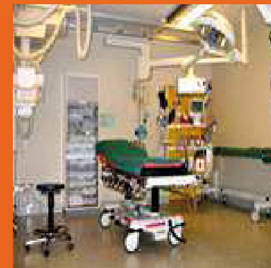


# De SEH-arts en competenties

Een handreiking tussen de huidige opleiding tot SEH-arts en het nieuwe competentiegerichte curriculum

Gerald Knol



Spoed Eisende Hulp  
Faculteit Bedrijfskunde



Groningen, mei 2007



## De SEH-arts en competenties

Een handreiking tussen de huidige opleiding tot SEH-arts en het nieuwe competentiegerichte curriculum

Groningen, mei 2007

Auteur Gerald Knol  
Studentnummer

1160532

Afstudeeropdracht in het kader van

Master Human Resource Management  
Faculteit Bedrijfskunde  
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

Dr. J.C. ter Maaten, internist  
Opleider Spoed Eisende Hulp Artsen  
Universitair Medisch Centrum Groningen

Begeleider Bedrijfskunde  
Referent

Dr. M.A.G. van Offenbeek  
Prof. Dr. H.B.M. Molleman

Begeleider Wenckebach Ontwikkelplatform

Dr. J. Pols

ISBN: 978-90-8827-003-1

NUR: 801

Trefw: Management, opleiding, competenties

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

© 2006 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

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

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

## Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van mijn afstudeeronderzoek uitgevoerd voor het Wenckebach Ontwikkelplatform van het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dit afstudeeronderzoek vormt de afsluiting van de Master Human Resource Management aan de bedrijfskundige faculteit van de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek draaide om de vraag in hoeverre de huidige opleiding tot SpoedeisendeHulparts doeltreffend was ten opzichte van het kunnen verwerven van de vereiste competenties door de artsen.

Het afstuderen was voor mij een leuke en vooral leerzame ervaring. In de afgelopen zes maanden heb ik veel geleerd over het opzetten van een onderzoek en ook over het onderwerp van onderzoek, het opleiden van mensen. Ik zie deze periode dan ook als een waardevolle afsluiting van mijn studie.

Ik wil graag iedereen bedanken die een bijdrage heeft geleverd aan het onderzoek en mij in het proces van het

maken van de scriptie heeft ondersteund. Allereerst gaat mijn dank uit naar de begeleiders, van het UMCG Jan Pols en van de faculteit Marjolein van Offenbeek en Eric Molleman en uiteraard ook naar de opdrachtgever Jan ter Maaten. Hen wil ik graag bedanken voor hun vertrouwen en goede adviezen. Ook Maaïke Cnossen wil ik graag bedanken voor de inhoudelijke discussies over het onderwerp en alle gezelligheid.

Ook wil ik graag de SEH-artsen en SEH-artsen i.o. bedanken. Ze hebben allen erg enthousiast hun medewerking hebben verleend aan het onderzoek bedanken.

Tenslotte wil ik nog graag mijn ouders, broer en vrienden bedanken voor hun interesse in mijn onderzoek en de zo nodige sociale afleiding tijdens dit leerzame, maar toch ook lastige proces.

Gerald Knol  
Groningen, mei 2007





## Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING .....</b>	<b>1</b>
<b>HOOFDSTUK 1 INLEIDING .....</b>	<b>3</b>
1.1 AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK.....	3
1.2 PROBLEEMSTELLING .....	4
1.3 ORGANISATIEBESCHRIJVING.....	4
1.4 OPBOUW VAN HET RAPPORT .....	7
<b>HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER.....</b>	<b>9</b>
2.1 DE FUNCTIE.....	9
2.2 COMPETENTIE.....	9
2.3 OPLEIDING .....	11
2.4 FIT .....	16
2.5 CONCEPTUEEL MODEL .....	17
<b>HOOFDSTUK 3 ONDERZOEKSDESIGN.....</b>	<b>19</b>
3.1 DESIGN .....	19
3.2 DEELVRAGEN BIJ HET ONDERZOEK.....	21
3.3 CONCLUSIE .....	21
<b>HOOFDSTUK 4 COMPETENTIES VOOR DE SEH-ARTS.....</b>	<b>23</b>
4.1 METHODE .....	23
4.2 DE ZEVEN COMPETENTIEGEBIEDEN VOOR DE MEDISCH SPECIALIST .....	23
4.3 DE ZEVEN COMPETENTIEGEBIEDEN VOOR DE SEH-ARTS.....	23
4.4 COMPETENTIES SPECIFIEK VOOR DE SEH-ARTS.....	25
4.5 CONCLUSIE .....	26
<b>HOOFDSTUK 5 HUIDIGE OPLEIDING TOT SEH-ARTS .....</b>	<b>27</b>
5.1 METHODE .....	27
5.2 OPLEIDING TOT SEH-ARTS ZOALS DIE BESCHREVEN STAAT .....	27
5.3 OBSERVATIES VAN DE OPLEIDING TOT SEH-ARTS.....	30
5.4 CONCLUSIE .....	31
<b>HOOFDSTUK 6 ONTWERP BEOORDELINGSINSTRUMENT .....</b>	<b>33</b>
6.1 INLEIDING .....	33
6.2 METHODE .....	33
6.3 ONDERZOEKSINSTRUMENT .....	35
6.4 CONCLUSIE .....	37



<b>HOOFDSTUK 7 EMPIRISCH ONDERZOEK .....</b>	<b>39</b>
7.1 DOCUMENTONDERZOEK .....	39
7.2 PRAKTIJKONDERZOEK.....	43
7.3 CONCLUSIE EMPIRISCH ONDERZOEK.....	55
<b>HOOFDSTUK 8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>57</b>
8.1 CONCLUSIE .....	57
8.2 BESCHOUWING .....	57
8.3 AANBEVELINGEN .....	58
<b>LITERATUURLIJST .....</b>	<b>61</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>63</b>
BIJLAGE 1 FIGUUR “PRODUCTIESTROOM” CSO.....	64
BIJLAGE 2 ALGEMENE COMPETENTIES SEH-ARTS .....	65
BIJLAGE 3 VRAGENLIJSTEN DOCUMENT- EN PRAKTIJKONDERZOEK.....	69
BIJLAGE 4 VERBINDINGSTABEL COMPETENTIES SEH-ARTS EN DE VRAGEN .....	73
BIJLAGE 5 TABELLEN UITWERKINGEN DOCUMENTONDERZOEK .....	78
BIJLAGE 6 SCHEMA TAKEN EN TAAKVERDELING BIJ INTERVIEWS .....	82

## Samenvatting

### Achtergrond van het onderzoek

In maart 2006 is een landelijk curriculum voor de opleiding tot SEH-artsen vastgesteld. In dit curriculum is vastgelegd aan welke competenties de SEH-artsen moeten voldoen om hun functie goed te kunnen uitvoeren. De huidige opleiding tot SEH-arts, die het UMCG aanbiedt, is niet geformuleerd in termen van competenties. Dat is de reden geweest dat de SEH-opleider een verzoek tot onderzoek heeft neergelegd bij het Wenckebach Ontwikkelplatform. Er bestaat op dit moment een gebrek aan inzicht in hoeverre de huidige opleiding de kans biedt om de landelijk vereiste competenties te verwerven. Daarnaast wil men weten op welke wijze de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts zonedig kan worden vergroot.

### Probleemstelling

De probleemstelling van het onderzoek is verdeeld in een doelstelling en vraagstelling.

### Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om een bijdrage te leveren aan het verhogen van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts. Daarvoor is antwoord op drie vragen nodig:

- 1 Via welke methode van dataverwerking en analyse kan men de doeltreffendheid van de huidige opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het verwerven van de vereiste competenties meten?**
- 2 In welke mate is de huidige opleiding tot SEH-arts doeltreffend?**
- 3 Welke mogelijkheden heeft de SEH-opleider om de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het kunnen verwerven van de gestelde competenties, te verhogen?**

### Theorie

Bax (2003) spreekt in het kader van “het werk” over de vraag naar arbeid van de werkgever. Iedere vorm van productie, ook een dienst, vraagt om een aantal verschillende handelingen die in onderlinge samenhang verricht moeten worden om de gestelde productiedoelstellingen te kunnen bereiken (Bax, 2003). Vanuit de inhoud van de functie kan men een lijst opstellen met vaardigheden die een werknemer moet beheersen om de functie; de taken en activiteiten naar behoren uit te voeren. Deze kenmerken van de werknemer worden ook wel competenties genoemd. De definitie van competentie die in dit onderzoek wordt gebruikt is: de integratie van kennis, vaardigheden en houding leidt tot gedrag, die integratie wordt competentie genoemd.

Het opleiden van medische specialisten en ook van SEH-artsen vindt voor een groot deel plaats op de werkplek. Het werk van professionals, zoals SEH-artsen, is dienstverlenend en complex (Kwakman in Kessels, 2003). Het concept opleiding is opgedeeld in verschillende elementen, namelijk het leren, het opleiden, het beoordelen. Professionals leren op hun werkplek van alle activiteiten die ze dagelijks uitvoeren, maar ze leren vooral van activiteiten waar een moment van reflectie inzit en van activiteiten die interactie met anderen met zich meebrengen. Daarnaast is het belangrijk om de verschillende barrières en stimulansen van leren op de werkplek te onderkennen en hier op in te spelen.

Het gaat om de congruentie tussen wat je leert tijdens de opleiding en wat je moet beheersen tijdens het uitvoeren van de functie. Er is de meest ideale situatie, de beste fit, wanneer de opleiding en de competentie-eisen een zo optimaal mogelijke overeenkomst hebben. Kortweg is fit: doen wat er van je gevraagd wordt.

## Methode

Het onderzoek is van probleemoplossende aard. In dit onderzoek gaat het om de vraag in hoeverre een SEH-arts i.o. de voor de functie vereiste competenties binnen de huidige opleiding kan verwerven. Hierbij gaat het onder andere om de ontwikkeling van een instrument om dit te meten. Het onderzoek is te verdelen in een diagnostisch deel en een ontwerpdeel. In het ontwerpdeel wordt gebruik gemaakt van de resultaten die een pilotstudy met behulp van het ontwikkelde instrument opleveren.

De gebruikte methoden zijn observaties, documentanalyse en interviews. In het diagnosedeel is door middel van observaties een beeld verkregen van de opleiding en de competenties. Dit beeld is meegenomen in de ontwikkeling van het beoordelingsinstrument. Met dit instrument is een pilotstudy gedaan: bestaande uit een documentonderzoek en interviews. De gebruikte documenten zijn alle beschikbare documentatie over de opleiding, de verschillende stages en cursussen. De interviews zijn gehouden met 8 SEH-artsen die al werkzaam zijn en met 6 SEH-artsen die nog in opleiding zijn. De vragenlijst die gebruikt is tijdens het onderzoek bestaat uit 43 vragen die naar 70 van de 78 competenties vraagt.

## Resultaten en conclusies

Naar aanleiding van de resultaten die zijn verkregen uit het documentonderzoek en uit de interviews komt naar voren dat ongeveer tweederde van de vereiste competenties in de opleiding aan de orde komen. Er dient bij de interpretatie van de resultaten een onderscheid gemaakt te worden tussen medisch gerelateerde competenties en niet-medisch gerelateerde competenties. Het merendeel van de medische competenties komt wel aan bod tijdens de opleiding. Daarnaast blijkt uit de resultaten van het onderzoek dat vooral op het gebied van de management- en organisatorisch gerelateerde competenties een groot aantal competenties niet verworven kan worden tijdens de opleiding tot SEH-arts in het UMCG.

