkader van het Vlaamse Kwalificatieraamwerk zoals in 2009 bepaald bij Decreet door de Vlaamse Regering:

1. specifieke eerstelijnszorgverlening:
de zorgverlening in de eerste lijn in al zijn specifieke facetten autonoom beheren en daarbij de eindverantwoordelijkheid dragen binnen zijn competentieniveau, waarbij de zorg voor elke patiënt wetenschappelijk, gecoördineerd en kosten-effectief georganiseerd wordt;
2. persoonsgerichte zorg:
elke patiënt persoonsgericht en individueel benaderen binnen de eigen specifieke context waarbij patiëntgerichte consultvoering en complexe communicatietechnieken adequaat kunnen gehanteerd worden en aangepast worden naargelang elke aparte situatie;
3. specifieke probleemoplossende vaardigheden:
een besliskundig specifiek huisartsgeneeskundig kader hebben dat gebaseerd is op prevalentie en incidentie van ziekte op gemeenschaps- en praktijkniveau; dat rekening houdt met stapsgewijze onderzoeksplanning, doelmatig gebruik van tijd en omgaan met onzekerheid; en waarbij kennis van diagnosemiddelen en therapeutische interventies op een wetenschappelijke manier kunnen toegepast worden per specifieke situatie en waarbij de patiënt een juist gedoseerde inspraak heeft; de probleemoplossing kan autonoom en deskundig gebruikt worden bij spoedinterventies en bij chronische klachten zowel als bij vroege of ongedifferentieerde klachten;
4. integrale aanpak:
ondanks de analytische benadering van multiple pathologieën kunnen deze toch synthetisch/holistisch benaderd worden, zo nodig in interdisciplinaire samenwerking, waarbij gezondheidspromotie en 'empowerment', preventie, genezing, verzorging, rehabilitatie en palliatie aan bod komen;

5. gerichtheid op de gemeenschap:
individuele gezondheidsnoden en de gemeenschapsnoden kennen, ze in balans kunnen brengen met de beschikbare middelen en er verantwoordelijkheid voor opnemen in de eigen gemeenschap in het kader van maatschappelijk verantwoorde zorg;
6. biopsychosociale benadering:
een holistische benadering van alle aspecten van de patiënt en zijn systeem/omgeving waarbij telkens biologische, psychologische en sociale elementen worden geïntegreerd;
7. professionele opstelling en levenslang leren:
kunnen omgaan met eigen professionele mogelijkheden, waarden en ethiek waarbij men zich kan en wil opstellen als deskundige, manager, organisator, wetenschapper, geëngageerde actor in de eigen gezondheidszorgregio en waarbij men zich kan en wil opstellen als levenslang lerende en levenslange kwaliteitsverbeteraar ("change agent");
8. synthese en integratie:
een reflectieve synthese kunnen brengen rond al de facetten en aspecten van de persoon, zijn/haar klachten, doelen, verwachtingen, ziekten, problemen, therapieën en specifieke context.

X.3. de verschillende abstractieniveau's voor de gebruikte eindtermen:

In onderstaand schema is de integratie opgenomen van de 7 rollen van de CanMEDS, de 8 kerncomptenties en 25 competenties van de Educational Agenda van EURACT. Er bestaat ook een uitgebreid excel-bestand waarbij elk van de 198 toetselementen van de Vlaamse toetslijst beschreven is aan de hand van de overeenkomende rollen van de CanMEDS en competenties van de Educational Agenda van EURACT. Er is ook een andere excel-versie voorhanden voor de studenten en begeleiders waarbij elk toetselement in detail is beschreven: specifieke leerdoelen, mogelijke opleidingsmodules over dit thema, interessante literatuur, overeenkomende ICPC-codes, adviezen voor leeragenda:

Schema van doelen, afgeleid van kerncompetenties EURACT, gerelateerd aan rollen CanMEDS

Hoofdkompetentie 1 : Eerstelijnszorgverlening

Aan het einde van de specialisatieopleiding zal de huisarts in staat zijn

Can MEDS Rollen	Competentie (N=25)	Hoofddoel (N=80)	Woordformulering
M	1.1 : Het primair contact met patiënten in de eerstelijns in al zijn facetten kunnen beheren en managen		Eerstelijnsmanagement
ME		1.1.1 Kennis van het aanbod	Eerstelijns-epidemiologie

		en de epidemiologie in de klachtenpresentatie van patiënten	
ME		1.1.2 Omtrent de typische vroegsymptomen en klachten, zoals gepresenteerd in de eerstelijns, kunnen de diagnostische en behandelingsmogelijkheden kennen en beheersen	Vroegsymptoombehandeling
C		1.1.3 Een benadering hanteren die vlotte toegankelijkheid garandeert voor patiënten met hun niet geselecteerde klachten	Open toegankelijkheid
M		1.1.4 Een gestructureerd schema hebben voor het managen en begeleiden van chronische aandoeningen	Chronische zorgmanagement
ME	1.2 : een bagage verworven hebben voor de volledige waaier van gezondheidsproblemen die zich kunnen aanbieden		Eerstelijnszorg
ME		1.2.1 kennis hebben van de preventieactiviteiten in de eerstelijnspraktijk	Preventiekennis
ME		1.2.2 Medische Vaardigheden beheersen voor de opvang van preventieve, acute, chronische, palliatieve en spoedgevallenzorg	Vaardighedenpallet
ME		1.2.3 klinische vaardigheden beheersen in anamnese, klinisch onderzoek, en het inschakelen van bijkomende diagnostische tests	Klinisch pallet
ME		1.2.4 kennis en vaardigheden in medicamenteuze en niet medicamenteuze behandeling van de gezondheidsaandoeningen	Farmacologisch pallet
ME		1.2.5 de vaardigheid tonen om prioriteiten in deze beslissingen te maken	Keuzevaardigheid
S	1.3 als zorgcoördinator functioneren met andere beroepsgroepen in de eerstelijns en met tweedelijnspecialisten		Zorgcoördinatie
S		1.3.1 Eerstelijnsopvang kunnen binnen de eigen praktijk kunnen organiseren	Praktijkorganisatie
S		1.3.2 een efficiënte	Praktijkcommunicatie

		communicatie kunnen realiseren met andere praktijkmedewerk(st)ers	
S		1.3.3 bredere teamvaardigheden beheersen in eerstelijnsverband	Teamspel
S		1.3.4 efficiënt kunnen samenwerken en afspreken met specialistische diensten	Tweedelijnscoördinatie
M	1.4 aangepaste zorg kunnen organiseren en kost-efficiëntie tonen in het gebruik van bredere gezondheidsvoorzieningen		Zorgefficiëntie
M		1.4.1 Kennis van de gezondheidsorganisatie en de taakomschrijving van de geledingen ervan in hun verhouding tegenover de eerstelijnszorg	Zorgorganisatiekennis
G	1.5 voor de patiënt de meest geschikte zorg verkrijgen in het gezondheidszorgsysteem		Zorgbemiddeling
C		1.5.1 de nodige communicatievaardigheden bezitten om raad te geven, informatie te verstrekken en diverse behandelingskeuzes te bespreken tegenover de patiënt en de familie	Coaching communicatie
M		1.5.2 medisch dossierbeheer, informatieorganisatie, praktijkorganisatie, en kwaliteitsevaluatie van de verleende zorg kunnen organiseren	Medisch dossierbeheer
G	1.6 de rol van patiëntencoach kunnen opnemen in diens rondgang in de gezondheidszorg		Patiëntencoaching
C		1.6.1 een efficiënt partnerschap kunnen uitbouwen en onderhouden aan de zijde van de patiënt	Partnerschap
M		1.6.2 vaardigheden ontwikkelen in leiderschap, onderhandelen en compromissen afsluiten	Leiderschap

Can MEDS Rollen	Competenties	Hoofddoel	Woordformulering
C	2.1 een persoonsgerichte omgang ontwikkeld hebben met patiënten en hun problemen in context		Persoonsbegeleiding
ME		2.1.1 Basale kennis bezitten om de persoon te begrijpen, inclusief diens groei, doelen en verwachtingen naar het leven	Levensdoelbegeleiding
ME		2.1.2 Een referentiekader ontwikkeld hebben om gezinsdimensies, gemeenschapsdimensie, sociale en culturele dimensies te hanteren bij patiënten in hun grondhouding, waarden en overtuigingen	Gezinsbegeleiding
ME		2.1.3 ziektegevoel en ziekte kunnen onderscheiden	Ziekenbegeleiding
C	2.2 een patiëntgerichte consultvoering kunnen toepassen, inbegrepen de nodige communicatietechnieken en relatievaardigheid		Consultvaardigheid
C		2.2.1 een patiëntgericht consultatievoering kunnen opbouwen, vertrekken van de patiëntenagenda, integratie van de doktersagenda, gemeenschappelijke doelstellingen formuleren en een gemeenschappelijk actieplan opstellen	Consultatiekennis
C		2.2.2 Bevinden kunnen meedelen in een aan de patiënt aangepaste en verstaanbare manier, en de visie van zichzelf en van de patiënt integreren tot een gemeenschappelijk beslissing	Patiëntvertaling
C		2.2.3 een beleid kunnen uitwerken dat de autonomie van de patiënt respecteert	Beleidsplanning
C		2.2.4 gevoeligheid tonen voor het subjectieve in de medische relatie, zowel van de kant van de patiënt (gevoelens, waarden, voorkeuren) als van de eigen dokters kant (zelfinzicht in eigen	Waardenmatching

		waarden, houdingen en gevoelens)	
C	2.3 kunnen communiceren, prioriteiten stellen en acties initiëren vanuit een partnerschap met de patiënt		Prioriteitenintegratie
C		2.3.1 Vaardigheden en attitudes bezitten om een partnerschap met de patiënt aan te gaan	Partnerrelatie
C		2.3.2 Vaardigheden en attitudes in het in balans houden van nabijheid en afstand	Afstand en nabijheid
M	2.4 continue zorg over langere perioden aan de individuele patiënt kunnen aanbieden		Levensloopbegeleiding
M		2.4.1 de 3 aspecten van continuïteit begrijpen en beheersen: de persoonsgebonden continuïteit, de dossiercontinuïteit bij verwijzing, en de zorgcontinuïteit dag en nacht organiseren	Zorgcontinuïteit
C		2.4.2 interesses, vaardigheden en attitude hebben voor langdurige omgang met eenzelfde patiënt	Levensloopinteresse
M		2.4.3 Continuïteit op afstand kunnen onderhouden, via betrokkenheid en dossierinformatie wanneer de patiënt elders verzorgd wordt	informatiebeheerder
ME		2.4.4 functioneren in wachtdienstsysteem	Wachtarts

Hoofdkompetentie 3 : Specifieke probleemoplossende vaardigheden

Can MEDS Rollen	competenties	Hoofddoel	Woordformulering
ME	3.1 een besliskundig kader bezitten dat gebaseerd is op de prevalentie en de incidentie van ziekte op gemeenschaps- en op praktijkniveau		Eerstelijnsbesliskunde
ME		3.1.1 Kennis hebben van de ziektebeelden in de huisartspraktijk, met hun specifieke incidenties en prevalenties	Prevalentiekennis
ME		3.1.2 Kennis gebruiken van de	Praktijkpopulatie

		praktijkpopulatie (leeftijds- en geslachtsdistributie, prevalentie aan chronische aandoeningen)	
ME		3.1.3 klinisch redeneren en besliskundige regels kennen en kunnen toepassen	Klinisch redeneren
ME	3.2 dit besliskundig kader probleemgericht kunnen toepassen in de praktijksituatie en hieruit in overleg met de patiënt komen tot een aangepast beleidsplan		Beleidsimplementatie
ME		3.2.1 relevante informatievragen en nuttig fysisch onderzoek kunnen verbinden aan het voorliggend probleem	probleemimplementatie
ME		3.2.2 relevante context kunnen verzamelen uit familiale en sociale context per aangemeld probleem	contextinformatie
ME		3.2.3 kennis bezitten van beschikbare technieken en behandelingen per aangemeld probleem	implementatiekennis
ME		3.2.4 anamnesticke en klinische onderzoeksvaardigheden bezitten per aangemeld probleem	semeiologiekennis
ME		3.2.5 in staat wetenschappelijk gefundeerd therapeutisch beleid of hulaanbod aan te bieden	Wetenschappelijk beleidskennis
ME		3.2.6 bereidheid tonen om de patiënt te betrekken in de beleidsplanning	Betrokken implementatie
ME	3.3 gebruik maken van de specifieke huisartsgeneeskundige elementen als stapsgewijze onderzoeksplanning, doelmatig gebruik van tijd, en omgaan met onzekerheid		HA-zoekstrategie
ME		3.3.1 een huisartsenattitude tonen, inclusief nieuwsgierigheid, geduldigheid en zorgaandacht	HA-interesse
ME		3.3.2 een stapsgewijze besliskunde kunnen hanteren, gebruik makend van tijd als diagnostisch en therapeutisch instrument	Tijdsperspectief
ME		3.3.3 de onvermijdbaarheid accepteren van onzekerheid bij huisartsgeneeskundige beslissingen, en dit kunnen verrekenen	Onzekerheid

ME	3.4 spoedinterventies kunnen leveren waar nodig		Spoedarts
ME		3.4.1 kennis tonen van specifieke besliskunde in spoedeisende situaties	Urgentiekennis
ME		3.4.2 vaardigheden tonen in het behandelen van spoedeisende situaties	urgentievaardigheid
ME	3.5 Vroege en ongedifferentieerde klachten kunnen hanteren		Vroegeklacht-opvang
ME		3.5.1 weten wanneer kan worden gerustgesteld, afgewacht en waar bijkomende onderzoek nodig en nuttig is	Vroegeklacht-besliskunde
ME	3.6 de kennis tonen om diagnosemiddelen en therapeutische interventies effectief kunnen toepassen		Medische efficiëntie
ME		3.6.1 positief en negatief voorspellende waarden kennen van symptomen, tekens en bevindingen, ook van bijkomende tests in hun klinische context	Klinische context-kennis
ME		3.6.2 inzicht hebben in kost-efficiëntie van testen en behandelingen, inclusief begrippen als NNT en NNH	Kostefficiëntiekennis

Hoofdcompetentie 4 : Integrale aanpak

Can MEDS rollen	Competenties	Hoofddoelen	Woordformulering
ME	4.1 tegelijk en complementair multipele klachten en pathologieën behandelen, zowel acute als chronische bij eenzelfde persoon		Integrator
ME		4.1.1 complementariteit en beïnvloeding van multimorbiditeit bij eenzelfde persoon kunnen hanteren	Multimorbiditeitsmanagement
ME		4.1.2 tegelijk kunnen omgaan met al de gezondheidsproblemen van een patiënt, middels identificatie, exploratie, onderhandeling, aanvaarding en prioritisering	Multimorbideitsbegeleiding
M		4.1.3 deze benadering kunnen onderbouwen via aangepaste	Multimorbiditeitsregistratie

		ordering van het medisch dossier	
ME		4.1.4 deze benadering kunnen onderbouwen met wetenschappelijke evidentie	Multimorbiditeitskennis
G	4.2 kan daarbij gezondheidspromotie en welzijn integreren via gepaste strategieën		Gezondheidspromotie
G		4.2.1 het begrip gezondheid verstaan in al zijn facetten	Gezondheidskennis
G		4.2.2 gezondheidspromotie integreren op individuele basis in het dagelijks contact	Gezondheidsintegratie
G		4.2.3 gezondheidspromotie en preventie programma's bevorderen in de eerstelijnssetting	Gezondheidsbevordering
G		4.2.4 de rol van de huisarts verstaan in gezondheidsbevordering binnen de maatschappij	HA-gezondheidspromotie
G		4.2.5 de ethische spanning herkennen en korrekt hanteren tussen individuele behoeften en gemeenschapsbehoeften	gezondheidsbemiddelaar
M	4.3 coordinatie aankunnen tussen genezing, verzorging, palliatie en rehabilitatie bij een individuele patiënt		Globale zorgcoördinatie
M		4.3.1 de verschillende bijdragen van disciplines en teamleden hierin begrijpen	Disciplinekennis
M		4.3.2 de verschillende benaderingswijzen kunnen gebruiken bij eenzelfde patiënt	diversiteitscoördinatie
M		4.3.3 de coordinatie kunnen verzekeren van een praktijkteam	Teamcoördinatie globale zorg

Hoofdcompetentie 5 : Gerichtheid op de gemeenschap

Can MEDS rollen	Competenties	Hoofddoelen	Woordformulering
G	5.1 De individuele gezondheidsnoden en de gemeenschapsnoden kunnen in balans brengen met de beschikbare middelen		Individuele bemiddeling

G		5.1.1 de gezondheidsnoden van een bevolking kunnen verbinden aan epidemiologische karakteristieken van de populatie	Populatiekennis
G		5.1.2 de verwevenheid begrepen tussen gezondheidszorg en sociale zorgverlening	Verwevenheidskennis
G		5.1.3 het impact begrijpen van armoede, ras, en lokale epidemiologie op de gezondheid	Impactkennis
G		5.1.4 gevoelig zijn voor ongelijkheid in de gezondheidszorg	Ongelijkheidsgevoel
M		5.1.5 de structuur van de gezondheidszorg begrijpen in relatie tot de economische en financiële beperkingen	Gezondheidsorganisatiekennis
G		5.1.6 het belang verstaan van praktijkinformatie en bevolkingsinformatie op de kwaliteit van de praktijk	Praktijkinformatie
M		5.1.7 kunnen samenwerken met andere professionals in het gemeentelijk beleid, betrokken in gezondheidszorg, en hun taak kunnen situeren	Gemeentelijke samenwerking
M		5.1.8 begrijpen hoe gezondheidszorgsystemen kunnen worden doorlopen en gebruikt door dokters zowel als door patiënt, elk volgens hun eigen context (verwijsprocedures, betalingssystemen, ziekteverlofprocedures, wettelijke regelgeving etc..)	Doorstroomdeskundigheid
G		5.1.9 behoeften van het individu kunnen in overeenstemming brengen met de behoeften van de gemeenschap waarin ze leven	Behoeftenkeuze

Hoofdcompetentie 6 : Biopsychosociale benadering

Can MEDS Rollen	Competenties	Hoofddoelen	Woordformulering
ME	6.1 Mensen en hun problemen holistisch benaderen		Totaalintegratie
ME		6.1.1 Een biopsychosociaal model hanteren, dat rekening	Biopsychosociaalbenadering

		houdt met culturele en existentiële dimensies	
ME			

Hoofdcompetentie 7 : professional en levenslang lerende

Can MEDS Rollen	Competenties	Hoofddoelen	Woordformulering
P	7.1 als dokter de impact begrijpen van de lokale context, financiële en structurele praktijkorganisatie, op de inhoud en de kwaliteit van het huisartsenwerk		praktijkrealisme
P		7.1.1 De impact begrijpen van de lokale factoren zoals socioeconomische omgeving van de praktijk op haar werkorganisatie	praktijkimpact
P		7.1.2 De impact begrijpen van werkoverlast en organisatie op de inhoud van het medisch werk, en de kwaliteit van de stafwerking	grensbepanking
P		7.1.3 De impact begrijpen van het financieel en wetgevend kader op de inhoud van het praktijkwerk	Economisch impact
P	7.2 kunnen omgaan met de eigen professionele mogelijkheden, waarden en ethiek		Professionele waarden
P		7.2.1 de invloed begrijpen van eigen levensstijl, mogelijkheden, waarden en ethische visie in elk onderdeel van het praktijkwerk: preventie, diagnostiek, behandeling, levensstijlbeïnvloeding	levensstijlkennis
P		7.2.2 de eigen ethische dimensie bij praktijkproblemen uitklaren en verantwoorden	Ethische bagage
P		7.2.3 werk en eigen levensbehoeften met elkaar in evenwicht kunnen brengen	Eigen leven balans
L	7.3 een kritische en op wetenschap gebaseerde attitude ontwikkeld hebben in alle praktijkfacetten, en deze levenslang kunnen onderhouden door navorming en kwaliteitsverzekering		Wetenschappelijk denken
L		7.3.1 vertrouwd zijn met de	Wetenschapskennis

		principes, methoden en concepten van wetenschappelijk onderzoek, en met basisstatistiek (incidentie, prevalentie, voorspellende waarden etc...)	
L		7.3.2 een grondige kennis hebben van de wetenschappelijk basis van preventie, pathologie, diagnostiek, behandeling en prognose, epidemiologie, besliskunde, hypothesevorming en problem solving	Wetenschapsbasis
L		7.3.3 kritisch literatuur kunnen verzamelen, lezen en beoordelen	Literatuurverzameling
L		7.3.4 levenslang leren en kwaliteitsverzekering opstarten en kunnen onderhouden	Levenslang lerende

Hoofdcompetentie 8 : Synthese en integratie

Can MEDS Rollen	Competenties	Hoofddoelen	Woordkeuze
ME	8.1 Synthese kunnen brengen rond al de facetten en aspecten van de persoon, zijn klachten, doelen, verwachtingen, ziekten, problemen en therapieën		Synthetiseren
ME		8.1.1 Integratie kunnen maken van al het geleerde rond de individuele problematiek van de individuele patiënt	patiëntsynthese
ME		8.1.2 dit kunnen toepassen op een natuurlijke geïntegreerde manier in het contact met de patiënt	Syntheseimplementatie
ME		8.1.3 Complexiteit en context hebben leren hanteren in alle facetten van de omgang met de individuele patiënt	Complexiteitsomgang
ME		8.1.4 vanuit een metacognitief niveau kunnen reflecteren op alle aspecten van het professionele handelen	Metacognitie

X.15.gegevens m.b.t. personeelsbezetting (omvang, leeftijd, geslacht)

Aangezien de medewerk(st)ers die participeren aan het opleidingsprogramma van de master na master huisartsgeneeskunde in verschillende statuten werken en omdat de vier universiteiten elk andere allocatiemechanismen gebruiken is het niet evident om één gemeenschappelijke tabel te tonen en wordt er voor de duidelijkheid een onderscheid gemaakt tussen

medewerk(st)ers op de pay-roll van de universiteiten en medewerk(st)ers op de pay-roll van het ICHO_{vzw}.

Bij deze gegevens dienen twee kanttekeningen gemaakt:

- + de diensthoofden van de vier academische centra/vakgroepen voor huisartsgeneeskunde werden niet opgenomen in deze personeelstabellen omdat zij voor het grootste gedeelte van hun tijd/mandaat zijn toegewezen aan de basisopleiding geneeskunde;
- + in de officiële personeelslijsten van de KULeuven wordt geen onderscheid meer gemaakt bij de allocatie van alle medewerk(st)ers/rekeneenheden tussen de basisopleiding geneeskunde (inclusief de vierde master geneeskunde afstudeerrichting huisartsgeneeskunde) en de master-na-master huisartsgeneeskunde. Daarom werd voor deze universiteit de vroegere en factuele toewijzing van medewerk(st)ers aan de master huisartsgeneeskunde gebruikt opdat de gegevens tussen de vier universiteiten vergelijkbaar blijven.

Tabel 15.1. Aantallen ZAP, AAP en ATP op de payroll van de universiteiten die rechtstreeks verbonden zijn aan de masteropleiding huisartsgeneeskunde dd. 31/03/2013:

	Personeelscategorie	Voltijds		Deeltijds		Eenheden voltijds	
		M	V	M	V	M	V
		N	N	N	N		
ZAP	Gewoon (buitengewoon) hoogleraar			1		0,2	
	Hoogleraar			1		0,2	
	Hoofddocent	1		2		1,6	
	Docent			3	6	0,6	1,1
	Hoofdbibliothecaris						
	Faculteitsgeaggr. En geaggr. Conserv.						
	Werkleider en conservator						
	E.a. assistent en bibliothecaris						
	Vastbenoemd assistent						
	Gastprofessor						
Totaal	1		7	6	2,6	1,1	
AAP	Assistent (uitgez. praktijkass.)						
	Praktijkassistent			3		0,9	
	Doctor-assistent						
	Tijdelijk ped. en wet. Medewerk(st)er						
Totaal			3		0,9		
ATP	Graad 7 en hoger						
	Graad 6				1	0,3	
	Graad 5				2	0,8	
	Graad 4				1	0,5	

Graad 3			
Graad 2			
Graad 1			
Totaal		4	1,6

Tabel 15.2. Aantallen medewerk(st)ers op de payroll van het ICHO_{vzw} die rechtstreeks verbonden zijn aan de masteropleiding huisartsgeneeskunde dd. 31/03/2013:

	Personeelscategorie	Voltijds		Deeltijds		Eenheden voltijds	
		M	V	M	V	M	V
		N	N	N	N		
ZAP	Gewoon (buitengewoon) hoogleraar Hoogleraar Hoofddocent Docent Hoofdbibliothecaris Faculteitsgeaggr. En geaggr. Conserv. Werkleider en conservator E.a. assistent en bibliothecaris Vastbenoemd assistent Gastprofessor Totaal						
AAP	Assistent (uitgez. praktijkass.) Praktijkassistent Doctor-assistent Tijdelijk ped. en wet. Medewerk(st)er Totaal			1	4	0,4	1,7
ATP	Graad 7 en hoger Graad 6 Graad 5 Graad 4 Graad 3 Graad 2 Graad 1 Totaal			1	1	0,8	0,9
ZELF ST	Free Lance als zelfstandige			5		1,0	

Tabel 15.3. Leeftijdstructuur van het ZAP, AAP en ATP op op de payroll van de universiteiten die rechtstreeks verbonden zijn aan de masteropleiding huisartsgeneeskunde dd. 31/03/2013:

	Personeelscategorie	Leeftijdsklassen				
		20-29 N	30-39 N	40-49 N	50-59 N	60-65 N
ZAP	Gewoon (buitengewoon) hoogleraar			1		
	Hoogleraar				1	
	Hoofddocent				2	1
	Docent		2	4	2	1
	Hoofdbibliothecaris					
	Faculteitsgeaggr. en geaggr. conserv.					
	Werkleider en conservator					
	E.a. assistent en bibliothecaris					
	Vastbenoemd assistent					
	Gastprofessor					
	Totaal		2	5	5	2
AAP	Assistent (uitgez. praktijkass.)					
	Praktijkassistent		2			1
	Doctor-assistent					
	Tijdelijk ped. en wet. medewerk(st)er					
	Totaal		2			1
ATP	Graad 7 en hoger					
	Graad 6			1		
	Graad 5				1	
	Graad 4		1	1		
	Graad 3					
	Graad 2					
	Graad 1					
	Totaal		1	2	1	