In veel documentatie zijn de leerdoelen nog niet weergegeven in competenties, dit maakt het lastig de doeltreffendheid te bepalen. Daarnaast kan er geconcludeerd worden dat aan het gewenste gedrag die uit het beheersen van de competenties naar voren moet komen ook nog explicieter aandacht besteed moet worden. Uit de documentatie spreekt men nog veelal over leerdoelen en bij competenties gaat het over de taken en vaardigheden en nog niet over het gewenste gedrag.

## Aanbevelingen

De aanbevelingen die gedaan worden zijn opgedeeld in drie delen. Het begint met de aanbevelingen die direct betrekking hebben op de opleiding tot SEH-arts. Daarna komen de aanbevelingen voor instrumenten om de doeltreffendheid te meten. Ten derde de aanbevelingen die betrekking hebben op mogelijk vervolgonderzoek. Enkele voorbeelden van aanbevelingen zijn: het advies om de leerdoelen in termen van competenties weer te geven, het ontwikkelen van instrumenten om de beheersing van de competenties te meten en worden er tijdens de opleiding ook competenties verworven die niet in het opleidingsplan staan?

## Hoofdstuk 1 Inleiding

Welke competenties moeten Spoedeisende Hulpartsen (SEH-artsen) beheersen om hun functie goed uit te kunnen oefenen en welke mogelijkheid biedt de huidige opleiding tot het verwerven van die competenties? In dit onderzoek zal een vergelijking plaatsvinden tussen de competenties die SEH-artsen in de huidige opleiding tot SEH-arts van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) kunnen verwerven en de competentie eisen zoals die vastgesteld zijn in het Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulparts. In dit hoofdstuk zal het onderzoek geïntroduceerd worden. In paragraaf 1.1 wordt de aanleiding tot het onderzoek weergegeven. Paragraaf 1.2 bevat de probleemstelling. Vervolgens wordt in paragraaf 1.3 een beschrijving van het UMCG en de Centrale Spoedopvang (CSO) gegeven, waarna in paragraaf 1.4 de opbouw van het onderzoeksrapport wordt gepresenteerd.

### 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Uit onderzoek van de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG) is gebleken dat de situatie op de CSO de laatste jaren sterk veranderd is in Nederland. Daarnaast is de zorg aan de poort niet meegegroeid met de behoeften en mogelijkheden (SOSG, 2006). De situatie was rond de eeuwwisseling inmiddels zo dat de unit CSO zelf goed uitgerust en voorzien was van moderne apparatuur. Alleen wordt de CSO vaak bemand door snel wisselende groepen van Artsen in Opleiding tot Specialist (AIOS) die niet direct opgeleid zijn om de stroom van acuut zieke en gewonde patiënten op te vangen (SOSG, 2006). Dat geldt ook voor de co-assistenten, Anios, Haios en de nurse practitioners. Hierdoor ontbreekt het op de CSO aan werkelijke ervaring en continuïteit (Kingma et al. 2004).

Daarnaast is door een toename van de diagnostiek en het aantal behandelingswijzen ook de behoefte aan regie en coördinatie op de CSO groter geworden. Tenslotte vraagt ook de samenleving met de huidige, mondige patiënt om

kwaliteit, veiligheid en klantvriendelijkheid in de acute zorg (SOSG, 2006). De SOSG (2006) verwacht dat in de toekomst, door de differentiatie binnen de grote specialismen en het alsmaar complexer worden van de zorgvraag, bij ongewijzigd beleid, de kwaliteitsleemte op de CSO alleen maar groter zal worden.

In 1999 werd de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) opgericht. De vereniging heeft ten doel de spoedeisende geneeskunde te bevorderen en de belangen van de SEH-artsen te behartigen. Inmiddels zijn er in Nederland 21 opleidingsinstellingen die een opleiding tot SEH-arts aanbieden, waarvan er 13 erkend zijn ([www.sosg.nl](http://www.sosg.nl)).

De opleiding tot SEH-arts in het UMCG is ontstaan vanuit verschillende specialismen. In eerste instantie liep de SEH-AIOS al zijn stages binnen de andere specialismen. De stage vond merendeels wel plaats op de CSO, maar onder de supervisie van een specialisme, bijvoorbeeld Chirurgie of Interne geneeskunde. Tijdens de stage functioneerde de SEH-arts i.o. als een aio van dat specialisme.

In maart 2006 is een landelijk curriculum voor de opleiding tot SEH-arts vastgesteld. In dit curriculum is vastgelegd aan welke competenties de SEH-arts moet voldoen voor het uitvoeren van de functie (Alkemade et al, 2006). De huidige opleiding tot SEH-arts, die het UMCG aanbiedt, is initieel niet geformuleerd in termen van competenties. Dat is de reden geweest dat de SEH-opleider een verzoek tot onderzoek heeft neergelegd bij het Wenckebach Ontwikkelplatform. Er bestaat op dit moment een gebrek aan inzicht in hoeverre de huidige opleiding de kans biedt om de landelijk vereiste competenties te verwerven. Daarnaast wil men weten op welke wijze de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts zonodig kan worden vergroot.

## 1.2 Probleemstelling

In deze paragraaf zal de probleemstelling, die de rode draad van dit onderzoek vormt, worden weergegeven. De probleemstelling bestaat uit de volgende drie componenten (De Leeuw, 1996):

1. Doelstelling
2. Vraagstelling
3. Randvoorwaarden.

### Doelstelling

De doelstelling vormt de basis van de vraagstelling en stuurt het proces van kennisverwerving. Daarnaast is de doelstelling van belang voor de evaluatie van het onderzoek. Ten derde vervult de doelstelling een motiverende rol voor de inspanningen die het onderzoek zal gaan vergen (Verschuren, 1999).

*Het doel van het onderzoek is om een bijdrage te leveren aan het verhogen van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts.*

Het bereiken van het doel gaat gebeuren door het doen van onderzoek dat de SEH-opleider inzicht geeft in de doeltreffendheid van de huidige opleiding met betrekking tot de competenties die de SEH-arts gedurende de opleiding, volgens het curriculum, moet verwerven.

### Vraagstelling

Handelingsonderzoeken van probleemoplossende aard tenderen vaak naar een exploratieve vraagstelling (Verschuren, 1999). Exploratieve vraagstellingen zijn vraagstellingen waarin hypothesen zoveel mogelijk ontbreken en waarin open vragen zijn opgenomen.

*1 Via welke methode van dataverwerking en analyse kan men de doeltreffendheid van de huidige opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het verwerven van de vereiste competentie, meten?*

Deze vraag houdt het zoeken naar en/of ontwikkelen van een instrument om tot een antwoord op de tweede vraag

te kunnen komen in. De uitwerking van deze vraag komt aan de orde in hoofdstuk zes, de onderzoeksmethodiek. Er is geen instrument beschikbaar dat direct toepasbaar is voor de onderzoeksmaterie, dat is de reden dat deze vraag naar een geschikte onderzoeksmethode wordt gesteld.

*2 In welke mate is de huidige opleiding tot SEH-arts doeltreffend?*

Deze vraagstelling wordt opgesplitst in een aantal deelvragen. De deelvragen worden geformuleerd aan de hand van het conceptuele model dat aan het eind van hoofdstuk twee zal worden geconstrueerd vanuit het theoretische kader.

*3 Welke mogelijkheden heeft de SEH-opleider om de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het kunnen verwerven van de gestelde competenties te verhogen?*

De *randvoorwaarden* geven weer aan welke beperkingen de onderzoeksmethoden en resultaten onderhevig zijn: Afronding van het onderzoek zal zes maanden na de aanvang van het onderzoek plaatsvinden; Het onderzoek zal plaats vinden op de CSO van het UMCG met de medewerking van de SEH-opleider, SEH-artsen in opleiding en perifeer werkende SEH-artsen die hun opleiding in het UMCG hebben genoten; Het Wenckebach Ontwikkelplatform zal voor de facilitatie van het onderzoek zorgen; Tijdens het onderzoek wordt uitgegaan van competenties zoals die zijn vastgesteld in het curriculum opleiding tot SEH-arts (Alkemade et al. 2006) en het Position Paper van het SOSG (2006); Het onderzoek wordt gedaan vanuit een bedrijfskundige achtergrond, het onderzoek tracht daarom geen onderwijskundig of medisch-inhoudelijk advies te geven.

## 1.3 Organisatiebeschrijving

Het UMCG is een enorme organisatie. Het is één van de grootste ziekenhuizen in Nederland en één van de grootste

werkgevers in het noorden van het land. Gelegen in de binnenstad van Groningen is het UMCG eigenlijk een stad in een stad. In het UMCG zijn dagelijks ongeveer 1000 patiënten opgenomen en werken ruim 9000 mensen samen aan zorg, onderzoek, opleiding en onderwijs. Jaarlijks zijn er ruim 31.000 opnamen en komen ongeveer 32.000 patiënten op de CSO. Daarnaast studeren ongeveer 3400 studenten in het UMCG. Deze studenten zijn afkomstig van zowel de Rijksuniversiteit Groningen als de Hanze Hogeschool.

### **Kerntaken**

Het UMCG heeft een drietal kerntaken geformuleerd die een belangrijke rol spelen bij de bedrijfsvoering. Deze kerntaken zijn zorg, onderwijs en onderzoek. Hieronder volgt een beschrijving van de verschillende kerntaken ([www.umcg.nl](http://www.umcg.nl)).

### **Zorg**

In de eerste plaats is het UMCG een 'gewoon' ziekenhuis. Eén van de 120 ziekenhuizen in Nederland waar iedereen voor gewone ziekenzorg terecht kan. Daarnaast biedt het UMCG ook hoog gespecialiseerde zorg. Hierbij gaat het om vormen van zogenoemde topreferente en topklinische zorg. Alle patiënten met meer gecompliceerde aandoeningen uit de noordelijke provincies worden uiteindelijk naar het UMCG doorverwezen. Het UMCG heeft samenwerkingsverbanden met andere zorginstellingen en verpleeghuizen in het Noorden.

### **Onderwijs**

Het UMCG verzorgt de medische opleidingen Geneeskunde en Tandheelkunde en in samenwerking met de Hanze Hogeschool de opleiding Mondzorgkunde. Daarnaast is het UMCG betrokken bij de opleidingen Bewegingswetenschappen en Life Sciences. Het UMCG leidt ook verpleegkundigen op en heeft alle opleidingen tot specialist in huis. Verder worden er artsen en specialisten van buiten het UMCG bijgeschoold.

### **Onderzoek**

In het UMCG doet men onderzoek naar de effectiviteit van nieuwe technieken en behandelingen, naar de werking van nieuwe medicijnen en naar nieuwe vormen van zorg. Medewerkers van het UMCG voeren dit onderzoek uit, zowel op eigen initiatief als op verzoek van externe partijen. Dit kunnen bedrijven zijn, maar ook charitatieve instellingen, zoals de Nederlandse Hartstichting en het Koningin Wilhelmina Fonds.