Tabel 15.4. Leeftijdstructuur van de medewerk(st)ers op de pay-roll van het ICHOvzw die rechtstreeks verbonden zijn aan de masteropleiding huisartsgeneeskunde dd. 31/03/2013:

	Personeelscategorie	Leeftijdsklassen				
		20-	30-	40-	50-	60-65

		29 N	39 N	49 N	59 N	N
ZAP	Gewoon (buitengewoon) hoogleraar Hoogleraar Hoofddocent Docent Hoofdbibliothecaris Faculteitsgeaggr. en geaggr. conserv. Werkleider en conservator E.a. assistent en bibliothecaris Vastbenoemd assistent Gastprofessor Totaal					
AAP	Assistent (uitgez. praktijkass.) Praktijkassistent Doctor-assistent Tijdelijk ped. en wet. medewerk(st)er Totaal		2		2	1
ATP	Graad 7 en hoger Graad 6 Graad 5 Graad 4 Graad 3 Graad 2 Graad 1 Totaal			1 1 1	1	
ZELF ST	Free Lance als zelfstandige			2	1	2

X.16 overzichtslijst namen personeel: titel, specialisatie, verantwoordelijkheden

		adm.	PO	SEM	CURRI	TOETS	MASTER	PROJECTEN	FUWA
TOTAAL ICHO	6,10								
Guy Gielis	0,80	0,40	0,20		0,10			0,10	ATP
An Stockmans	0,90	0,50			0,10	0,10	0,10	0,10	ATP
Lieve Buvé	0,50	0,50							ATP
Carine Coeckelberghs	0,80	0,80							ATP
Charlotte Haarsma	0,50		0,50						AAP
Gabie Thijs	0,50		0,50						AAP
Sabine De Weirdt	0,50		0,50						AAP

coördinatoren								
coördinatoren in opleiding						4	2	

	2008	2009	2010	2011	2012			
aantal actieve coördinatoren	18	21	24	32	37			
coördinatoren op sabbat of met ontslag	4	6	3	2	1			
totaal aantal coördinatoren	22	27	27	31	38			
coördinatoren in opleiding	6		10	6	6			

De stagemester-coördinatoren in het academiejaar 2012-2013:

Boone Bruno
 Breesch Riet
 Cleeren Ann
 Cosyns Marc
 Courtens Andy
 D'Argent Franky
 De Koker Karel
 Deturck Lieve
 Dewachter Jo
 Eemans Elisabeth
 Festraets Stijn
 Hardy Marleen
 Hillemans Kristof
 Kegels Erik
 Lemiengre Marc
 Libaut Philip
 Mast Frieda
 Meyfrootd Bernard
 Pas Leo
 Peeters Dirk
 Philtjens Jean
 Samyn Emmanuel
 Seuntjens Luk
 Seuntjens Reinhilde
 Spinnewijn Bram
 Thoen Anke
 Van Balen Bart
 Van Damme Ann
 Van Imschoot Luc
 Vannoote Frederik
 Vansintejan Johan
 Vanwelden Caroline
 Van Wouwe Filip
 Watte Bertje
 Wauters Hans
 Yoshimi Sumio



Instelling: K.U.Leuven

Opleiding: huisartsgeneeskunde MNM

Studieomvang: 120 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

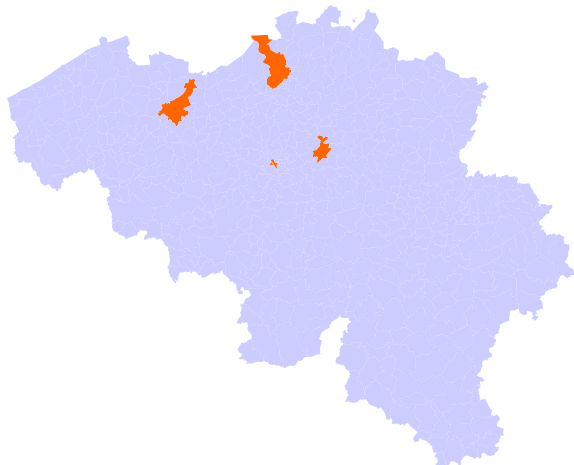
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



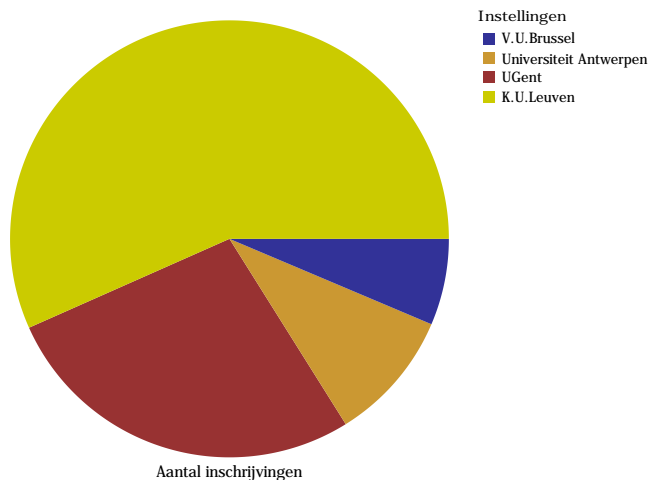
Profiel opleiding huisartsgeneeskunde MNM (huisartsgeneeskunde MNM - 0518 120)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



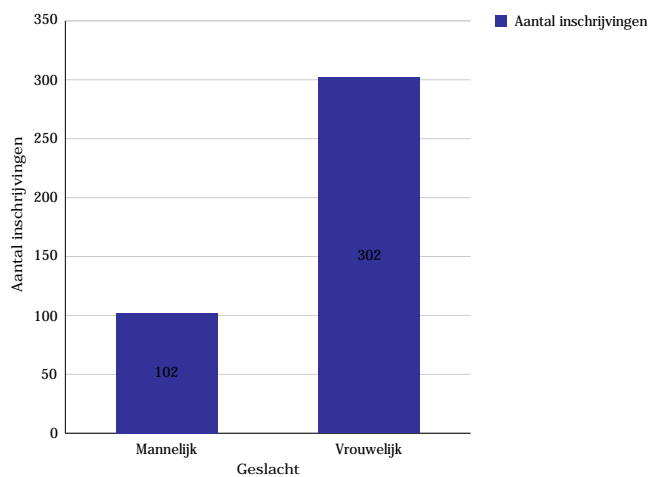
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	229
UGent	110
Universiteit Antwerpen	39
V.U.Brussel	26

Verdeling geslachten





Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling K.U.Leuven

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
K.U.Leuven

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	49	0	17	32	0	nvt	0	0	0	0	0	49	49
Academiejaar 2007 - 2008*	103	7	39	71	0	nvt	36	0	0	0	0	110	110
Academiejaar 2008 - 2009	126	10	49	87	0	2	66	0	0	0	0	136	136
Academiejaar 2009 - 2010	123	14	53	84	0	nvt	55	50	0	0	0	87	137
Academiejaar 2010 - 2011	173	11	58	126	0	nvt	73	136	1	0	0	47	184
Academiejaar 2011 - 2012	216	13	54	175	0	nvt	95	195	1	0	0	33	229
Academiejaar 2012 - 2013 **	227	5	58	174	0	nvt	10	205	0	0	0	27	232

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	102	0	33	69	0	nvt	0	0	0	0	0	102	102
Academiejaar 2007 - 2008*	219	9	72	156	0	nvt	81	0	0	0	0	228	228
Academiejaar 2008 - 2009	243	13	82	174	0	2	130	0	0	0	0	256	256
Academiejaar 2009 - 2010	244	20	89	175	0	nvt	111	86	0	0	0	178	264
Academiejaar 2010 - 2011	310	16	94	232	0	nvt	134	223	1	0	0	102	326
Academiejaar 2011 - 2012	389	15	102	302	0	nvt	169	329	1	0	0	74	404
Academiejaar 2012 - 2013 **	434	14	112	336	0	nvt	15	378	0	0	0	70	448

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

K.U.Leuven

	Aantal trajectstarters
2006	50
2007	69
2008	68
2009	70
2010	105
2011	120

Alle instellingen

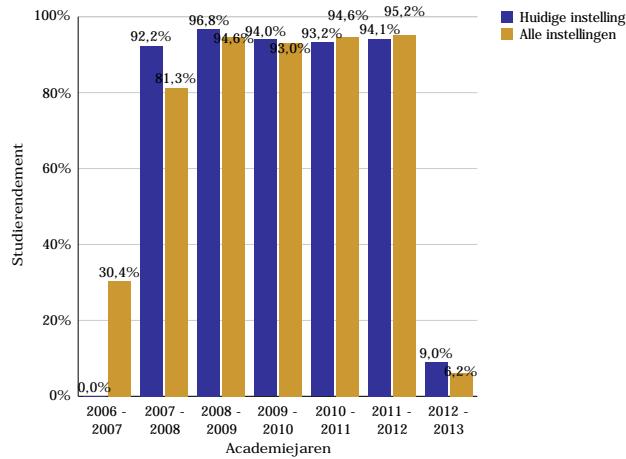
	Aantal trajectstarters
2006	103
2007	135
2008	121
2009	138
2010	181
2011	212



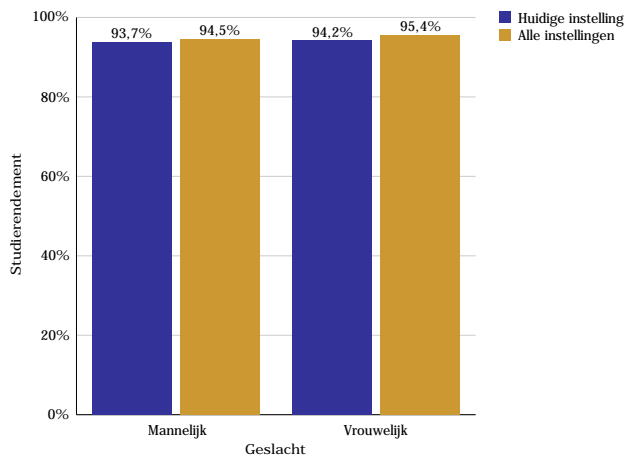
Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling K.U.Leuven

Studierendement

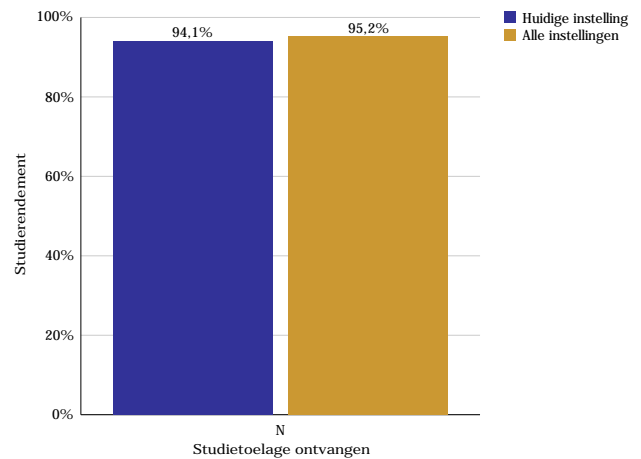
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		34	9		1	44
	2007	3	56	4	1		64
	2008	1	51	10	1		63
	2009		61	4			65
	2010		90				90
	2011						
	2012						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		79	14	2	1	96
	2007	3	112	9	3		127
	2008	4	100	11	1		116
	2009		119	10			129
	2010		158				158
	2011						
	2012						

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		69,39%	18,37%		2,04%	89,80%
	2007	4,35%	81,16%	5,80%	1,45%		92,75%
	2008	1,47%	75,00%	14,71%	1,47%		92,65%
	2009		88,41%	5,80%			94,20%
	2010		85,71%				85,71%
	2011						
	2012						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006		76,70%	13,59%	1,94%	0,97%	93,20%
	2007	2,22%	82,96%	6,67%	2,22%		94,07%
	2008	3,31%	82,64%	9,09%	0,83%		95,87%
	2009		86,23%	7,25%			93,48%
	2010		87,29%				87,29%
	2011						
	2012						



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3	34				37
	2008 - 2009	1	56	9			66
	2009 - 2010		51	4			55
	2010 - 2011		61	10	1	1	73
	2011 - 2012		90	4	1		95
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3	79				82
	2008 - 2009	4	112	14			130
	2009 - 2010		100	9	2		111
	2010 - 2011		119	11	3	1	134
	2011 - 2012		158	10	1		169
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

K.U.Leuven

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	8,11%	91,89%				100,00%
	2008 - 2009	1,52%	84,85%	13,64%			100,00%
	2009 - 2010		92,73%	7,27%			100,00%
	2010 - 2011		83,56%	13,70%	1,37%	1,37%	100,00%
	2011 - 2012		94,74%	4,21%	1,05%		100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3,66%	96,34%				100,00%
	2008 - 2009	3,08%	86,15%	10,77%			100,00%
	2009 - 2010		90,09%	8,11%	1,80%		100,00%
	2010 - 2011		88,81%	8,21%	2,24%	0,75%	100,00%
	2011 - 2012		93,49%	5,92%	0,59%		100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

K.U.Leuven

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006	4	1				5
	2007	4				1	5
	2008	3	1		1		5
	2009	3	1				4
	2010	3	12				15
	2011	120					120

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006	5	2				7
	2007	7				1	8
	2008	3	1		1		5
	2009	6	1	2			9
	2010	4	19				23
	2011	212					212

Percentage drop out per academiejaar

K.U.Leuven

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006	8,00%	2,00%				10,00%
	2007	5,80%				1,45%	7,25%
	2008	4,41%	1,47%		1,47%		7,35%
	2009	4,29%	1,43%				5,71%
	2010	2,86%	11,43%				14,29%
	2011	100,00%					100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					Totaal
		1	2	3	4	5	
Academiejaar van start traject	2006	4,85%	1,94%				6,80%
	2007	5,19%				0,74%	5,93%
	2008	2,48%	0,83%		0,83%		4,13%
	2009	4,35%	0,72%	1,45%			6,52%
	2010	2,21%	10,50%				12,71%
	2011	100,00%					100,00%



Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling K.U.Leuven Vestiging Oude Markt, Leuven

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

K.U.Leuven, Oude Markt, Leuven

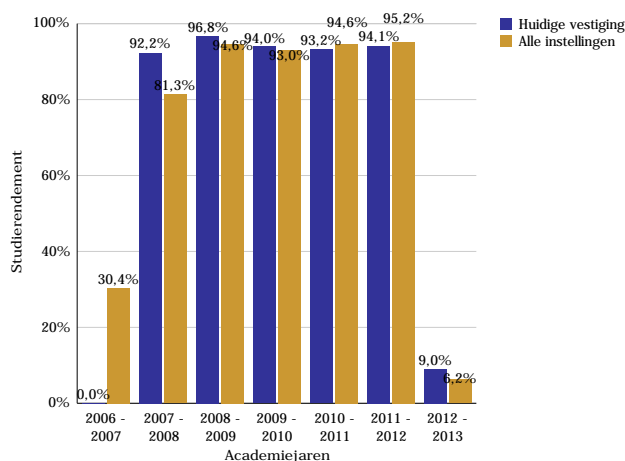
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	49	0	17	32	0	0	0	0	0	0	0	49	49
Academiejaar 2007 - 2008*	103	7	39	71	0	0	36	0	0	0	0	110	110
Academiejaar 2008 - 2009	126	10	49	87	0	2	66	0	0	0	0	136	136
Academiejaar 2009 - 2010	123	14	53	84	0	0	55	50	0	0	0	87	137
Academiejaar 2010 - 2011	173	11	58	126	0	0	73	136	1	0	0	47	184
Academiejaar 2011 - 2012	216	13	54	175	0	0	95	195	1	0	0	33	229
Academiejaar 2012 - 2013**	227	5	58	174	0	0	10	205	0	0	0	27	232

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

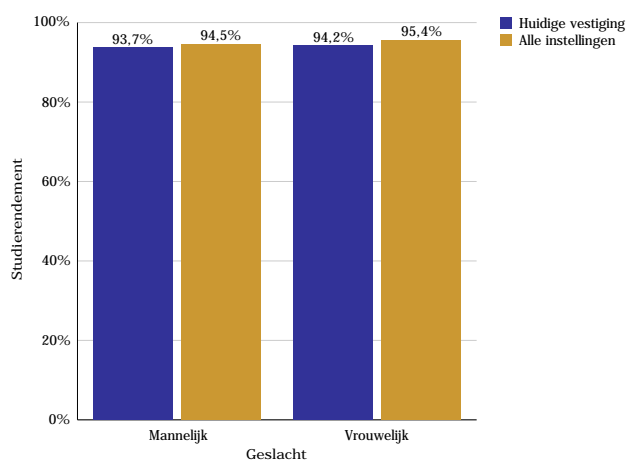
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

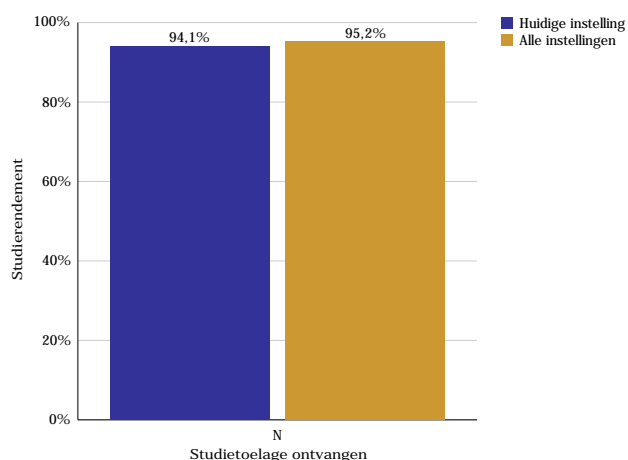
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: UGent

Opleiding: huisartsgeneeskunde MNM

Studieomvang: 120 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (d.w.z: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

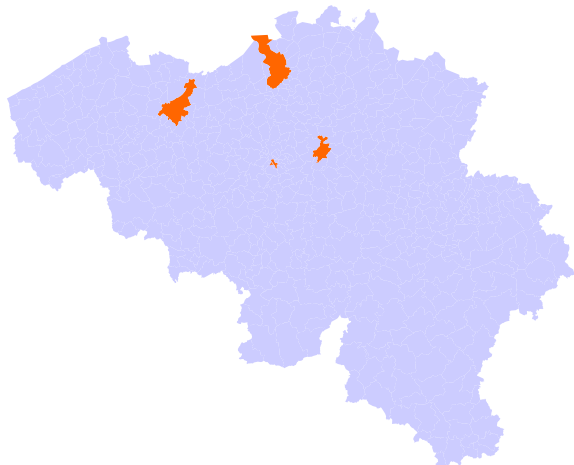
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



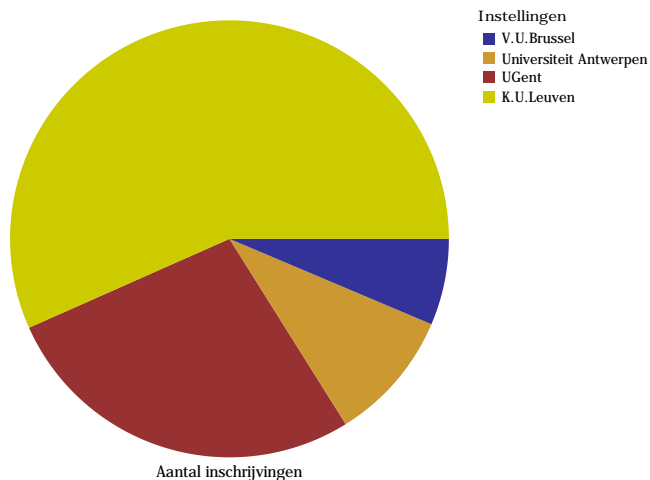
Profiel opleiding huisartsgeneeskunde MNM (huisartsgeneeskunde MNM - 0518 120)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



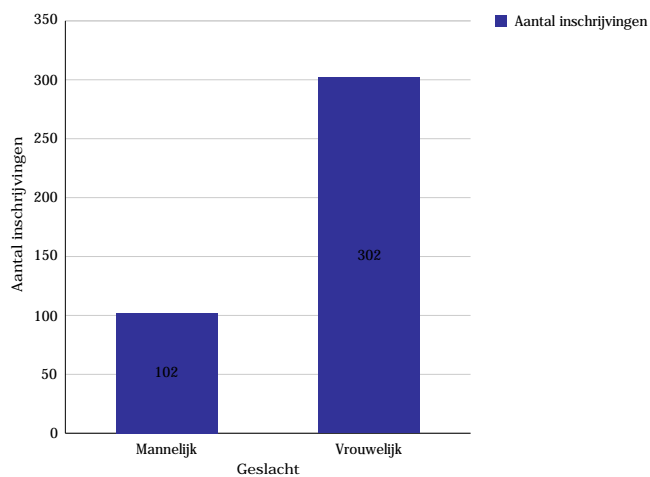
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	229
UGent	110
Universiteit Antwerpen	39
V.U.Brussel	26

Verdeling geslachten





Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling UGent

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
UGent

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	31	0	9	22	0	nvt	0	0	0	0	0	31	31
Academiejaar 2007 - 2008*	72	2	23	51	0	nvt	30	0	0	0	0	74	74
Academiejaar 2008 - 2009	74	1	23	52	0	nvt	37	0	0	0	0	75	75
Academiejaar 2009 - 2010	77	4	23	58	0	nvt	38	25	0	0	0	56	81
Academiejaar 2010 - 2011	85	1	18	68	0	nvt	37	65	0	0	0	21	86
Academiejaar 2011 - 2012	110	0	28	82	0	nvt	48	96	0	0	0	14	110
Academiejaar 2012 - 2013 **	130	2	32	100	0	nvt	3	113	0	0	0	19	132

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	102	0	33	69	0	nvt	0	0	0	0	0	102	102
Academiejaar 2007 - 2008*	219	9	72	156	0	nvt	81	0	0	0	0	228	228
Academiejaar 2008 - 2009	243	13	82	174	0	2	130	0	0	0	0	256	256
Academiejaar 2009 - 2010	244	20	89	175	0	nvt	111	86	0	0	0	178	264
Academiejaar 2010 - 2011	310	16	94	232	0	nvt	134	223	1	0	0	102	326
Academiejaar 2011 - 2012	389	15	102	302	0	nvt	169	329	1	0	0	74	404
Academiejaar 2012 - 2013 **	434	14	112	336	0	nvt	15	378	0	0	0	70	448

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

UGent

	Aantal trajectstarters
2006	31
2007	43
2008	34
2009	41
2010	46
2011	59

Alle instellingen

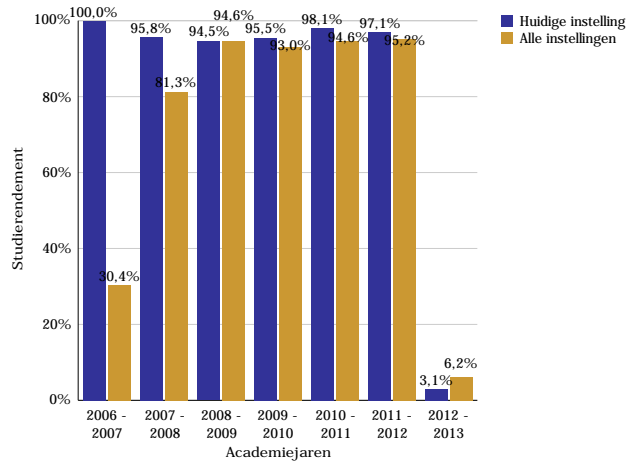
	Aantal trajectstarters
2006	103
2007	135
2008	121
2009	138
2010	181
2011	212



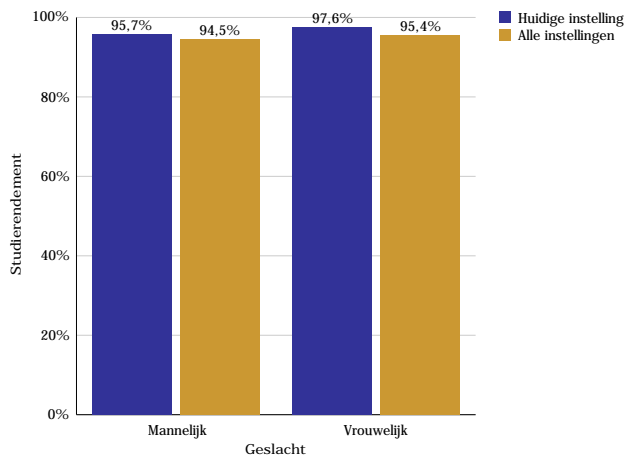
Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling UGent

Studierendement

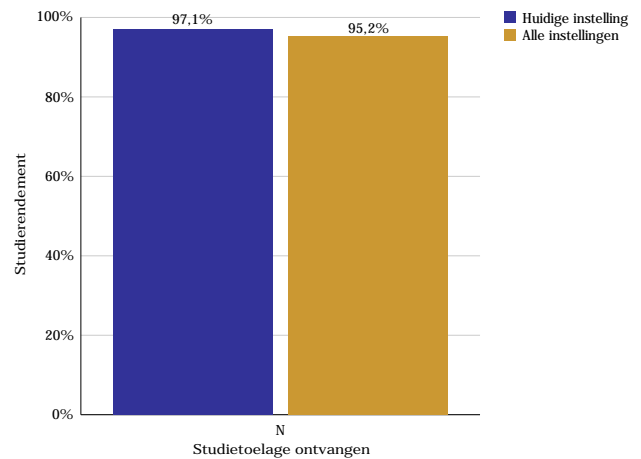
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006			30	1	31
	2007			36	4	42
	2008			34		34
	2009			35	3	38
	2010			45		45
	2011					

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		79	14	2	1	96
	2007	3	112	9	3		127
	2008	4	100	11	1		116
	2009		119	10			129
	2010		158				158
	2011						

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		93,75%	3,12%		96,88%
	2007		83,72%	9,30%	4,65%	97,67%
	2008		100,00%			100,00%
	2009		87,50%	7,50%		95,00%
	2010		95,74%			95,74%
	2011					