### **Centrale Spoedopvang (CSO)**

De CSO is de afdeling van het UMCG waar patiënten met acute klachten terecht kunnen. De patiënten komen via verschillende kanalen op de CSO terecht. Via een doorverwijzing van de huisarts, met de ambulance of steeds vaker als zelfverwijzer (SOSG, 2006). Op de CSO wordt een triage gedaan naar de klachten van de patiënt, dat wil zeggen dat de urgentie wordt vastgesteld en de patiënt wordt ingedeeld bij een specialisme. Bij de patiënt wordt een anamnese/lichamelijk onderzoek afgenomen door een assistent of een Arts in Opleiding (AIO) van het specialisme waar de klachten onder vallen. De AIO stelt een diagnose en beleidsplan op en heeft hier contact over met de supervisor. Na overleg met de supervisor wordt het beleidsplan vastgesteld en wordt actie ondernomen. De patiënt kan zo nodig vanuit de CSO worden doorverwezen naar de beddenhuizen van de verschillende specialismen, waar specialistische zorg voor de patiënt klaar staat. Ook kan voor de patiënt een vervolgspraak bij een polikliniek gemaakt worden, kan de patiënt naar huis gestuurd worden of weer terugverwezen naar de huisarts.

De driejarige opleiding van de Spoedeisende Hulparts in opleiding (SEH-arts i.o.) vindt grotendeels plaats op de CSO. Op de CSO volgt de SEH-arts i.o. stages bij een aantal afzonderlijke specialismen en daarnaast nog een generalistische SEH-stage. Een overzicht van de 'productiestroom' op de CSO is te vinden in bijlage 1.

### **Conclusie**

Voor de opleiding tot SEH-arts is de afstemming tussen zorg, onderwijs en onderzoek van belang om de opleiding

in te richten. Een optimale afstemming tussen het zorggedeelte, het onderwijsgedeelte en de mogelijkheid om onderzoek te doen verhoogt de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts. Het zijn deze drie onderdelen waar de opleiding uit bestaat: de zorg, het werk op de vloer en het volgen van onderwijs en het laten doen van onderzoek om het beroep op een hoger vlak te brengen.

In het licht van de probleemstelling kan men zich afvragen of de wijze waarop de opleiding tot SEH-arts op de CSO wordt aangeboden doeltreffend is in het doen verwerven van de vereiste competenties. Zo functioneren SEH-artsen i.o. tijdens hun stages als AIO van een specialisme en zijn aldus niet discipline overstijgend aan het werk.

6



Afbeelding 1.1 Spoedeisende hulp (afb. Medisch Contact, mei 2002)

#### **1.4 Opbouw van het rapport**

In dit eerste hoofdstuk is de inleiding van het onderzoek en het probleem aan de orde gekomen. In hoofdstuk twee wordt het theoretische kader van het onderzoek beschreven. De afsluiting van het hoofdstuk omvat de weergave van het conceptuele model voor dit onderzoek en de bijbehorende deelvragen. Het onderzoeksdesign komt aan bod in hoofdstuk drie. In hoofdstuk vier zullen de competenties die vereist zijn voor de SEH-arts aan bod komen. De in hoofdstuk vier genoemde competenties vormen het uitgangspunt voor het onderzoeksinstrument en voor het onderzoek naar de doeltreffendheid van de huidige opleiding. Hoofdstuk vijf behelst de uitwerking van de formele en feitelijke organisatie van de huidige opleiding tot SEH-arts. De kennis van de organisatie is niet direct doel van het onderzoek, maar wordt belangrijk geacht om het onderzoek goed uit te kunnen voeren. In hoofdstuk zes zal de wijze van onderzoeken gepresenteerd worden waarmee de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot de competenties, gemeten kan worden. In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe de dataverzameling en –analyse heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk zeven worden de resultaten van het empirisch onderzoek gepresenteerd. Een paragraaf bevat de resultaten van het documentonderzoek naar de mate waarin het verwerven van de competenties gelijk opgaat met de mogelijkheden van de huidige opleiding en waar er discrepanties zijn. De daaropvolgende volgende paragraaf bevat de resultaten van het praktijkonderzoek. Hoofdstuk acht bevat de conclusies, beschouwing en aanbevelingen.





## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van theorie afgebakend wat het begrippenkader rond de onderzoeksproblematiek is. Belangrijke elementen in dit onderzoek zijn de taken en werkzaamheden die een SEH-arts i.o. moet uitvoeren, de vereiste competenties die in het curriculum vermeld worden en de opleiding tot SEH-arts, in termen van training en beoordeling. Van belang bij het onderzoek is de “fit” tussen de eisen en mogelijkheden van het verwerven van competenties die nodig zijn voor het naar behoren kunnen uitvoeren van de taakeisen.

Hieronder zullen de begrippen die een belangrijke rol spelen bij het onderzoek theoretisch worden uitgewerkt en zal de verwachte samenhang in een conceptueel model worden weergegeven. In volgorde worden de volgende begrippen besproken:

- De functie;
- Competentie;
- Opleiding (Training en beoordeling);
- “Fit” (Doeltreffendheid en doelmatigheid).

### 2.1 De Functie

Bax (2003) spreekt in het kader van “het werk” van de vraag naar arbeid van de werkgever. Iedere vorm van productie, ook een dienst, vraagt om een aantal verschillende handelingen die in onderlinge samenhang verricht moeten worden om de gestelde productiedoelstellingen te kunnen bereiken (Bax, 2003). In dit onderzoek gaat het om de handelingen die de SEH-arts moet kunnen verrichten om de gestelde productiedoelstelling te behalen. De productiedoelstelling is hierbij het adequaat kunnen behandelen van de ongedifferentieerde patiënt die zich op de CSO meldt. De ongedifferentieerde patiënt dient snel opgevangen, adequaat en met zo min mogelijk middelen behandeld te worden en naar het juiste vervolgtraject verwezen te worden (SOSG, 2006).

Het werk van de SEH-arts is hiërarchisch te onderscheiden in de functies die bestaan uit taken, deze bestaan uit activiteiten die men dient te vervullen. Onder activiteiten kunnen we al die handelingen verstaan die in een organisatie moeten plaatsvinden. Hierbij overheerst een instrumenteel perspectief; men bedoelt die handelingen die op enigerlei wijze een bijdrage leveren aan het realiseren van de doeleinden van de organisatie. Wanneer we deze activiteiten analyseren, uiteenleggen en vervolgens weer groeperen ontstaan taken en functies. Het begrip taak duidt de technische inhoud van een functie aan. Het begrip functie verwijst naar de beoogde bijdrage die deze taken leveren aan het bereiken van de doelen (Paul et al. 1994).

Een functiebeschrijving is volgens Noe et al. (2003) een lijst van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die een functie inhouden. Daarnaast omschrijven Noe et al. (2003) een functiespecificatie als een lijst met de kennis, vaardigheden, bekwaamheden en andere kenmerken die een individu moet beheersen om de functie uit te kunnen voeren.

### Conclusie

Vanuit de inhoud van de functie kan men een lijst opstellen met vaardigheden die een werknemer moet beheersen om de functie, de taken en activiteiten, naar behoren uit te voeren. Deze kenmerken van de werknemers worden ook wel competenties genoemd. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op deze competenties.

### 2.2 Competentie

Over de betekenis van het begrip competentie zijn nogal wat vaagheden. Er zijn bijna net zoveel definities van het begrip competentie beschikbaar als dat er auteurs over geschreven hebben. Daarom is het belangrijk om vroeg in

het onderzoek duidelijkheid te scheppen over de wijze waarop het begrip competentie in het onderzoek gebruikt zal worden.

In dit onderzoek wordt gekeken naar die werknemerskenmerken die op de werkvloer kunnen worden aangeleerd. Deze kenmerken zijn opgenomen in de uitwerkingen van de competenties die vereist zijn om te verwerven. Dit zijn de werknemerskenmerken die een werknemer zich eigen maakt door training, het uitvoeren van het werk en de beoordeling en feedback daarbij.

Er zijn verschillende aanleidingen te geven waarom het begrip competentie zijn intrede heeft gedaan in het management van arbeidsorganisaties en opleidingen. Wellicht de belangrijkste aanleiding is de toenemende snelheid van maatschappelijke en technologische veranderingen. Die maakt het minder makkelijk en voor de hand liggend om gedetailleerde functieomschrijvingen te hanteren met daarbij gespecificeerde functie-eisen. De moeilijkheid om functies scherp te kunnen definiëren nodigt uit tot het denken in termen van 'bekwaamheden', die relatief los van functies gezien kunnen worden (Merriënboer, 2002). Het begrip competentie kan op deze manier een rol spelen in de wijze waarop functies en functie-eisen geassocieerd kunnen worden. Daarnaast worden opleidingen steeds meer ingericht volgens bekwaamheden. Mensen leren niet meer een beroep maar een serie bekwaamheden die beter afgestemd zijn op de snelveranderende arbeidsmarkt. Er is een alom aanwezige tendens, zowel in het onderwijs als binnen bedrijfsopleidingen, tot integratie van losse elementen om kennis, vaardigheden en houdingen in een betekenisvolle samenhang aan te bieden. Daarbij wordt deze integratie vaak verder versterkt door het leren een plaats te geven in een realistische of authentieke context (Merriënboer, 2002).

De noodzaak om de organisatiestrategie en de ontwikkeling van het menselijke potentieel beter op elkaar af te stemmen, creëert een sterke behoefte aan een gemeenschappelijke taal voor alle betrokkenen in de

organisatie. Het competentiebeprijp (zowel in de betekenis van kerncompetenties als in de betekenis van individuele bekwaamheden) vervult hierin een brugfunctie tussen managers, de HRM-afdeling en werknemers (Mulder, 2000, in Merriënboer 2002). In dit onderzoek richt de onderzoeker zich op de competenties in termen van individuele bekwaamheden van de SEH-artsen.

Een literatuurstudie van de onderwijsraad (Merriënboer, 2002) omvatte de bestudering van een aantal definities van het begrip competentie. Hoewel de definities verschillen in de elementen die tot het competentiebeprijp worden gerekend, of de classificatie van competenties, lijkt er een zestal kenmerken te zijn die frequent in de definities worden aangetroffen.

Deze zijn:

- competenties zijn contextgebonden;
- competenties zijn een ondeelbare clustering van vaardigheden, kennis, attituden, eigenschappen en inzichten;
- competenties zijn veranderlijk in de tijd;
- competenties zijn verbonden met activiteiten/taken;
- leren en ontwikkelen zijn voorwaarden voor competentieverwerving;
- de verschillende competenties staan in een bepaalde relatie tot elkaar.

Competenties worden ook vaak gedragsmatig gedefinieerd. Merriënboer (2002) gaat hier in zijn omschrijving aan voorbij. Weightman (1994) geeft aan dat competenties ten grondslag liggen aan het gedrag dat noodzakelijk wordt geacht voor het bereiken van een gewenste uitkomst.

In 1999 verscheen het advies van de Advies Commissie Onderwijs-Arbeidsmarkt (ACOA) waarin het begrip kerncompetenties is uitgewerkt met als doel om dit een sturende plaats te geven in de versterking van de kwalificatiestructuur secundair beroepsopleiding. Volgens het ACOA benadrukt het begrip kerncompetentie juist de

samenhang tussen diverse competenties. Daarom zou het meer geschikt zijn als instrument om te komen tot een fundamentele heroriëntatie op de doelen en methoden van het beroepsonderwijs. Ook wordt met het begrip kerncompetentie beter tot uitdrukking gebracht dat het gaat om een vermogen waarin dynamiek en ontwikkelbaarheid relevant zijn.