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		76,70%	13,59%	1,94%	0,97%	93,20%
	2007	2,22%	82,96%	6,67%	2,22%		94,07%
	2008	3,31%	82,64%	9,09%	0,83%		95,87%
	2009		86,23%	7,25%			93,48%
	2010		87,29%				87,29%
	2011						



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

UGent

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	Totaal	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008			30		30	
	2008 - 2009			36	1	37	
	2009 - 2010			34	4	38	
	2010 - 2011			35		2	37
	2011 - 2012			45	3	48	
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3	79				82
	2008 - 2009	4	112	14			130
	2009 - 2010		100	9	2		111
	2010 - 2011		119	11	3	1	134
	2011 - 2012		158	10	1		169
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

UGent

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		100,00%			100,00%
	2008 - 2009		97,30%	2,70%		100,00%
	2009 - 2010		89,47%	10,53%		100,00%
	2010 - 2011		94,59%		5,41%	100,00%
	2011 - 2012		93,75%	6,25%		100,00%
	Niet van toepassing					

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3,66%	96,34%				100,00%
	2008 - 2009	3,08%	86,15%	10,77%			100,00%
	2009 - 2010		90,09%	8,11%	1,80%		100,00%
	2010 - 2011		88,81%	8,21%	2,24%	0,75%	100,00%
	2011 - 2012		93,49%	5,92%	0,59%		100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

UGent

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	1				1
	2007	1				1
	2008					
	2009	1			1	2
	2010			1		1
	2011	59				59

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	5	2				7
	2007	7				1	8
	2008	3	1		1		5
	2009	6	1	2			9
	2010	4	19				23
	2011	212					212

Percentage drop out per academiejaar

UGent

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	3,23%				3,23%
	2007	2,33%				2,33%
	2008					
	2009	2,44%			2,44%	4,88%
	2010			2,17%		2,17%
	2011	100,00%				100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	4,85%	1,94%				6,80%
	2007	5,19%				0,74%	5,93%
	2008	2,48%	0,83%		0,83%		4,13%
	2009	4,35%	0,72%	1,45%			6,52%
	2010	2,21%	10,50%				12,71%
	2011	100,00%					100,00%



Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling UGent
Vestiging Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

UGent, Sint-Pietersnieuwstraat, Gent

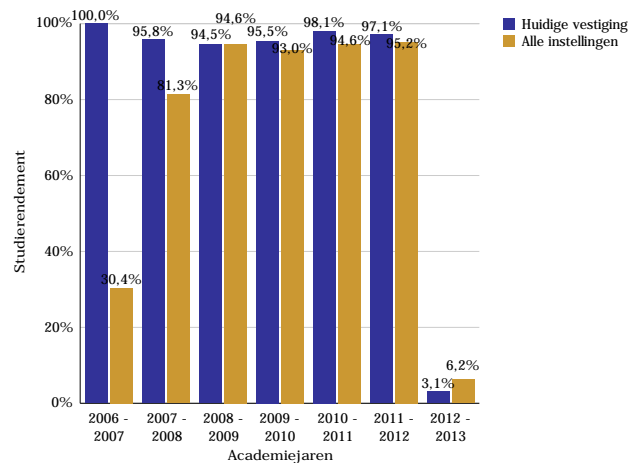
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	31	0	9	22	0	0	0	0	0	0	0	31	31
Academiejaar 2007 - 2008*	72	2	23	51	0	0	30	0	0	0	0	74	74
Academiejaar 2008 - 2009	74	1	23	52	0	0	37	0	0	0	0	75	75
Academiejaar 2009 - 2010	77	4	23	58	0	0	38	25	0	0	0	56	81
Academiejaar 2010 - 2011	85	1	18	68	0	0	37	65	0	0	0	21	86
Academiejaar 2011 - 2012	110	0	28	82	0	0	48	96	0	0	0	14	110
Academiejaar 2012 - 2013**	130	2	32	100	0	0	3	113	0	0	0	19	132

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

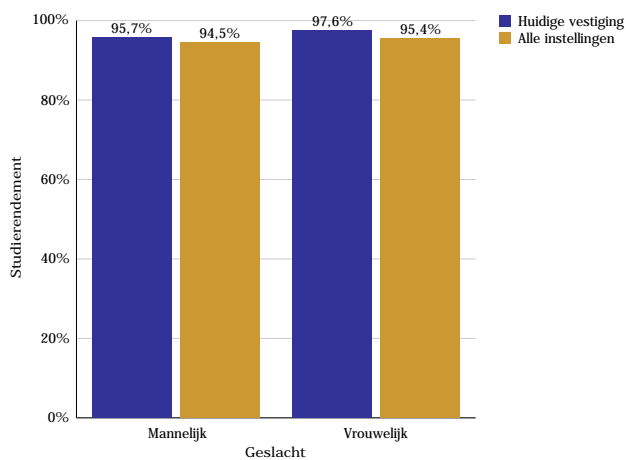
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

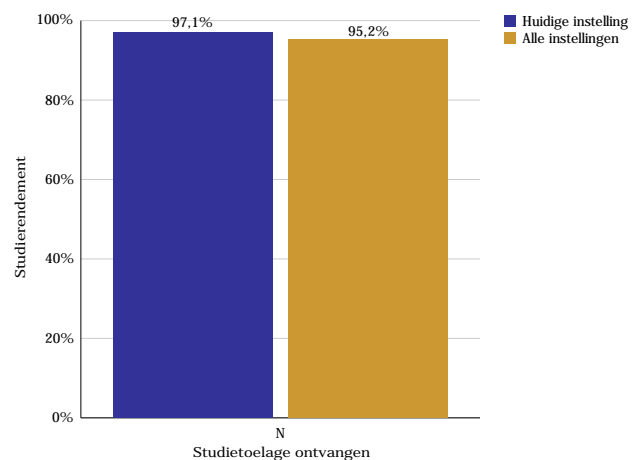
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: Universiteit Antwerpen
Opleiding: huisartsgeneeskunde MNM
Studieomvang: 120 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

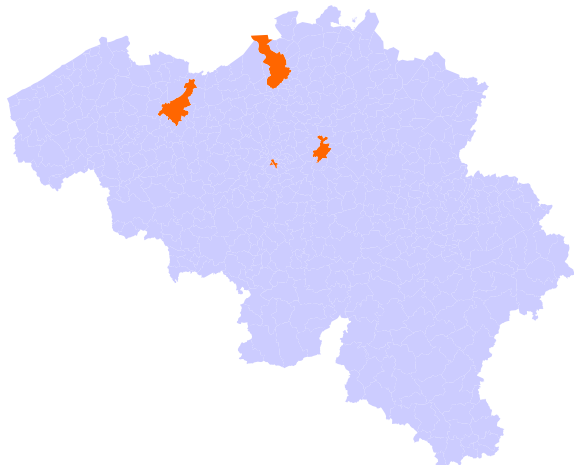
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



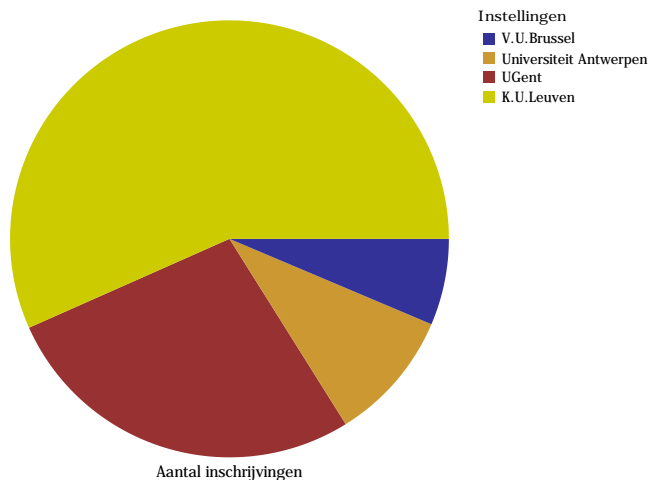
Profiel opleiding huisartsgeneeskunde MNM (huisartsgeneeskunde MNM - 0518 120)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



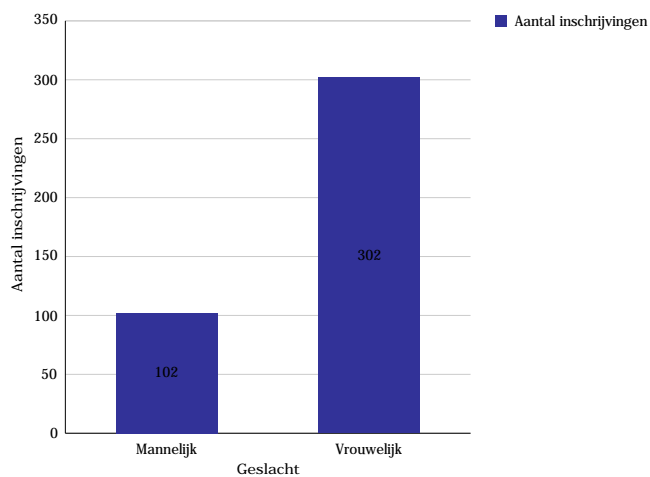
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	229
UGent	110
Universiteit Antwerpen	39
V.U.Brussel	26

Verdeling geslachten





Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling Universiteit Antwerpen

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
Universiteit Antwerpen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	13	0	3	10	0	nvt	0	0	0	0	0	13	13
Academiejaar 2007 - 2008*	27	0	5	22	0	nvt	8	0	0	0	0	27	27
Academiejaar 2008 - 2009	29	1	5	25	0	nvt	16	0	0	0	0	30	30
Academiejaar 2009 - 2010	30	2	7	25	0	nvt	14	8	0	0	0	24	32
Academiejaar 2010 - 2011	31	3	11	23	0	nvt	16	15	0	0	0	19	34
Academiejaar 2011 - 2012	37	2	13	26	0	nvt	14	26	0	0	0	13	39
Academiejaar 2012 - 2013 **	52	3	20	35	0	nvt	2	41	0	0	0	14	55

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	102	0	33	69	0	nvt	0	0	0	0	0	102	102
Academiejaar 2007 - 2008*	219	9	72	156	0	nvt	81	0	0	0	0	228	228
Academiejaar 2008 - 2009	243	13	82	174	0	2	130	0	0	0	0	256	256
Academiejaar 2009 - 2010	244	20	89	175	0	nvt	111	86	0	0	0	178	264
Academiejaar 2010 - 2011	310	16	94	232	0	nvt	134	223	1	0	0	102	326
Academiejaar 2011 - 2012	389	15	102	302	0	nvt	169	329	1	0	0	74	404
Academiejaar 2012 - 2013 **	434	14	112	336	0	nvt	15	378	0	0	0	70	448

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Universiteit Antwerpen

	Aantal trajectstarters
2006	13
2007	15
2008	13
2009	18
2010	16
2011	21

Alle instellingen

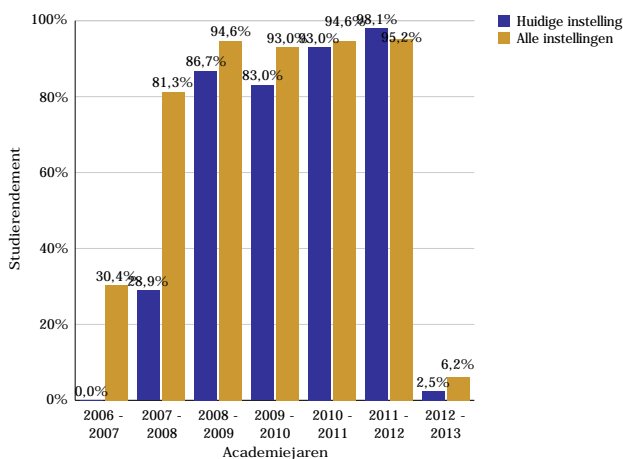
	Aantal trajectstarters
2006	103
2007	135
2008	121
2009	138
2010	181
2011	212



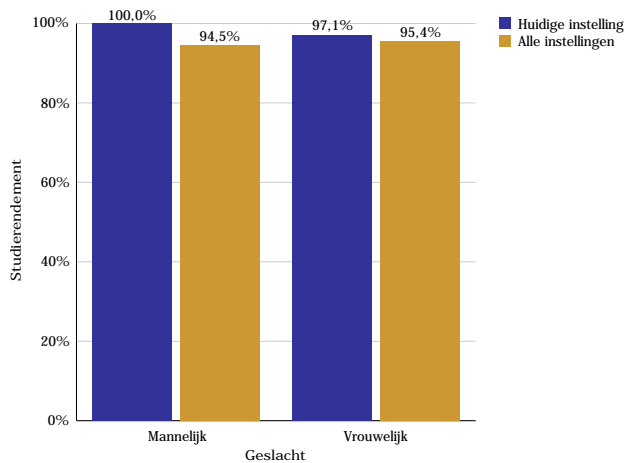
Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling Universiteit Antwerpen

Studierendement

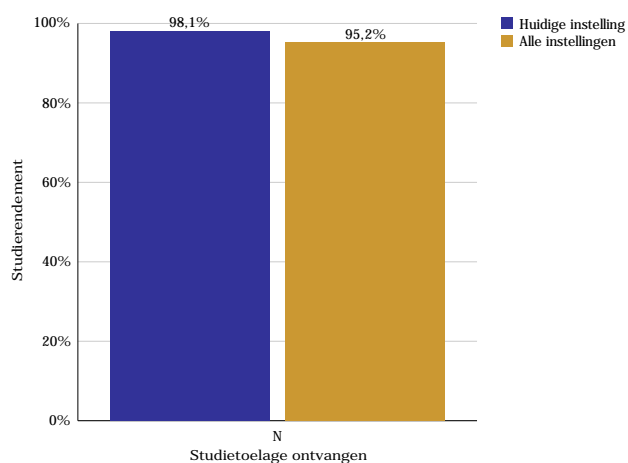
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

Universiteit Antwerpen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	Totaal	
Academiejaar van start traject	2006			8	3	1	12
	2007			12	1		13
	2008		1	12			13
	2009			16	2		18
	2010			12			12
	2011						
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						
		1	2	3	4	5	Totaal	
Academiejaar van start traject	2006			79	14	2	1	96
	2007		3	112	9	3		127
	2008		4	100	11	1		116
	2009			119	10			129
	2010			158				158
	2011							
	2011							

Percentage afgestudeerden per studieduur

Universiteit Antwerpen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		61,54%	23,08%	7,69%		92,31%
	2007		80,00%	6,67%			86,67%
	2008	7,69%	92,31%				100,00%
	2009		84,21%	10,53%			94,74%
	2010		80,00%				80,00%
	2011						
	2011						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		76,70%	13,59%	1,94%	0,97%	93,20%
	2007	2,22%	82,96%	6,67%	2,22%		94,07%
	2008	3,31%	82,64%	9,09%	0,83%		95,87%
	2009		86,23%	7,25%			93,48%
	2010		87,29%				87,29%
	2011						
	2011						



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

Universiteit Antwerpen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008			8		8
	2008 - 2009	1		12	3	16
	2009 - 2010			12	1	14
	2010 - 2011			16		16
	2011 - 2012			12	2	14
	Niet van toepassing					

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3	79				82
	2008 - 2009	4	112	14			130
	2009 - 2010		100	9	2		111
	2010 - 2011		119	11	3	1	134
	2011 - 2012		158	10	1		169
	Niet van toepassing						

Percentage afgestudeerden per studieduur

Universiteit Antwerpen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		100,00%			100,00%
	2008 - 2009	6,25%	75,00%	18,75%		100,00%
	2009 - 2010		85,71%	7,14%	7,14%	100,00%
	2010 - 2011		100,00%			100,00%
	2011 - 2012		85,71%	14,29%		100,00%
	Niet van toepassing					

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3,66%	96,34%				100,00%
	2008 - 2009	3,08%	86,15%	10,77%			100,00%
	2009 - 2010		90,09%	8,11%	1,80%		100,00%
	2010 - 2011		88,81%	8,21%	2,24%	0,75%	100,00%
	2011 - 2012		93,49%	5,92%	0,59%		100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

Universiteit Antwerpen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006			1		1
	2007	2				2
	2008					
	2009				1	1
	2010			4		4
	2011	21				21

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	5	2				7
	2007	7				1	8
	2008	3	1		1		5
	2009	6	1	2			9
	2010	4	19				23
	2011	212					212

Percentage drop out per academiejaar

Universiteit Antwerpen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		7,69%			7,69%
	2007	13,33%				13,33%
	2008					
	2009				5,56%	5,56%
	2010		25,00%			25,00%
	2011	100,00%				100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	4,85%	1,94%				6,80%
	2007	5,19%				0,74%	5,93%
	2008	2,48%	0,83%		0,83%		4,13%
	2009	4,35%	0,72%	1,45%			6,52%
	2010	2,21%	10,50%				12,71%
	2011	100,00%					100,00%



Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling Universiteit Antwerpen
Vestiging Prinsstraat, Antwerpen

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's
Universiteit Antwerpen, Prinsstraat, Antwerpen

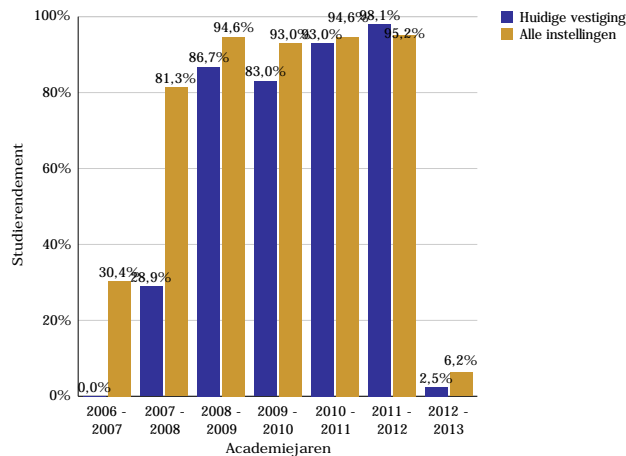
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	13	0	3	10	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Academiejaar 2007 - 2008*	27	0	5	22	0	0	8	0	0	0	0	27	27
Academiejaar 2008 - 2009	29	1	5	25	0	0	16	0	0	0	0	30	30
Academiejaar 2009 - 2010	30	2	7	25	0	0	14	8	0	0	0	24	32
Academiejaar 2010 - 2011	31	3	11	23	0	0	16	15	0	0	0	19	34
Academiejaar 2011 - 2012	37	2	13	26	0	0	14	26	0	0	0	13	39
Academiejaar 2012 - 2013**	52	3	20	35	0	0	2	41	0	0	0	14	55

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

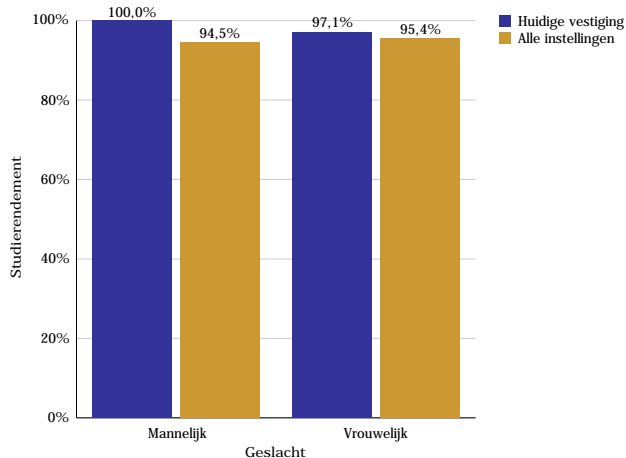
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

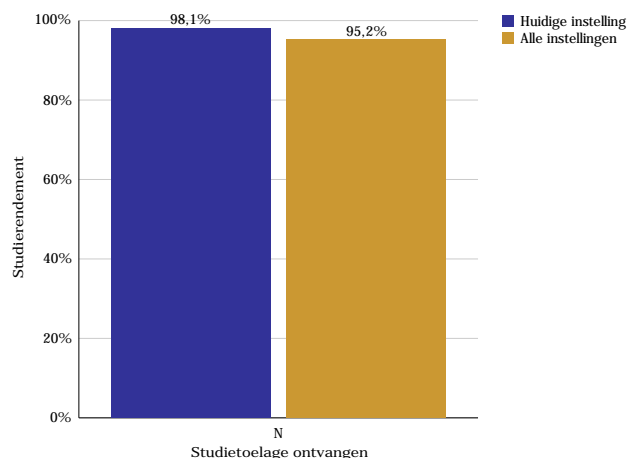
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012





Instelling: V.U.Brussel

Opleiding: huisartsgeneeskunde MNM

Studieomvang: 120 studiepunten

Benchmark rapport Hoger Onderwijs

Academiejaar 2011 - 2012

Laatste update gegevens: 16-mrt-2013



Toelichting:

Doelstelling

Dit rapport dient ter ondersteuning van de kwaliteitszorg in het Hoger Onderwijs. Meer specifiek dient het als ondersteuning bij de zelfevaluatie van de opleidingen in de hogescholen en universiteiten. Het rapport biedt informatie over een opleiding in een vergelijkend perspectief. Elke opleiding kan zich aan de hand van de ingevulde indicatoren spiegelen aan Vlaamse gemiddeldes en zich zo een genuanceerder beeld vormen van de eigen sterktes en zwaktes. Indicatoren zoals gebruikt in dit rapport dienen uiteraard geïnterpreteerd te worden in de context van de eigen instelling en opleiding. Een afwijking van een gemiddelde is slechts een aanzet om te gaan zoeken naar onderliggende verschillen. Dit rapport wil vooral informatie aanreiken die het de instellingen en opleidingen mogelijk maakt om meer gericht te gaan zoeken naar verklaringen voor zowel goede als minder goede resultaten in het kader van de eigen doelstellingen.

Werkwijze

Elk rapport wordt gegenereerd met een voorgedefinieerd standaardjabloon uit het datawarehouse voor Hoger Onderwijs van het ministerie van Onderwijs en Vorming op basis van de gegevens zoals ze zijn doorgegeven aan de Databank Hoger Onderwijs. Het is dus voor elke instelling/opleiding identiek in opbouw, berekeningswijze en definities.

Inhoud

Het rapport bevat 8 thema's:

- Geografische spreiding.
- Individueel marktaandeel van de inrichtende instellingen.
- aantal actieve inschrijvingen per inrichtende instelling.
- Verdeling geslachten.
- Kengetallen.
- Studierendement.
- Studieduur (time to graduation).
- Ongekwalficeerde uitstroom (drop-out-rate)

Elk van deze thema's kan berekend worden op verschillende aggregatieniveaus of profielen. Er worden rapporten voorzien voor elk van deze profielen. Op deze manier kan elke opleiding zich benchmarken met de gemiddelde waarde voor deze opleiding in heel Vlaanderen. Dit rapport bevat de meest gedetailleerde informatie, namelijk die voor de opleidingen zelf.

De profielen zijn:

- Soort opleiding
- Studiegebied
- Opleiding

Ook kunnen alle indicatoren zowel berekend worden voor een specifieke instelling als over de instellingen heen. De kengetallen en het studierendement kan bovendien berekend worden tot op het niveau van de vestigingsplaats waar de studenten zijn ingeschreven.

De aggregatieniveaus zijn:

- Alle instellingen
- Instelling
- Vestigingsplaats

De rapporten hebben betrekking op afgesloten academiejaren (dwz. alle data die gebruikt wordt uit de bronssystemen (DHO) werd gevalideerd door de instellingen) of de laatst beschikbare status van de niet afgesloten academiejaren. De teldatum is steeds terug te vinden op het voorblad van het rapport en onder de tabellen waar niet-afgesloten gegevens gebruikt worden.

Definities

Hieronder vindt men de definities van de gehanteerde velden/begrippen in het rapport.

Kengetallen

Inschrijvingen: In dit rapport tellen we enkel actieve inschrijvingen (dwz inschrijvingen waarvoor men nadien uitschreef werden niet meegeteld)

- Voltijds: Inschrijvingen voor 54 studiepunten of meer worden beschouwd als voltijdse inschrijvingen.
- Niet-voltijds: Inschrijvingen voor 53 studiepunten of minder worden beschouwd als deeltijdse inschrijvingen.
- Mannelijk: Alle actieve inschrijvingen van mannen
- Vrouwelijk: Alle actieve inschrijvingen van vrouwen
- Generatiestudent: Aantal inschrijvingen van studenten die zich voor de eerste maal inschrijven in het hoger onderwijs in Vlaanderen



voor een academische of professionele bachelor.

- Beursstudent: Alle actieve inschrijvingen van studenten die een studietoelage hebben ontvangen. (enkel data voor de beschikbare jaren)

- Aantal trajectstarters: Voor elke student in een opleiding wordt telkens het eerste academiejaar opgezocht waarin hij/zij een inschrijving had voor de opleiding. Aangezien het datawarehouse HO maar teruggaat tot het academiejaar 2005-2006, zijn de eerste betrouwbare 'eerste inschrijvingen' die vanaf academiejaar 2006-2007. Deze cijfers over trajectstarters worden ook gebruikt om in de kruistabellen voor studieduur en drop-out de cohortes samen te stellen. Daar vertrekken we in de linkerkolom telkens van de trajectstarters met een eerste inschrijving in hetzelfde jaar.

- Diploma behaald: Aantal inschrijvingen waarvoor een diploma werd behaald in het desbetreffende jaar.

- Herkomst secundair onderwijs: Voor elke ingeschreven student gaan we na of we een match vinden in de databanken voor secundair onderwijs in Vlaanderen. Dit gebeurt in twee stappen. Eerst zoeken we een match op basis van een diploma secundair onderwijs. Indien gekend nemen we de onderwijsvorm (ASO/TSO/KSO/BSO) voor dit diploma. Indien we geen diploma terugvinden maar wel een match op INSZ-nummer nemen we de onderwijsvorm van de laatst gekende inschrijving in het secundair onderwijs.

- Herkomst ASO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een ASO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst TSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een TSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst BSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een BSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst KSO : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode gekoppeld kon worden aan een KSO-diploma - of inschrijving - in het secundair onderwijs.

- Herkomst Andere : Het aantal inschrijvingen dat aan de hand van bovenvermelde methode niet gekoppeld kon worden aan een onderwijsvorm in het secundair onderwijs.