Kerncompetenties worden door het ACOA gedefinieerd als: die vermogens van een individu waarmee de kernopgaven van een beroep op een adequate, procesgerichte en productgerichte wijze kunnen worden aangepakt. Kerncompetenties zijn multidimensionaal, gestructureerd en onderling samenhangend (ACOA, 1999 in J. Pols et.al. 2005). Voor het beroep wordt een viertal relevante competentiegebieden onderscheiden: Vakmatige en methodische competenties hebben betrekking op de beroepsinhoudelijke aspecten en op het ontwikkelen van een adequate aanpak van beroepsspecifieke opgaven en problemen; Bestuurlijk-organisatorische en strategische competenties hebben betrekking op het beroepsmatig functioneren in de context van arbeidsorganisaties; Sociaal-communicatieve en normatief culturele competenties hebben betrekking op het kunnen functioneren in groepen en de praktijkgemeenschap (afdeling, bedrijf, beroepsgroep); Leer- en vormgevingscompetenties hebben betrekking op het kunnen bijdragen aan de eigen ontwikkeling en die van beroep en bedrijf.

De definitie die het ACOA hanteert geeft de meest volledige weergave van de zes kenmerken die het onderzoek van de onderwijsraad heeft opgeleverd. De integratie van kennis, vaardigheden, gedrag en houding wordt wel competentie genoemd (Alkemade et al. 2006). Het curriculum neemt gedrag als onderdeel van competenties, waar in dit onderzoek Weightman (1994) wordt aangehouden, die noemt dat de competentie moet leiden tot gedrag. Dit leidt tot de definitie die in dit onderzoek wordt gebruikt: de integratie van kennis,

vaardigheden en houding leidt tot gedrag en wordt competentie genoemd. Op een andere wijze dan Weightman (1994) noemt ook Kluytmans (2001) gedrag wanneer het over competenties gaat. Onder het woord competenties verstaat Kluytmans (2001) de gedragseisen waarover medewerkers moeten beschikken vanuit het perspectief van de organisatie. In hoofdstuk vier wordt ingegaan op de competenties die het curriculum noemt als vereisten voor de SEH-arts.

### **Conclusie**

Kluytmans (2001) en Weightman (1994) geven beide aan dat een competentie moet leiden tot gedrag en dat dergelijk gedrag vereist is voor het bereiken van de gewenste uitkomsten. De definitie van competentie die in dit onderzoek gehanteerd wordt is die van Weightman (1994): de integratie van kennis, vaardigheden en attitude die leiden tot het gewenste gedrag van de SEH-artsen.

### **2.3 Opleiding**

Het opleiden van medische specialisten en ook van SEH-artsen vindt voor een groot deel plaats op de werkvloer. Artsen in opleiding tot SEH-arts zijn in dienst van de betreffende zorginstelling, in dit onderzoek het UMCG. Op de werkvloer voeren de SEH-artsen i.o. hun werkzaamheden uit onder supervisie van specialisten. Naast de werkzaamheden is er flankerend onderwijs waarin specifieke thema's aan de orde komen. Deze paragraaf schenkt aandacht aan de wijze waarop professionals, zoals SEH-artsen, worden opgeleid. De definiëring van een professional vindt in dit onderzoek plaats vanuit de kenmerken van het werk. Het werk van professionals is dienstverlenend en complex (Kwakman in Kessels en Poell, 2003). Met complex wordt door Kwakman (in Kessels en Poell, 2003) bedoeld dat standaardoplossingen vaak niet voor handen zijn omdat er veel niet-routinematige situaties voorkomen die om een unieke oplossing vragen. Naast ingewikkeld kan complex ook samenhangend zijn en dat zou dan standaardisatiemogelijkheden geven. Een deel van

de complexiteit in het werk van artsen wordt opgevangen door protocollen en evidence based medicine. De afbakening van het begrip professional is wel geschikt voor SEH-artsen, omdat elke casus een unieke benadering en beleid vereist. Wanneer men bijvoorbeeld jonge en oude mensen met ogenschijnlijk dezelfde klachten krijgt zal er, vanwege de leeftijdsverschillen toch op een andere manier naar de casus gekeken moeten worden.

### Trainen en Leren van Professionals

Het leren van professionals vindt voornamelijk plaats binnen de organisatie waar de professional werkzaam is. In het bedrijfsleven wordt vaak de term bedrijfsopleidingen (Kluytmans, 2001) gebruikt. Bedrijfsopleidingen zijn nader te definiëren als het geheel van voorzieningen, passend binnen het ondernemingsbeleid, om bij personeelsleden doelgerichte leerprocessen te realiseren als conditie voor het functioneren van een arbeidsorganisatie.

Ondanks dat de organisatie het leren initieert is leren een activiteit van degene die leert. De lerende onderneemt activiteiten die leerprocessen in gang zetten, die leiden tot een bepaald leerresultaat (Kwakman in Kessels en Poell, 2003). De reeks van activiteiten waarvan iemand leert is zeer divers. Leeractiviteiten kunnen zowel niet waarneembaar zijn voor derden (bijvoorbeeld het nadenken over een meegemaakte casus) als wel waarneembaar (bijvoorbeeld het lezen van een studieboek).

Leren heeft drie belangrijke kenmerken (Kwakman in Kessels en Poell, 2003)

1. De resultaten van individueel leren zijn niet altijd waarneembaar, omdat leren niet altijd automatisch leidt tot ander handelen;
2. Uiteindelijk is het individu degene die bepaalt of er wordt geleerd en wat er wordt geleerd;
3. Leren is niet altijd het resultaat van bewust ondernomen activiteiten.

Traditioneel gezien voltrekt het leren van professionals zich via het lezen van vakbladen, het bezoeken van conferenties

en het volgen van cursussen en trainingen. Al deze manieren zijn erop gericht zich nieuw ontwikkelde kennis en vaardigheden eigen te maken. Hoewel een dergelijke benadering nog steeds bestaat, vindt er toch een verandering plaats. Het besef is gegroeid dat het vergroten van de kwaliteit van professioneel handelen meer is dan het overdragen van kennis en het trainen van vaardigheden (Kwakman in Kessels en Poell, 2003). Professionals leren op hun werkplek van alle activiteiten die ze dagelijks uitvoeren, maar ze leren vooral van die activiteiten waar een moment van reflectie inzit en van activiteiten die interactie met anderen met zich meebrengen (Kwakman, 1999). Reflectie en interactie geven gelegenheid tot het expliciteren van de praktijkkennis. Naast opleiding en training is een gezamenlijke reflectie op het eigen handelen voor professionals een goede manier om zich te verbeteren. Door in vertrouwde omgeving aanpak en aannames aan een kritische blik te onderwerpen, deelt men inzichten en ervaringen met elkaar (De Haan, 2001)

Een professionele beoefenaar staat zichzelf toe om verrassing, verbazing of verwarring in een toestand te ervaren die hij onzeker of uniek vindt. Hij weerspiegelt begrippen die vroeger impliciet in zijn gedrag tot uiting zijn gekomen op het fenomeen voor hem. Hij voert een experiment uit dat dient om zowel een nieuw begrip van het fenomeen als een verandering in de toestand te genereren (www.infed.org: Schön, 1983). Beoefenaars ontwikkelen een verzameling van beelden, ideeën, voorbeelden en acties waar zij op kunnen bouwen. Donald Schön (1983, www.infed.org), vond dit centraal staan voor de reflecterende gedachte. Ook Bergenhenegouwen (1999) ziet het als typerend voor het leren bij professionals dat zij beschikken over een “reservoir aan ervaringen, opvattingen en kennis”.

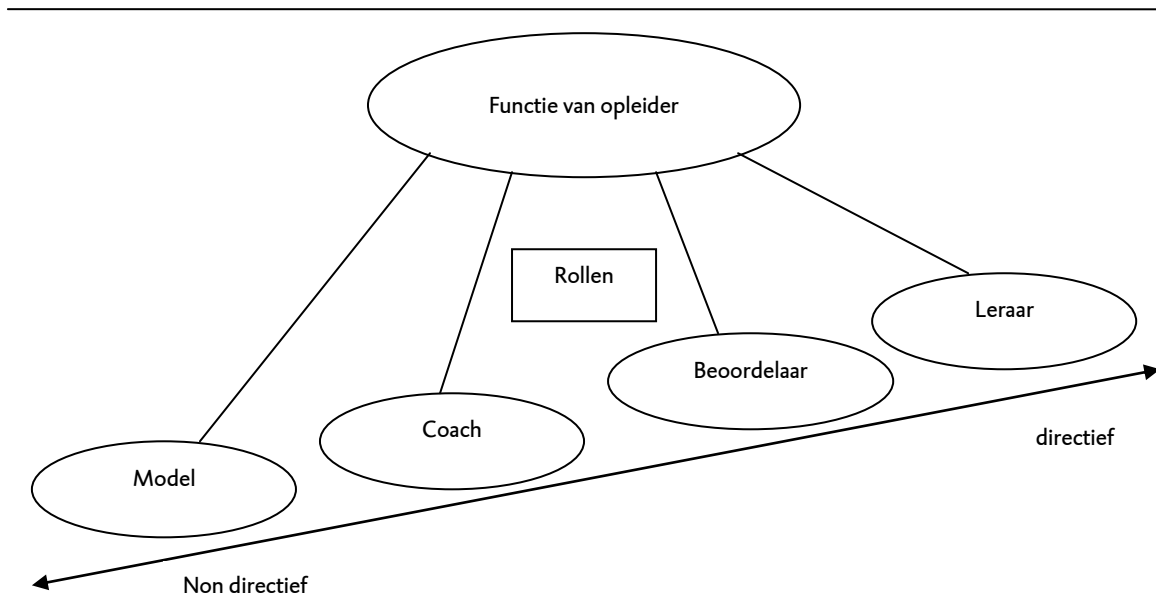
Een licht tegenwicht tegen reflectie geeft Collin (in: Paloniemi, 2006), hij geeft aan dat er bij leren op de werkplek minder gewicht aan de rol van reflectie gegeven moet worden. Leren op de werkplek heeft volgens Collin (in: Paloniemi, 2006) meer te maken met leren wanneer men ervaart dan met leren wanneer men reflecteert.

Hiermee wordt het toepassen van persoonlijke ervaring in het oplossen van praktische problemen of het uitvoeren van specifieke taken tijdens het werk bedoeld. Met ervaren bedoelt Paloniemi (2006) de manier waarop mensen waarde toekennen aan de situaties die zij meemaken in hun dagelijks leven en speciaal in de setting van de werkplek.

### Opleiden van Professionals

De opleider heeft verschillende functies in het kader van het opleiden van professionals: hij functioneert als model, coach, beoordelaar en leraar. Vandamme (In Grotendorst,

2006) heeft de rollen van de opleider schematisch weergegeven (figuur 2.1): De opleider heeft een voorbeeldfunctie ten opzichte van de professional (model). De opleider dient de professional te ondersteunen en advies te geven tijdens de opleiding (coach). De opleider geeft in de functie van leraar theoretische handvaten en praktijkonderwijs aan de professional (leraar). En als laatste dient de opleider de professional te beoordelen op de resultaten en de vooruitgang die de professional maakt tijdens de opleiding en hier feedback op te geven. (beoordelaar)



Figuur 2.1 De functie van de opleider (Vandamme in Grotendorst, 2006)

### Opleiding en competenties

Met het begrip competentie wordt in ieder geval een wending benadrukt van weten naar kunnen en

bekwaamheid (Onstenk in Kessels en Poell, 2003). Competentiegericht leren is de omschakeling van het leren en weten naar het leren en verwerven van een

bekwaamheid. Leren is een actief proces van competentieverwerving en –ontwikkeling (Onstenk in Kessels en Poell, 2003). Leren op de werkplek is ervaring gebaseerd leren. Het betreft een actief, constructief en grotendeels zelfgestuurd proces, dat plaatsvindt met de reële arbeidssituatie als leeromgeving. Daarbij zijn de werkelijke problemen uit de (toekomstige) arbeidssituatie het leerobject. Leren op de werkplek hangt af van de mate waarin werknemers kunnen leren op basis van voldoende vooropleiding, ervaring, leervermogen en van de mate waarin ze willen (Onstenk in Kessels en Poell, 2003), maar het hangt ook af van de geboden mogelijkheden om te leren.

De mogelijkheden om te leren worden in de eerste plaats bepaald door het leeraanbod op de werkplek, dat wil zeggen de leermogelijkheden in inhoud en vormgeving van de reguliere arbeidsplaats en de dagelijkse werkomgeving. In de tweede plaats hangt de mogelijkheid om te leren af van het opleidingsaanbod op de werkplek. Het opleidingsaanbod betreft alle door de organisatie ondernomen activiteiten die expliciet gericht zijn op de competentieverwerving van werknemers. De ondersteuning, structurering en begeleiding van het leren.

Noe et al. (2003) geven een opsomming van factoren waaraan in hun ogen effectieve manieren van leren op de werkvloer moeten voldoen:

- Het doel van de training moet duidelijk zijn en het bedrijf moet zich eraan committeren;
- Het moet duidelijk zijn wie er verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de training;
- Er moet een goede review verkregen worden van vergelijkbare trainingen bij vergelijkbare organisaties;
- De training van betreffende leidinggevend en begeleiders moet goed vastgelegd worden;
- Al het lesmateriaal moet beschikbaar zijn voor de werknemers die deelnemen;
- Voordat de training begint moet er een evaluatie hebben plaatsgevonden waarin het niveau van de deelnemers is vastgesteld.

Opleiden op de werkplek wordt vaak gekenmerkt door een planmatige structurering, een vorm van beoordeling en een duidelijke afbakening in de tijd. In het UMCG is het leren gestructureerd in stages bij verschillende specialismen, met daarbij een tijdsafbakening. Ook vindt er na de stage een beoordeling plaats. Alleen de volgorde van de stages ligt niet in de tijd vast, deze volgorde is nader te bepalen.

### **Barrières bij leren op de werkplek**

Barrières zijn simpelweg die factoren die ervoor zorgen dat het leren niet begint, die het leren belemmeren of onderbreken of ervoor zorgen dat het leren eerder stopt dan de bedoeling is (Hicks et al. 2007). De factoren die Hicks et al. (2007) noemen zijn:

- Mensen leren dingen die tegenovergesteld zijn aan de doelen van de organisatie;
- Een gebrek aan de mogelijkheid om authentieke taken uit te voeren; mensen moeten blootgesteld worden aan goed op elkaar aansluitende authentieke taken;
- Een gebrek aan goede begeleiding;
- De kennis die men zich eigen moet maken is ondoorzichtig en moeilijk te begrijpen;
- De omslag van de toepassing van de verworven kennis van de simulatie setting naar de realistische setting;
- Een gebrek aan tijd;
- Een gebrek aan toegang tot leerzame situaties (Hicks et al. 2007).

Tijdens leren op de werkplek moet er rekening mee worden gehouden dat een negatief leereffect van het opleidingstraject kan optreden. Men functioneert dan na de training minder dan voorheen: minder snel, minder routineus, minder adequaat (Bergenhengouwen, 1999). Bergenhengouwen (1999) geeft drie situaties waarin dat kan gebeuren. Ten eerste kan het leren van nieuwe competenties de uitvoering van bestaande competenties verstoren. Ten tweede kan het gebeuren dat men tijdens het trainingstraject wel een hoog beheersingsniveau kan behalen, maar merkt men dat eenmaal op de werkplek de competentie met minder routine wordt uitgevoerd. Ten

derde kan het voortkomen dat het geleerde botst met datgene wat op de werkplek wordt gevraagd. Dit zijn situaties die niet direct aan de opleiding hoeven te liggen, maar waar men wel rekening moet houden tijdens het opleiden op de werkplek.

Noe et al. (2003) noemen al dat training van de begeleider goed vastgelegd moet worden. Een nadeel van leren op de werkplek is dat de effectiviteit van het leren sterk beïnvloed wordt door de kwaliteit van de begeleiding (Armstrong, 2001). Het komt vaak voor dat de begeleiding niet getraind is in het opleiden van mensen. Dit kan ervoor zorgen dat het gewenste leereffect niet plaatsvindt en dat de lerende verkeerde dingen leert, omdat dit niet gecorrigeerd wordt (Armstrong, 2001).

Factoren die leren op de werkplek stimuleren

Naast een aantal barrières noemen Hicks et al. (2007) ook een aantal factoren die het leren op de werkplek stimuleren. Leren op de werkplek kan gestimuleerd worden door een aantal van de eerder genoemde barrières op te heffen, maar men onderscheidt een aantal specifieke stimulerende factoren. Een aantal van deze factoren zijn:

- Billet (in Hicks et al. 2007) heeft de suggestie gedaan om nieuwe werknemers een gids met door experts vastgestelde gestructureerde ervaringen te overhandigen, in welke de vereiste kennis explicieter worden gemaakt;
- Day (in Hicks et al. 2007) rapporteerde dat het bevorderlijk is een werkklimaat te creëren waarin het delen van successen en mislukkingen het leren op de werkplek versterkte;
- Munro (in Hicks et al. 2007) geeft aan dat job enrichment, job enlargement, flexibiliteit in de routine van het werk en de gelegenheid om te experimenteren belangrijke stimulansen zijn voor leren op de werkplek;
- Reio en Wiswell (in Hicks et al. 2007) brengen naar voren dat door toenemende nieuwsgierigheid van individuen het leren op de werkplek zou kunnen toenemen.

### Beoordeling bij de opleiding

Beoordeling heeft betrekking op de toetsing en beoordeling van de werkprestaties, de taakuitvoering en de taakopvatting. Essentieel is dat het niet alleen gaat om een goed- of afkeuring van de prestaties, maar dat er ook wordt gekeken en gesproken over de inhoud en de zwaarte van de taak en over de kennis en vaardigheden die voor de uitoefening van de taak nodig zijn (Bergenhengouwen, 1999). De kennis en vaardigheden zijn onderdeel van de competenties die beoordeeld worden. Beoordeling van competenties is een continu proces van initiële ontwikkeling, onderhoud van kennis en vaardigheden, onderwijskundige consultatie, herstel en herontwikkeling (Whelan, 2006).

Spijkerman en Admiraal (2000) zeggen dat het bij beoordelingen gaat om het verzamelen van informatie, liefst zo objectief en betrouwbaar mogelijke “bewijzen” over de competenties. Dit kan met behulp van instrumenten die, hoe goed ook, pas effectief en efficiënt toepasbaar worden in handen van een goede vakman. Het beoordelingsproces is volgens Spijkerman en Admiraal (2000) in de volgende fasen te onderscheiden:

- Kennismaking met betrokken opdrachtgevers, te beoordelen personen, gebruikers van beoordelingsresultaten, in goede werksfeer uitwisseling van elkaars verwachtingen en formuleringen van de eerste vraag- en doelstellingen;
- Verdere uitdieping van de vraag- en doelstellingen, vaststellen van de wijze van communiceren;
- Gezamenlijke formulering van een concreet stappenplan waarbij de keuze van in te zetten beoordelingsinstrumenten beargumenteerd wordt;
- Uitvoering van het beoordelingsstappenplan volgens afspraak: verzamelen van informatie, verwerken, ordenen en interpreteren, terugkoppelen aan betrokkenen, zoeken naar herkenning en vergelijkingsmateriaal ter nadere ondersteuning van de gevonden beoordelingsresultaten, evaluatie naar doelgerichtheid en bruikbaarheid;



- Verslaglegging van het beoordelingsproces en – resultaten;
- Evaluatie van het totale beoordelingsproces met alle betrokkenen. Indien nodig gevolgd door aanvullende stappen of bijstelling van het beoordelingsproces en – resultaten.

### Conclusie

In deze paragraaf is het concept opleiding opgedeeld in verschillende fasen, namelijk het leren, het opleiden, het beoordelen en de link tussen leren en de competenties zelf. Uit de paragraaf komt naar voren dat de SEH-artsen een belangrijk deel van hun vaardigheden leren op de werkvloer. Hier hoort een bijzondere wijze van opleiden en beoordelen bij die ook het nodige vergt van de opleiders. Professionals leren op hun werkplek van alle activiteiten die ze dagelijks uitvoeren, maar ze leren vooral van activiteiten waar een moment van reflectie inzit en van activiteiten die interactie met anderen met zich meebrengen. Reflecteren, zowel individueel als door middel van intervisie, is een belangrijke factor tijdens de opleiding. Daarnaast is het belangrijk om de verschillende barrières en stimulansen van leren op de werkplek te onderkennen en hier op in te spelen.

### 2.4 Fit

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan het begrip fit. Fit in dit onderzoek is in hoeverre de huidige opleidingsoutput en de competentie-eisen uit het curriculum met elkaar overeenstemmen. Er is de meest ideale situatie, de beste fit, wanneer de opleiding en de competentie-eisen een zo optimaal mogelijke overeenkomst hebben. Kortweg is fit: doen wat er van je gevraagd wordt.

Fit in de bedrijfskundige literatuur houdt in dat de handelingen van de organisatie moeten passen bij de omgeving en de context. Er zijn onder andere de volgende drie soorten van fit te onderscheiden: fit op het gebied van de strategie, fit op het gebied van de structuur en fit op leiderschapsgebied. Dit wordt als volgt weergegeven in tabel 2.1.

De uitleg van fit die het beste bij het onderzoek past is die van een externe fit, waarbij het gaat om een congruentie tussen de structuur van de opleiding en de situatie. In het kader van het onderzoek is er te onderscheiden of er een fit is en of er meer of minder middelen nodig zijn om die fit te bereiken. Doeltreffendheid is hierbij begripsmatig te schetsen als de mate waarin en de middelen waarmee men zijn doel bereikt. Volgens Paul e.a. (1994) is doeltreffendheid een begrip dat niet los kan worden gezien van de bestuurbaarheid en het management van organisaties. Bestuurbaarheid is de mate waarin men er in slaagt een (deel)organisatie te doen functioneren of veranderen in lijn met bepaalde doelstellingen. Doeltreffendheid – of effectiviteit – kan men beschouwen als een maatstaf voor doelbereiking. Doelmatigheid, ook wel efficiëntie, stelt de volgende vraag: Wordt het beoogde doel met zo weinig mogelijk verspilling van mensen en middelen behaald? In dit onderzoek zal de onderzoeker zich richten op de doeltreffendheid, de doelbereiking. Doelmatigheid zal buiten beschouwing blijven. Ten eerste omdat de vraag van de opdrachtgever een vraag met betrekking tot de doeltreffendheid, de mate van doelbereiking is. Ten tweede omdat er geen inzicht is in optimalisatie van de besteding van middelen. Daarnaast kan een opleiding wel doeltreffend zijn, in doelbereiking en niet doelmatig, in termen van kosten en gebruikte middelen.