Studierendement

- Studierendement: De ratio van het totaal aantal verworven studiepunten ten opzichte van het totaal aantal opgenomen studiepunten met impact op leerkrediet in een opleiding. (dwz: waarvoor niet tijdig werd uitgeschreven om leerkrediet terug te krijgen). Het studierendement wordt dus berekend met de geaggregeerde studiepunten op het niveau van de opleiding.

Studieduur (time to graduation)

Instroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zijn of haar diploma heeft behaald binnen de opleiding. We berekenen dus welk percentage studenten na x aantal jaren zijn diploma behaalde sinds de eerste inschrijving in een bepaalde opleiding. Voor de profielen: soort opleiding & studiegebied wordt dan de gemiddelde studieduur berekend van alle opleidingen binnen het profiel. Voor alle duidelijkheid: er wordt dus niet berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald. Er wordt wel berekend hoeveel studenten er na x academiejaren een academisch bachelordiploma hebben behaald voor een bepaalde opleiding sinds de start aan die specifieke opleiding.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een eerste inschrijving in het traject hebben genomen in het vermelde academiejaar.

Uitstroomcohort

Deze tabel geeft het aandeel studenten weer per jaar van afstuderen. Het betreffen dus allemaal afgestudeerde studenten. We berekenen dus welk percentage studenten afstudeerd op x-jaar ten opzichte van alle afgestudeerde studenten in de opleiding aan de instelling. We tellen de studenten bij de instelling waar ze hun diploma hebben behaald. Studenten kunnen dus wel begonnen zijn aan hun traject aan een andere instelling.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding. Dit kan aan een andere instelling zijn dan de instelling waar de student zijn diploma behaald. Zij- instromers worden dus mee geteld in de cijfers voor de instelling waarover gerapporteerd wordt.

- Aantal academiejaren tot diploma: geeft het aantal jaren weer waarbinnen men zijn diploma heeft behaald. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus zijn diploma behaald in hetzelfde academiejaar als zijn eerste inschrijving voor dit traject.

- De noemer is het totaal van alle studenten die een diploma hebben behaald in het traject (aan de instelling waarover gerapporteerd wordt) in het vermelde academiejaar.

Laatst gekende inschrijving (drop- out)

- Drop out: Deze tabel geeft het aandeel studenten weer dat binnen het weergegeven aantal jaren zonder diploma is uitgestroomd uit



de opleiding. We kijken daarvoor naar de laatst gekende inschrijving van de ongekwalificeerde studenten. Indien er in het academiejaar van die laatst gekende inschrijving geen diploma is uitgereikt beschouwen we de student het jaar nadien als ongekwalificeerde uitstroom. (in theorie kan hij natuurlijk naar het buitenland zijn gegaan waar we de student niet kunnen traceren) Sabbatjaren worden als volgt opgevangen: Stel dat iemand als drop out wordt gerekend in 2010-2011 omdat de laatst gekende inschrijving genomen is in 2009-2010 (en de student geen diploma heeft ontvangen). Als deze student nu in 2011-2012 opnieuw een inschrijving neemt in het betreffende traject zal hij bij herberekening van het rapport ook geen drop out meer zijn in 2010-2011. Uiteraard kunnen we dit pas herberekenen als de finale gegevens van 2011-2012 beschikbaar zijn.

De verschillende componenten van deze kruistabel zijn als volgt ingevuld:

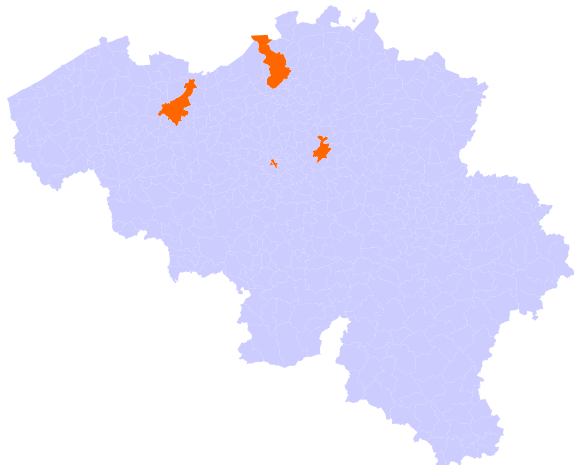
- Academiejaar van start traject = het eerste jaar in de opleiding in de instelling (de instelling van de eerste inschrijving in het traject. Let op: hij kan zijn diploma wel behaald hebben in een andere instelling)
- Aantal academiejaren tot drop out: geeft het aantal jaren weer dat men een inschrijving had in het traject. Iemand die in de kolom met 1 academiejaar terecht komt heeft dus slechts 1 academiejaar een inschrijving gehad in het betreffende traject. Het jaar nadien werd geen inschrijving van deze student teruggevonden. Er wordt telkens gerekend met 'actieve' inschrijvingen op het einde van het academiejaar. Studenten die reeds uitschrijven in de loop van het academiejaar worden in deze tabellen dus niet als 'drop-out' beschouwd.
- De noemer is het totaal van alle studenten die hun eerste inschrijving in het traject hebben genomen aan de betreffende instelling. zij instromers worden dus niet meegeteld in de cijfers van de instellingen.



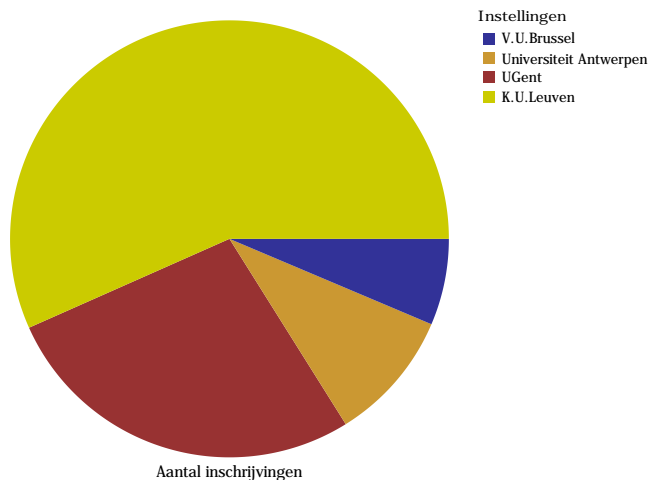
Profiel opleiding huisartsgeneeskunde MNM (huisartsgeneeskunde MNM - 0518 120)

Academiejaar 2011 - 2012

Geografische spreiding inrichtende instellingen



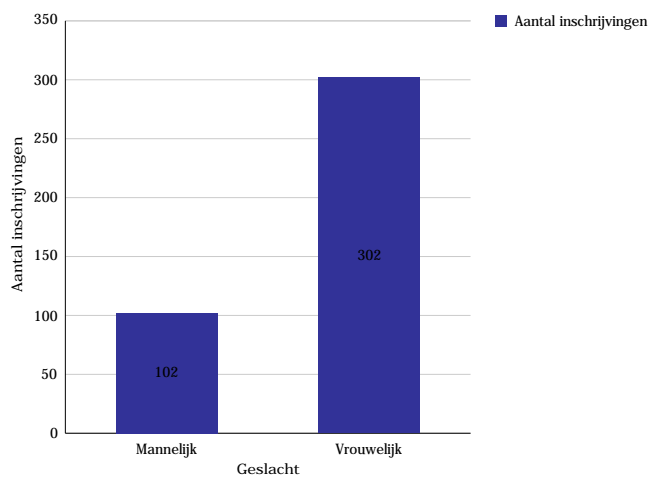
Proportioneel marktaandeel van de inrichtende instellingen



Aantal inschrijvingen instellingen

Instelling	Aantal inschrijvingen
K.U.Leuven	229
UGent	110
Universiteit Antwerpen	39
V.U.Brussel	26

Verdeling geslachten





Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling V.U.Brussel

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

Cijfers voor niet afgesloten academiejaren betreffen de status op 16-mrt-2013
V.U.Brussel

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	9	0	4	5	0	nvt	0	0	0	0	0	9	9
Academiejaar 2007 - 2008*	17	0	5	12	0	nvt	7	0	0	0	0	17	17
Academiejaar 2008 - 2009	14	1	5	10	0	nvt	11	0	0	0	0	15	15
Academiejaar 2009 - 2010	14	0	6	8	0	nvt	4	3	0	0	0	11	14
Academiejaar 2010 - 2011	21	1	7	15	0	nvt	8	7	0	0	0	15	22
Academiejaar 2011 - 2012	26	0	7	19	0	nvt	12	12	0	0	0	14	26
Academiejaar 2012 - 2013 **	25	4	2	27	0	nvt	0	19	0	0	0	10	29

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Alle instellingen

	Voltijds	Niet-voltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatie- studenten	Beurs- studenten	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst Andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	102	0	33	69	0	nvt	0	0	0	0	0	102	102
Academiejaar 2007 - 2008*	219	9	72	156	0	nvt	81	0	0	0	0	228	228
Academiejaar 2008 - 2009	243	13	82	174	0	2	130	0	0	0	0	256	256
Academiejaar 2009 - 2010	244	20	89	175	0	nvt	111	86	0	0	0	178	264
Academiejaar 2010 - 2011	310	16	94	232	0	nvt	134	223	1	0	0	102	326
Academiejaar 2011 - 2012	389	15	102	302	0	nvt	169	329	1	0	0	74	404
Academiejaar 2012 - 2013 **	434	14	112	336	0	nvt	15	378	0	0	0	70	448

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

V.U.Brussel

	Aantal trajectstarters
2006	9
2007	8
2008	6
2009	9
2010	14
2011	12

Alle instellingen

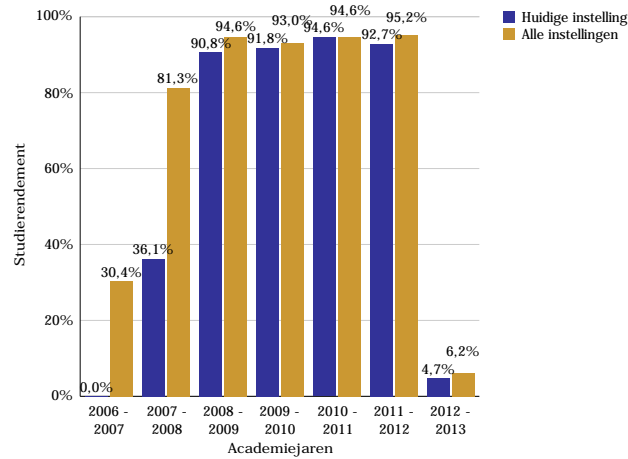
	Aantal trajectstarters
2006	103
2007	135
2008	121
2009	138
2010	181
2011	212



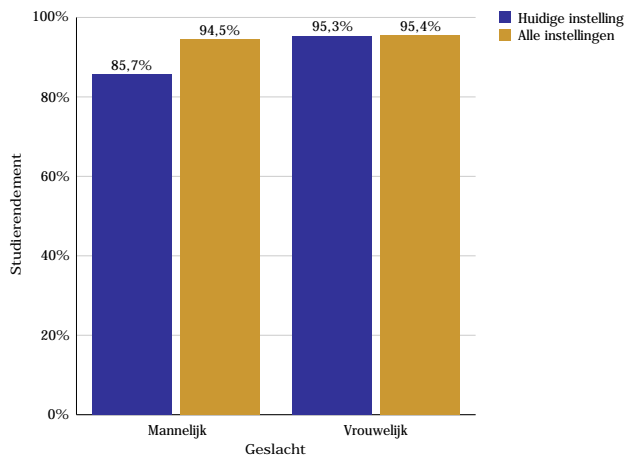
Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling V.U.Brussel

Studierendement

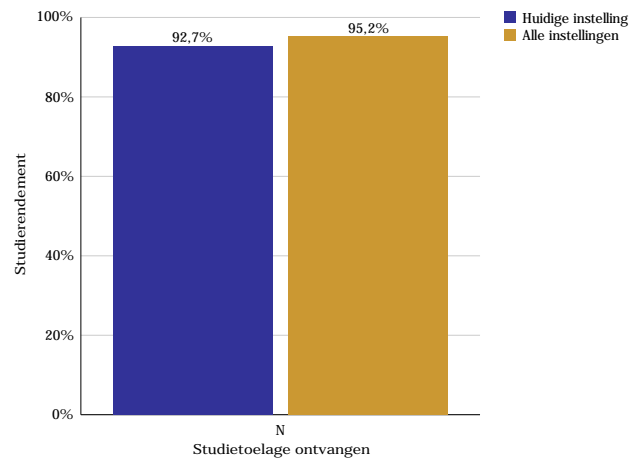
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per beursstudent J/N in 2011 - 2012





Studieduur (Time-to-graduation) Instroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	Totaal	
Academiejaar van start traject	2006			7	1	1	9
	2007			8			8
	2008		2	3	1		6
	2009			7	1		8
	2010			11			11
	2011						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per instroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		79	14	2	1	96
	2007	3	112	9	3		127
	2008	4	100	11	1		116
	2009		119	10			129
	2010		158				158
	2011						

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		77,78%	11,11%	11,11%	100,00%
	2007		100,00%			100,00%
	2008	33,33%	50,00%	16,67%		100,00%
	2009		70,00%	10,00%		80,00%
	2010		78,57%			78,57%
	2011					