**Tabel 2.1 Fit**

Strategische fit	Miles en Snow (1994)	Fit wordt besproken als de strategie die een bedrijf in een bepaalde context en omgeving moet volgen om succesvol te zijn.
Structurele fit	Mintzberg (1980)	Er wordt naar twee typen fit onderscheidt gemaakt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interne fit, waarbij het gaat om consistentie tussen de ontwerpparameters;</li> <li>• Externe fit, waar het gaat om de congruentie tussen structuur en situatie.</li> </ul>
Leiderschap fit	Buchanan en Huczynski (2004)	Fit wordt hier beschreven als situational leadership. Het gaat hierbij om het vaststellen van de meest effectieve stijl van leidinggeven, gezien de gegeven situatie.

**Conclusie**

Doel van het onderzoek is om de externe fit te meten tussen de huidige opleiding tot SEH-arts en de gestelde competentie-eisen. Het gaat hierbij om de mate van congruentie en niet om de consistentie tussen de verschillende onderdelen van de opleiding. Met de uitleg van het begrip van fit en van doeltreffendheid is het nu mogelijk om een relatie te leggen met de begrippen die in de voorgaande paragrafen besproken zijn en dit uit te werken in een conceptueel model.

**2.5 Conceptueel Model**

Het conceptueel model is een gesloten verbaal systeem, waarin beïnvloedingsrelaties worden gelegd tussen begrippen als de elementen van dit systeem. Ofwel een conceptueel model is een gesloten gedacht geheel van invloedrelaties tussen variabelen (Verschuren, 1999). Het

conceptueel model is gebaseerd op de beïnvloedingsrelaties tussen de begrippen die in dit hoofdstuk aan de orde zijn gekomen.

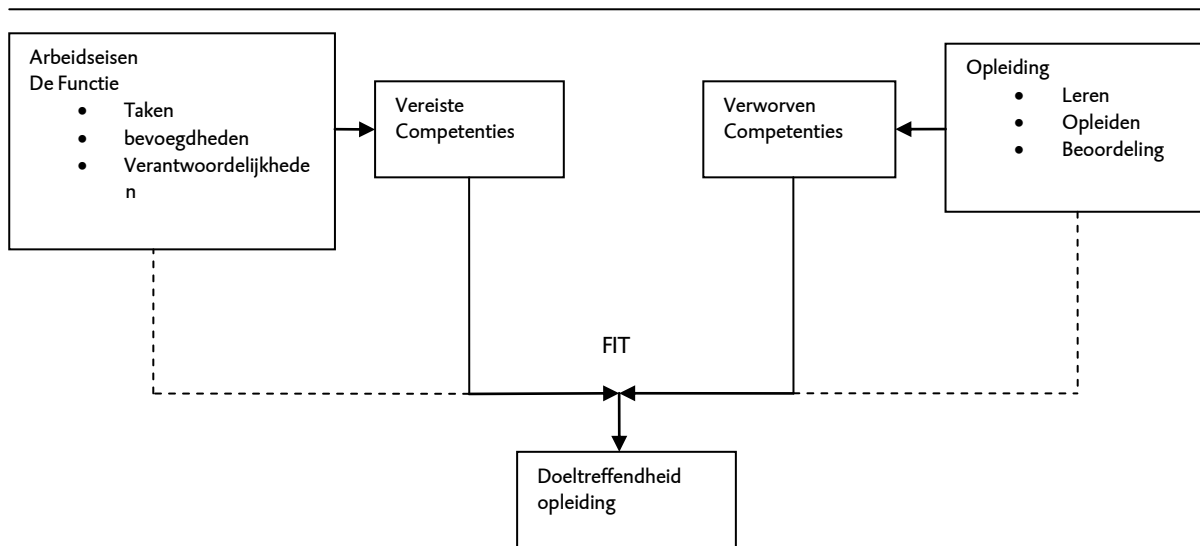
**Het conceptueel model**

Het werk van de werknemer wordt vastgesteld uit de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden die de werknemer heeft. Vanuit de arbeidseisen zijn de competenties en competentiegebieden opgesteld. Naast het werk krijgt de SEH-arts i.o. een opleiding die bestaat uit enerzijds trainingsmogelijkheden en anderzijds beoordelingen daarop. Deze opleiding is er op gericht om de SEH-arts i.o. de vereiste competenties te laten verwerven. Dan kan gemeten worden in hoeverre de opleiding de mogelijkheid biedt om de vereiste competenties te verwerven. Wanneer de SEH-arts, de voor het uitvoeren van zijn werk gewenste competenties kan

verwerven komt dit zijn performance op de werkvloer ten goede. In figuur 2.2 wordt het conceptueel model weergegeven.

Uit het conceptueel model zijn de deelvragen afgeleid. Een deelvraag met betrekking tot de vereiste competenties, een deelvraag met betrekking tot de opleiding en deelvragen met betrekking tot de doeltreffendheid van de opleiding, de fit. Deze deelvragen worden in Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign nader besproken.

18



**Figuur 2.2** Conceptueel Model

## Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign

Dit afstudeeronderzoek bij het UMCG is van probleemoplossende aard. Het onderzoek moet niet alleen bruikbare resultaten opleveren, maar ook voldoende resultaten om met de probleemoplossing aan te vangen. Probleemoplossend onderzoek neemt per definitie het totale probleem van een concrete klant in beschouwing (De Leeuw, 1996). In dit onderzoek gaat het om de vraag in hoeverre een SEH-arts i.o. de voor de functie vereiste competenties binnen de huidige opleiding kan verwerven. Hierbij gaat het om de ontwikkeling van een “instrument” om dit te meten en het geven van een advies naar aanleiding van de gemeten resultaten. Producten van probleemoplossend onderzoek kunnen beweringen en ontwerpen zijn. Met betrekking tot het afstudeeronderzoek in het UMCG wordt er gericht op beweringen, zoals De Leeuw (1996) deze omschrijft: aanbevelingen over nodige en voldoende maatregelen om het probleem op te lossen. We kunnen probleemoplossend onderzoek gedefinieerd naar product nu scherper zien als genereren van de kennis over nodige of in elk geval voldoende maatregelen om de managementproblemen op te lossen.

### 3.1 Design

Diagnose, plan en ingreep is voor te stellen als: diagnose, ontwerp en verandering. Dit onderzoek richt zich vooral op de diagnose en het ontwerp. Waarbij het ontwerp adviezen voor verandering inhoudt. Schematisch heeft De Leeuw (1996) dit weergegeven zoals in figuur 3.1 (volgende blz.). In het kader van het onderzoek worden twee probleemstellingen onderscheiden. De eerste probleemstelling gaat vooraf en betreft de diagnostische vraag: Wat is het managementprobleem? De tweede probleemstelling is het resultaat van de diagnose en geeft aan voor welk managementprobleem een oplossing gezocht moet worden (De Leeuw, 1996).

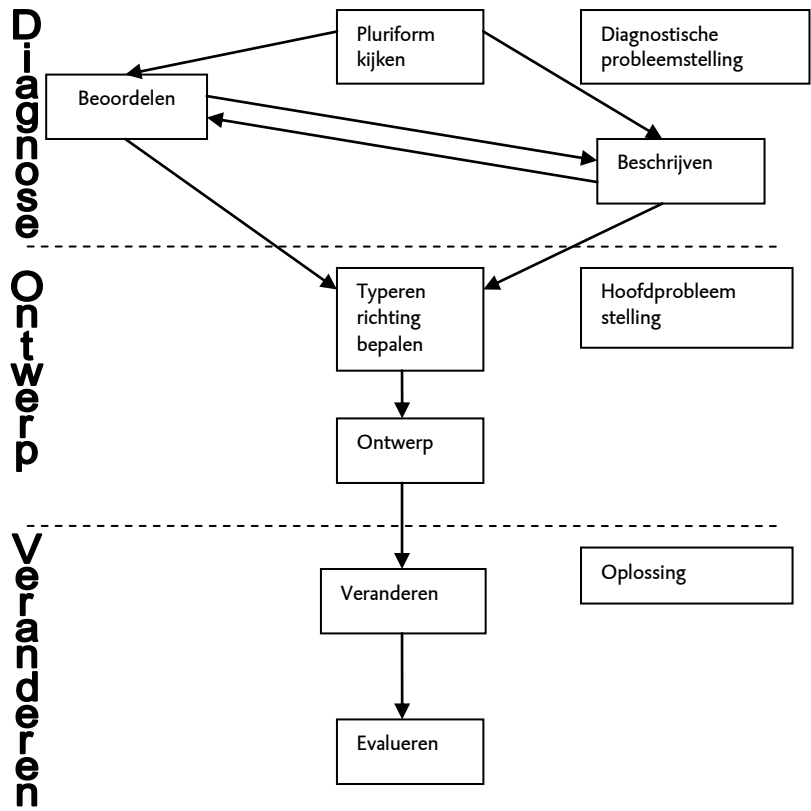
### Diagnose

Bij de start van de diagnosefase is er meestal een indicatie van bestaande klachten aanwezig. De diagnose bestaat uit pluriform kijken (conceptualiseren), analyseren, beschrijven (modelvorming), beoordelen (normen stellen), en tenslotte een controle op volledigheid van de diagnose (De Leeuw, 1996). Pluriform kijken is het ontwikkelen van een goed zicht op verschillende kanten van de probleemsituatie door gebruik te maken van verschillende “brillen”. Conceptualiseren is het ontwikkelen van valide conceptuele definities en/of conceptuele modellen die in staat stellen de problematiek te (be)grijpen en die operationaliseerbaar zijn (De Leeuw, 1996).

De eerste probleemstelling betreft de diagnostische vraag: wat is het managementprobleem? De opdrachtgever in dit onderzoek is de hoofdopleider van de opleiding tot SEH-arts. Het managementprobleem is dat men niet weet in hoeverre de huidige opleiding de mogelijkheid geeft tot het verwerven van de competenties die als opleidingseis in het Curriculum opleiding tot SEH-arts (Alkemade et al. 2006) opgenomen zijn. In de hoofdstukken vier en vijf is er vanuit verschillende invalshoeken gekeken naar de vereiste competenties en de organisatie van de opleiding. De bijbehorende deelvragen staan in paragraaf 3.2.

### Ontwerp

Het ontwerpen van oplossingen bestaat uit twee delen: het bepalen van de oplossingsrichting en het uitwerken daarvan in het concrete ontwerp van maatregelen. Hierbij gaat het om een advies met betrekking tot de verbetering van de doeltreffendheid van de opleiding op een zodanige wijze dat men wel in staat kan worden gesteld de gewenste competenties te verwerven. Dit advies zal gebaseerd worden op de uitkomsten van het instrument om de doeltreffendheid te schatten. Het instrument zal gebruikt worden om een documentonderzoek en een



Figuur 3.1 De Leeuw (1996) DOV-Schema

praktijkonderzoek uit te voeren. De bijbehorende deelvragen staan in paragraaf 3.2.

### **Veranderen**

De fase van het veranderen is de stap waarin de bedachte adviezen worden verwerkelijkt. De veranderingsfase zal geen deel uitmaken van dit onderzoek. Dit onderzoek zal zich richten op de uitkomsten van het instrument om de doeltreffendheid van de opleiding te meten en op het geven van adviezen naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek. De daadwerkelijke veranderingsfase en de evaluatie daarvan zal onderwerp van een vervolgonderzoek kunnen zijn, omdat hier ook onderwijskundige en medisch-inhoudelijke aspecten van belang zijn. Er vindt wel een evaluatie plaats van het onderzoeksinstrument waarmee de resultaten zijn verkregen.

## **3.2 Deelvragen bij het Onderzoek**

Leidraad bij het formuleren van deelvragen uit de centrale vragen is de volgende vraag (Verschuren, 1999): “Welke kennis is nodig voor het bereiken van de doelstelling en het beantwoorden van de centrale vraag?” Deelvragen hebben het oogmerk om de beantwoording van de hoofdvraag te structureren door het aanbrengen van tussenstappen (Verschuren, 1999). De geformuleerde deelvragen beogen antwoord te geven op vraagstelling twee: In welke mate is de huidige opleiding tot SEH-arts doeltreffend? De deelvragen met betrekking tot het onderzoek naar de opleiding van de SEH-arts in het UMCG zijn de volgende:

### **Diagnose:**

1. Welke competenties zijn vereist voor de SEH-arts?
2. Hoe is de huidige opleiding tot SEH-arts georganiseerd?

### **Ontwerp:**

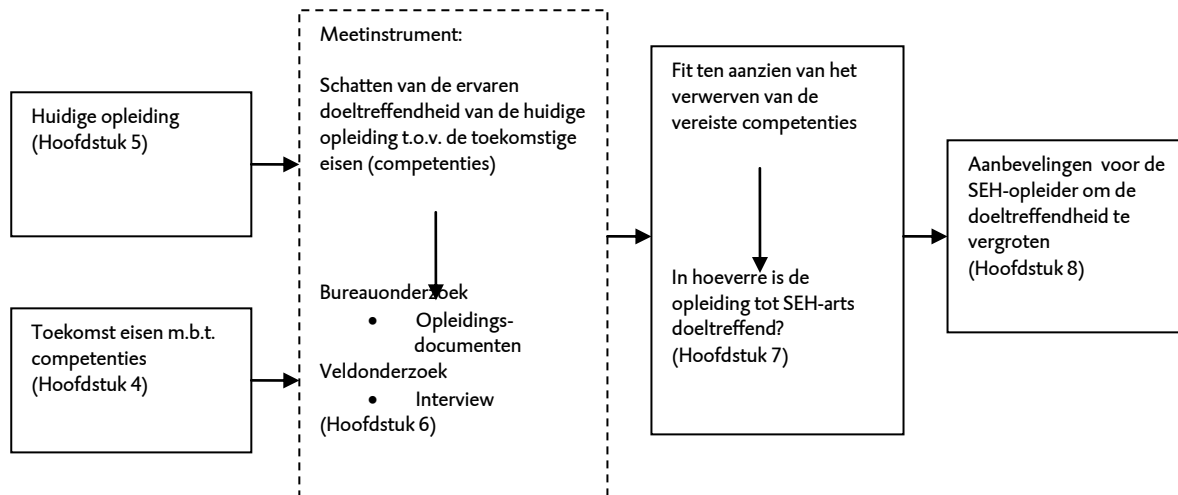
3. Op welke punten komen de eisen die gesteld worden aan de competenties van de SEH-arts overeen met de

4. mogelijkheden van de huidige opleiding en waar lopen die uiteen?
5. In hoeverre is de SEH-arts na zijn opleiding toegerust (in termen van kunde en vaardigheden/verworven competenties) om de ongedifferentieerde patiënt, die zich op de CSO meldt, te behandelen?

Per deelvraag wordt de methode van onderzoek toegelicht. De twee deelvragen die de diagnose vormen zullen in de volgende twee hoofdstukken, hoofdstuk vier en hoofdstuk vijf, beantwoord worden. Voor aanvang van het ontwerponderzoek zal eerst de methode van onderzoek in hoofdstuk zes aan de orde komen. De resultaten van het empirisch onderzoek worden uitgewerkt in hoofdstuk zeven.

## **3.3 Conclusie**

Het stappenplan van het onderzoek is samenvattend in figuur 3.2 weergegeven.



## Hoofdstuk 4 Competenties voor de SEH-arts

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de competenties die de SEH-arts moet beheersen voor het uitvoeren van zijn functie. In de conclusie wordt een antwoord gegeven op deelvraag 1: *Welke competenties zijn vereist voor de SEH-arts?*

Paragraaf 4.1 geeft de methode weer. In Paragraaf 4.2 worden de zeven algemene competentiegebieden voor de SEH-arts weergegeven. In paragraaf 4.3 wordt aandacht besteed aan de zeven competentiegebieden en wat deze inhouden voor een SEH-arts. Paragraaf 4.4 gaat in op een aantal specifiek genoemde competenties die gelden voor de SEH-arts. Paragraaf 4.5 geeft de conclusie.

### 4.1 Methode

Informatie over de vereiste competenties voor de SEH-arts is verkregen door gebruik te maken van documentonderzoek. Als gegevensbron is hierbij gebruik gemaakt van de algemene medische competenties volgens CanMeds (1996), het curriculum opleiding tot SEH-arts (2006), waarin de gewenste competenties besproken worden en het Position Paper van de SOSG (2006). De beantwoording van de vraag heeft een diagnostisch karakter. De definitie van competentie zoals die uit de documenten blijkt wordt getoetst aan de definitie van competentie zoals die in het theoretische kader is vastgesteld.

### 4.2 De zeven Competentiegebieden voor de Medisch Specialist

Voor de medische beroepsgroep zijn zeven competentiegebieden benoemd. De competentiegebieden zijn afgeleid uit het Canadese CanMeds (1996) model (figuur 5.1).

Deze zeven competentiegebieden zijn als volgt uitgewerkt:

- **Medisch handelen:** de specialist bezit kennis en vaardigheid naar de stand van het vakgebied;
- **Communicatie:** de specialist bouwt effectieve behandelrelaties op met patiënten;
- **Kennis en wetenschap:** de specialist beschouwt medische informatie kritisch, bevordert de deskundigheid van studenten en collegae;
- **Samenwerking:** de specialist verwijst adequaat;
- **Organisatie:** de specialist werkt effectief en efficiënt binnen een gezondheidszorgorganisatie;
- **Maatschappelijk handelen:** de specialist handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen;
- **Professionaliteit:** de specialist kent de grenzen van eigen competentie en handelt daarbinnen ([www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl) 28-2-2007).

### 4.3 De zeven competentiegebieden voor de SEH-arts

Voor de SEH-arts zijn de competentiegebieden als volgt weer te geven (Alkemade et al, 2006):

#### Medisch handelen

De SEH-arts is specialist in de opvang en (eerste) behandeling van patiënten in alle leeftijdscategorieën met een acute zorgvraag. De medische problemen of ziektebeelden verbonden met deze acute zorgvraag kunnen van eenvoudig en voorbijgaande aard (laag complex) tot moeilijk en levensbedreigende (hoog complex) aard zijn. De SEH-arts is specialist in de integrale benadering van de patiënt. Hiermee is de SEH-arts in staat om bij de ongedifferentieerde patiënt op efficiënte wijze een werkdiagnose en differentiële diagnose op te stellen.



**Figuur 5.1** CanMeds Role Framework (1996)**Communicatie**

De SEH-arts moet in staat zijn effectief te communiceren met patiënten en/of familie, andere artsen en zorgverleners in de context van een acute presentatie. Dit vereist specifieke vaardigheden omdat deze context vaak gepaard gaat met tijdsdruk, hectiek en potentieel levensbedreigende situaties. De SEH-arts kan goed omgaan met de emoties van iedereen die betrokken is bij de opvang van een acute patiënt.

**Samenwerking**

De SEH-arts werkt doeltreffend samen met SEH-verpleegkundigen, andere artsen en andere zorgverleners in multidisciplinaire teams die betrokken zijn bij de opvang en behandeling van patiënten met spoedeisende problematiek. De SEH-arts heeft een coördinerende rol op de afdeling spoedeisende hulp.

**Kennis en wetenschap**

De SEH-arts vervult een voortrekkersrol in de ontwikkeling van de SEH-geneeskunde, ondersteund door medisch wetenschappelijke kennis en gegevens uit hun dagelijkse praktijk.

**Maatschappelijk handelen**

De SEH-arts is in staat om die (acute) presentaties van ziektebeelden te herkennen die de gezondheid van het individu en de samenleving in zijn geheel kunnen bedreigen. De SEH-arts neemt het initiatief bij de maatschappelijke discussie over de toegankelijkheid en bereikbaarheid in de acute zorgketen.

**Organisatie**

De SEH-arts is in staat de regie en coördinatie op een SEH-afdeling uit te oefenen met betrekking tot het stellen van prioriteiten en doelen, het maken van beleid en de inzet van middelen en medewerkers. De SEH-arts gaat op

flexibele en slagvaardige wijze om met de wisselende en onvoorspelbare omstandigheden op de afdeling Spoedeisende Hulp.

### **Professionaliteit**

De SEH-arts bedrijft spoedeisende geneeskunde bij patiënten met acute presentaties. Voor een uitwerking van deze algemene competenties in een aantal specifiekere competenties die voor de SEH-arts gelden, wordt er verwezen naar bijlage 2.

### **Conclusie**

Een opvallende conclusie is dat er in de uitwerking van de competentiegebieden van de SEH-arts alleen gesproken wordt over de kennis en vaardigheden van de SEH-arts. Vanuit de gebruikte definitie van competentie ontbreekt de attitude component. Het samenspel van deze drie componenten leidt tot het gewenste gedrag van de SEH-artsen. De uitwerking van de competentiegebieden is alleen gebaseerd op kennis en vaardigheden die men moet beheersen, het gewenste gedrag wordt niet genoemd. Weightman (1994) geeft aan dat juist competenties moeten leiden tot gewenst gedrag, maar dit gedrag wordt niet genoemd in de uitwerking van de competenties zoals die in het curriculum vermeld zijn.

In dit onderzoek zal er speciaal aandacht zijn voor het gehele competentiegebied van de SEH-arts. In de volgende paragraaf zal er ingegaan worden op een aantal competenties die, ten opzichte van andere medisch specialisten, specifiek gelden voor de SEH-arts.

#### **4.4 Competenties specifiek voor de SEH-arts**

Voor de SEH-arts gelden als algemene eindtermen dezelfde zeven algemene competenties (CanMeds, 1996), die de bekwaamheid van de Nederlandse specialist beschrijven. In haar position paper heeft de SOSG (2006) een aantal competenties genoemd, die juist voor de SEH-arts van belang zijn. Omdat de opleiding van de SEH-arts over veel

verschillende stades verdeeld is, verdient het aandacht om specifiek te kijken naar de competenties die voor de SEH-arts van onderscheidend belang zijn ten opzicht van alle andere specialismen.

De Specifieke competenties in het vakgebied van de SEH-arts betreffen de volgende (SOSG, 2006), ingedeeld per overkoepelend competentiegebied:

#### **Medisch handelen**

expertise in:

- integrale benadering van de ongedifferentieerde patiënt
- triage / differentiaal diagnose
- reanimatie
- opvangen, stabiliseren en (initieel) behandelen van patiënten uit alle leeftijdscategorieën met acute ziekten en letsels (van eenvoudig / laag complex tot moeilijk en/of levensbedreigend / hoog complex)

#### **Communicatie**

- Effectieve communicatieve vaardigheden in complexe situaties, tijdsdruk, stress, vele partijen, zorgverleners, patiënt en familie en anderen.