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio instroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006		76,70%	13,59%	1,94%	0,97%	93,20%
	2007	2,22%	82,96%	6,67%	2,22%		94,07%
	2008	3,31%	82,64%	9,09%	0,83%		95,87%
	2009		86,23%	7,25%			93,48%
	2010		87,29%				87,29%
	2011						



Studieduur (Time-to-graduation): Uitstroomcohortes

Aantal afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	Totaal	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008			7		7	
	2008 - 2009		2	8	1	11	
	2009 - 2010			3		1	4
	2010 - 2011			7	1	8	
	2011 - 2012			11	1	12	
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Aantal gediplomeerden per uitstroomcohort		Aantal academiejaren tot diploma						
		1	2	3	4	5	Totaal	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008		3	79			82	
	2008 - 2009		4	112	14		130	
	2009 - 2010			100	9	2	111	
	2010 - 2011			119	11	3	1	134
	2011 - 2012			158	10	1	169	
	Niet van toepassing							

Percentage afgestudeerden per studieduur

V.U.Brussel

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	Totaal	
Academiejaar van diploma	2007 - 2008			100,00%		100,00%	
	2008 - 2009	18,18%		72,73%	9,09%	100,00%	
	2009 - 2010			75,00%		25,00%	100,00%
	2010 - 2011			87,50%	12,50%		100,00%
	2011 - 2012			91,67%	8,33%		100,00%
	Niet van toepassing						

Alle instellingen

Time-to-graduation ratio uitstroom		Aantal academiejaren tot diploma					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van diploma	2007 - 2008	3,66%	96,34%				100,00%
	2008 - 2009	3,08%	86,15%	10,77%			100,00%
	2009 - 2010		90,09%	8,11%	1,80%		100,00%
	2010 - 2011		88,81%	8,21%	2,24%	0,75%	100,00%
	2011 - 2012		93,49%	5,92%	0,59%		100,00%
	Niet van toepassing						



Laatst gekende inschrijving zonder diploma (Drop-outs)

Aantal niet-gediplomeerde studenten per eerste academiejaar traject en jaren tot eventuele uitstroom.

V.U.Brussel

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006					
	2007					
	2008					
	2009		2			2
	2010		1	2		3
	2011		12			12

Alle instellingen

Aantal drop outs		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	5	2				7
	2007	7				1	8
	2008	3	1		1		5
	2009	6	1	2			9
	2010	4	19				23
	2011	212					212

Percentage drop out per academiejaar

V.U.Brussel

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out				
		1	2	3	4	Totaal
Academiejaar van start traject	2006					
	2007					
	2008					
	2009	22,22%				22,22%
	2010	7,14%	14,29%			21,43%
	2011	100,00%				100,00%

Alle instellingen

Drop-out-ratio		Aantal academiejaren tot drop out					
		1	2	3	4	5	Totaal
Academiejaar van start traject	2006	4,85%	1,94%				6,80%
	2007	5,19%				0,74%	5,93%
	2008	2,48%	0,83%		0,83%		4,13%
	2009	4,35%	0,72%	1,45%			6,52%
	2010	2,21%	10,50%				12,71%
	2011	100,00%					100,00%



Opleiding huisartsgeneeskunde MNM - Instelling V.U.Brussel
Vestiging Pleinlaan, Elsene

Kengetallen

Aantal inschrijvingen en diploma's

V.U.Brussel, Pleinlaan, Elsene

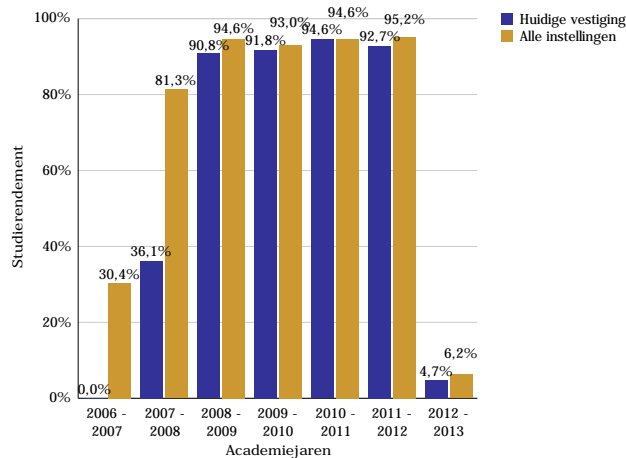
	Voltijds	Deeltijds	Mannelijk	Vrouwelijk	Generatiestudenten	Beursstudent	Diploma behaald	Herkomst ASO	Herkomst TSO	Herkomst BSO	Herkomst KSO	Herkomst andere	Totaal aantal inschrijvingen
Academiejaar 2006 - 2007*	9	0	4	5	0	0	0	0	0	0	0	9	9
Academiejaar 2007 - 2008*	17	0	5	12	0	0	7	0	0	0	0	17	17
Academiejaar 2008 - 2009	14	1	5	10	0	0	11	0	0	0	0	15	15
Academiejaar 2009 - 2010	14	0	6	8	0	0	4	3	0	0	0	11	14
Academiejaar 2010 - 2011	21	1	7	15	0	0	8	7	0	0	0	15	22
Academiejaar 2011 - 2012	26	0	7	19	0	0	12	12	0	0	0	14	26
Academiejaar 2012 - 2013**	25	4	2	27	0	0	0	19	0	0	0	10	29

* = Brondata afkomstig uit Databank Tertiair Onderwijs. Let op: definities voor data kunnen verschillend zijn met gegevensdefinities uit de huidige databank DHO (vanaf 2008-2009).

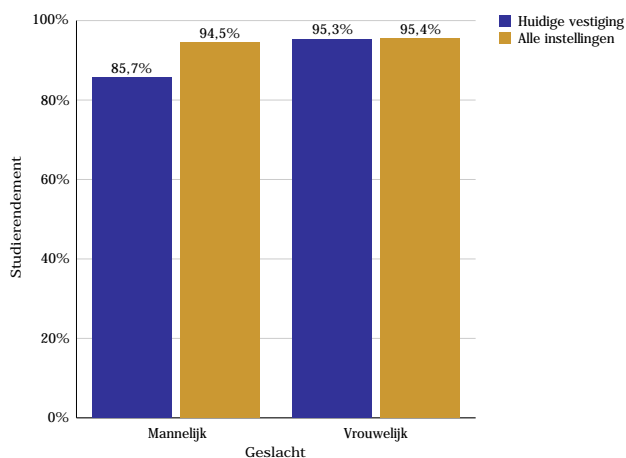
** = Cijfers voor niet afgesloten academiejaren. Status op 16-mrt-2013

Studierendement

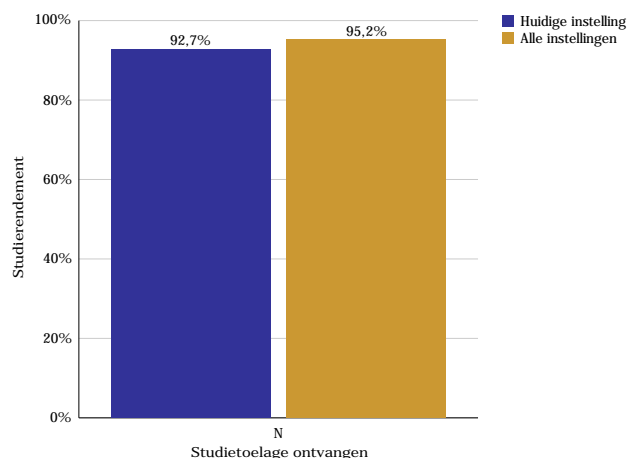
Evolutie alle beschikbare academiejaren



Verdeling per geslacht in 2011 - 2012



Verdeling per studietoelage J/N in 2011 - 2012



X.12 internationale studentenmobiliteit: aantallen inkomende en uitgaande studenten

Het aantal haio's dat een stage deed in het buitenland bij een huisarts-praktijkopleider (deze cijfers bevatten NIET de haio's die werken in het kader van ontwikkelingssamenwerking):

2000:	10	(9 Verenigd Koninkrijk, 1 Nederland)
2001:	8	(7 Verenigd Koninkrijk, 1 Nederland)
2002:	8	(4 Verenigd Koninkrijk, 3 Nederland, 1 Frankrijk)
2003:	5	(3 Verenigd Koninkrijk, 1 Nederland, 1 Frankrijk)
2004:	2	(1 Verenigd Koninkrijk, 1 Nederland + Zweden)
2005:	1	(1 Verenigd Koninkrijk)
2006:	0	
2007:	0	
2008:	0	
2009:	0	
2010:	0	
2011:	0	
2012:	1	(1 Oostenrijk)

Het aantal studenten dat een praktijkstage doet in het buitenland is de laatste jaren dus enorm afgenomen omdat

- + de toelatingsvoorwaarden in de UK verstrengd werden (minimum stageduur van 18 maanden, verplicht worden op zich na de stage als actieve huisarts te vestigen in de UK, strengere selectieprocedure omdat het aantal kandidaten uit de UK zelf fel is gestegen);
- + de praktijkopleiders uit Nederland een betere vergoeding krijgen indien ze Nederlandse aio's opleiden.

Het aantal buitenlandse studenten dat het opleidingsprogramma volgde aan het ICHO:

2001:	10	van de 346 haio's	= 2.89%
2002:	20	van de 292 haio's	= 6.85%
2003:	13	van de 279 haio's	= 4.66%
2004:	15	van de 273 haio's	= 5.49%
2005:	17	van de 270 haio's	= 6.30%
2006:	11	van de 243 haio's	= 4.53%
2007:	13	van de 228 haio's	= 5.70%
2008:	14	van de 245 haio's	= 5.71%
2009:	16	van de 254 haio's	= 6.30%
2010:	15	van de 312 haio's	= 4.81%
2011:	18	van de 387 haio's	= 4.65%
2012:	19	van de 432 haio's	= 4.40%

Over de laatste 12 jaar is gemiddeld 5,19% van de haio's van buitenlandse origine. Het grootste deel hiervan is afkomstig uit Nederland.

X.13 internationale docentenmobiliteit: aantallen inkomende en uitgaande personeelsleden van de jongste drie academiejaren

Er zijn weinig buitenlandse gastdocenten actief geweest in het opleidingsprogramma. We kunnen hier vermelden:

- + Jonathan Silverman, vice-decaan van de Universiteit in Cambridge, die in december een intensieve training gaf aan alle coördinatoren i.v.m. feedback geven en het faciliteren van kleine groepen. Hij gaf ook een lezing over het geven en uitlokken van feedback waarop alle praktijkopleiders, haio's en communicatietrainers waren uitgenodigd.
- + er was een uitwisselingsdag in 2011 tussen een Nederlandse terugkomgroep uit Maastricht en een Vlaamse seminariegroep uit Hasselt.
- + in 2011 was er een uitwisselingsdag tussen het bestuur van de LVOH en OVERSTAG en werden de verschillen in manier van werken besproken.
- + De Nederlandse en de Vlaamse centra nodigen elkaars stafleden vaker uit op de studiedagen of interstavendagen die ze organiseren.

Jan Degryse gaf verschillende opleidingen voor de huisartsenopleiding in Sint-Petersburg.

Jan De Maeseneer is erg actief in het uitbouwen van opleidingsnetwerken in Afrika (PRIMAFED, GHETS).

De Universiteit Gent heeft een project ingediend i.v.m. uitwisseling met eerstelijns geneeskunde in Vietnam.

Anselm Derese heeft – als vertegenwoordiger van de 4 Vlaamse huisartsencentra - een VLIR-IUC samenwerkingsproject in de wacht gesleept met Hué University of Medicine and Pharmacy (2013-2019) en met Can Tho University of Medicine and Pharmacy (2013-2014). Beide projecten kaderen in een ruime internationale samenwerking met het Vietnamese ministerie van volksgezondheid gericht op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Vietnam. Het is fijn hierin te kunnen samenwerken met het universitair centrum voor huisartsgeneeskunde van de Université de Liège (o.l.v. Prof. Didier Giet).

Roy Remmen en Paul Vanroyen hebben een samenwerkingsproject met de universiteit van Loya in Ecuador. Enkele van onze stafleden zijn actief lid van EURACT (the European Academy of Teachers in General Practice).

X.14. overzicht van internationale projecten van de voorbije academiejaren

- | the European Academy of Teachers in General Practice (EURACT): uitwisseling van ervaringen en good practices
- | een uitwisselingsproject met de centra voor huisartsenopleiding in Zuid-Afrika: het overdragen van trainingsmethoden, een relatienetwerk uitbouwen, trainingsplaatsen in Zuid-Afrika bezoeken, een leerstage voor 8 stafleden uit Zuid-Afrika verzorgen.
- TUFH:
- Ecuador:
- Vietnam: In de voorbereidingsfase van dit project werd Anselme Derese gevraagd om workshops te geven over skilsslabonderwijs, over de rol van academische huisartsen in het basiscurriculum van de Universiteit Gent en over de organisatie van de huisartsopleiding door het ICHO. Er werden activiteiten voorbereid om huisartsgeneeskunde gestalte te geven op commune level, om wetenschappelijk onderzoek op te zetten over opleiding en om elektronische modules te ontwikkelen in het Engels die bruikbaar zijn in huisartsopleidingen waar ook ter wereld (in samenwerking met Prof. Erica Frank van de UBC in Canada).