#### **Samenwerking**

- Effectieve sociale vaardigheden van een goede teamspeler, goede coördinerende vaardigheden om leiding te geven aan het (multidisciplinaire) zorgproces.

#### **Maatschappelijk handelen**

- Heeft voortrekkersrol in de maatschappelijke discussie over kwaliteit in acute zorgketen.

De SEH-arts is de medische professional bij uitstek die de eerste zorg aan de op de CSO binnengekomen acute patiënt kan bieden. De SEH-arts wordt opgeleid tot een bepaald specialistisch niveau en zal, waar nodig, de vereiste zorg die specialistische kennis vergt, kortdurend en adequaat verlenen. Indien nodig kan hij de zorg overdragen aan collega's van de in aanmerking komende specialismen. De SEH-arts is een generalist in de behandeling van patiënten met meervoudige comorbiditeit en wordt

getraind in 'multitasking'. De SEH-arts is ook in staat eerstelijns patiënten (zelfverwijzers) adequaat en efficiënt te behandelen. Hij zorgt in deze gevallen voor de triage, door- en terugverwijzing, en verzorgt tevens de coördinatie en regie naar het tweedelijns zorgtraject.

#### 4.5 Conclusie

In de conclusie wordt antwoord op deelvraag 1 gegeven:

*Welke competenties zijn vereist voor de SEH-arts?*

Men kan concluderen dat de zeven competenties die gelden voor de medische specialismen: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis & wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit ook gelden voor de SEH-arts. Dit is ook de aanname die is gedaan door het SOSG (2006) en in het Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp arts (Alkemade et al. 2006). Voor de zeven competenties is er per competentie een aantal deelcompetenties benoemd die specifiek van belang zijn voor de functie SEH-arts. De competenties die een SEH-arts moet beheersen voor het adequaat uitoefenen van zijn functie zijn uitgewerkt in dit hoofdstuk en de operationalisatie van de competenties is, zoals al eerder aangegeven, te vinden in bijlage 2.

## Hoofdstuk 5 Huidige Opleiding tot SEH-arts

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden op de organisatie van de huidige opleiding tot SEH-arts. Er wordt een antwoord gegeven op deelvraag 2: *Hoe is de huidige opleiding tot SEH-arts georganiseerd?*

In Paragraaf 5.1 wordt beschreven op welke wijze er data is verzameld om naar de huidige opleiding te kijken. Daarna wordt in Paragraaf 5.2 de formele opbouw van de opleiding tot SEH-arts beschreven. In paragraaf 5.3 wordt er aandacht besteed aan de inrichting van de opleiding tot SEH-arts, zoals die uit observaties is gebleken. Paragraaf 5.4 geeft de conclusie.

### 5.1 Methode

Informatie voor de beantwoording van de hierboven genoemde vraag is verkregen door gebruik te maken van documenten, gesprekken en observaties.

Er is gebruik gemaakt van de opleidingsdocumenten die binnen het UMCG beschikbaar zijn met betrekking tot de opleiding tot SEH-arts. Naast gebruikmaking van documentatie is er een inleidend gesprek geweest met de Opleider van de Spoedeisende Hulp Artsen. Bovendien hebben er een aantal observaties plaatsgevonden van de werkzaamheden die SEH-artsen i.o. verrichten.

De observaties waren ongestructureerd van aard en bedoeld om te kijken hoe het opleiden plaatsvindt. De gegevens die met deze observaties verworven zijn bestaan uit beschrijvingen van waargenomen beelden. De observatie was een openlijke en directe observatie, de onderzoeker was bekend bij de geobserveerde SEH-artsen i.o. en gebruikte geen hulpmiddelen bij de observatie. De observatie was niet-participerend, omdat de onderzoeker niet medisch-inhoudelijk heeft deelgenomen aan de werkzaamheden en het proces daaromheen.

Naast de observaties zijn er gesprekken geweest met een stafmedewerker en een onderwijskundige die betrokken waren bij de totstandkoming van de opleiding tot SEH-arts in het UMCG en het 'Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp arts'. Deze gesprekken waren gekenmerkt als een halfgestructureerd interview (Baarda en De Goede, 1997). Hierin lagen de onderwerpen wel vast, maar zijn de vragen en antwoorden nog niet geformuleerd.

### 5.2 Opleiding tot SEH-arts zoals die beschreven staat

De opleiding tot SEH-arts in het UMCG is verdeeld in twee componenten: het werk en het flankerend onderwijs. Daarnaast komt de beoordeling van beide componenten aan de orde. Opvallend is dat er verhoudingsgewijs veel meer documentatie te vinden is over het flankerende onderwijs dan over het werkgerichte gedeelte, wanneer men documenten zoekt over de opleiding van de SEH-arts. Terwijl het gedeelte werk toch veruit het grootste deel van de tijd van de opleiding in beslag neemt. De opleiding duurt drie jaar, van die drie jaar is er maandelijks een onderwijsdag en zijn er een aantal verplichte cursussen die ongeveer 3 dagen duren. Als we er vanuit gaan dat er ongeveer 230 werkzame dagen in een jaar zitten, houdt dat in dat de opleiding ongeveer  $230 * 3 = 690$  werkzame dagen bevat. Daarvan zijn er  $12 * 3 = 36$  UMCG onderwijsdagen en nog ongeveer  $6 * 3 = 18$  dagen voor cursussen.  $690 - (36 + 18) = 636$  dagen voor het werk, dit is ongeveer 92% van de opleidingstijd die wordt besteed aan het werk. Dit percentage is hier weergegeven om aan te geven dat de verhouding in de tekst niet in verhouding staat met de percentages in tijd.

## Het werk

Het UMCG heeft als universitair ziekenhuis een sterke opleidingscultuur. De structuur van het UMCG is opgedeeld in de verschillende erkende specialismen. Men is, voor de opleiding tot SEH-arts, begonnen met het creëren van stages binnen de erkende opleidingen. In eerste instantie vormden deze stages van verschillende specialismen de opleiding tot SEH-arts. In de kleinere streekziekenhuizen, waar men minder specialismen kent, was men toen al begonnen met het opzetten van een soort algemene stage. Momenteel is er binnen het UMCG ook een generalistische stage opgezet. De SEH-arts i.o. krijgt in deze stage te maken met zelfverwijzers, mensen die niet eerst naar de huisarts zijn geweest, maar direct naar de CSO zijn gekomen met hun ziektebeeld. De SEH-arts i.o. is nog wel verplicht om een diagnose te overleggen met de supervisor van het desbetreffende specialisme. Vanuit de specialismen is er de eis om over alle beleid van artsen in opleiding supervisie te vragen, want zij zien het als een opleidingstraject.

De opleiding tot SEH-arts bestaat uit stages en (cursorisch) onderwijs en duurt drie jaar. Stages in de volgende specialismen behoren tot de opleiding: Anesthesie, Intensive Care, Interne Geneeskunde, Chirurgie, Cardiologie, Longziekten, Neurologie, Kindergeneeskunde, Huisartsgeneeskunde, Generalistische SEH-stage, SEH-stage perifeer. Een deel van de stages (onder andere chirurgie, interne geneeskunde en de SEH-stage) vinden grotendeels plaats op de CSO. De andere stages hebben, volgens het opleidingsplan (2005) het merendeel van de tijd hun beslag op de betreffende afdeling van het specialisme. Per stage is er een document beschikbaar met daarin geformuleerd: de leerdoelen, leermiddelen en organisatorische aspecten rond de betreffende stage. De leerdoelen zijn voornamelijk geformuleerd in termen van medische handelingen die de SEH-arts i.o. na afloop van de stage dient te beheersen.

De SEH hoofdopleider is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de opleiding en de ontwikkelingen van de SEH-artsen in opleiding. De hoofdopleider in het UMCG maakt deel uit

van het specialisme Interne Geneeskunde. De opleiding tot SEH-arts valt in zijn geheel onder het specialisme Interne Geneeskunde. Daarnaast is er per specialisme waar men stage loopt een opleider (de stageopleider van het specialisme) aangewezen. De hoofdopleider is samen met de stageopleiders verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de opleiding. Tevens heeft de hoofdopleider periodiek werkoverleg met de SEH-artsen i.o. waarbij organisatorische zaken en knelpunten aan de orde komen.

## Flankerend onderwijs

Naast de on-the-job stages vindt er ook flankerend onderwijs plaats. Een deel van het onderwijs is cursorisch, zoals de verplichte cursussen Advanced Trauma Life Support (ATLS), Advanced Paediatric Life Support (APLS) en Advanced Cardiac Life Support (ACLS ook wel ALS). Daarnaast vinden er nog cursussen plaats om de communicatieve en sociale vaardigheden, evenals de vaardigheden tot samenwerking te vergroten. Maandelijks is er een onderwijsdag in het UMCG alsook een landelijke onderwijsdag. Elke onderwijsdag heeft een centraal onderwerp, waarbij een aantal thema's uit het opleidingscurriculum aan bod komen (format reg.opl.dag.UMCG). Per onderwijsdag komt er een ander onderwerp aan bod. In de drie jaar die de opleiding duurt, is de SEH-arts i.o. verplicht om een vastgesteld aantal landelijke onderwijsdagen bezocht te hebben.

De onderwijsdagen in de instelling bestaan uit een aantal vaste onderdelen (tabel 5.1). Elke dag heeft een centraal onderwerp waarbij een aantal thema's uit het onderwijscurriculum aan bod komen. Iedere onderwijsdag wordt voorbereid door minimaal twee moderatoren, 1 SEH-arts en 1 medisch specialist (afhankelijk van het onderwerp).

De moderatoren omschrijven een aantal leerdoelen bij het onderwerp. Van de SEH-artsen i.o. wordt verwacht dat zij via zelfstudie aan de leerdoelen voldoen. Per onderwijsdag krijgt een SEH-arts i.o. de opdracht een CAL (presentatie) te verzorgen over een vraagstelling die verband houdt met het onderwerp. Daarnaast krijgt een andere SEH-arts i.o. de opdracht een referaat te verzorgen met literatuur die

verband houdt met het onderwerp van die dag. Per onderwijsdag zijn er twee cases, waarbij per casus één SEH-arts i.o. deze moet bespreken. De lezingen worden gegeven door de moderators en geven een overzicht van de

huidige stand van zaken betreffende het onderwerp. Aan het einde van de onderwijsdag is er een korte multiple choice toets die na afname wordt besproken (format onderwijsdag, 2006).

**Tabel 5.1** Indeling onderwijsdag

Wanneer	Wat	Wie
8.30-9.15	CAL	SEH-arts i.o.
9.30-11.30	Skills lab	Instructors
11.45-12.15	Referaat	SEH-arts i.o.
	Lunch	
13.00-13.45	Casus 1	SEH-arts i.o.
13.45-14.30	State of the art lecture	Moderator
14.30-15.15	Casus 2	SEH-arts i.o.
15.15-16.00	State of the art lecture	Moderator
16.00	Toets	Allen
16.30	Nabespreken toets	Allen

### Beoordeling

De beoordeling van SEH-artsen in opleiding vindt plaats op verschillende momenten in de opleiding. Na afloop van elke stage heeft de SEH-arts in opleiding een gesprek met de stageopleider, waarbij een schriftelijke beoordeling wordt ingevuld. In het eerste jaar van de opleiding dienen 4 voortgangsgesprekken plaats te vinden; in de volgende opleidingsjaren dienen 2 voortgangsgesprekken per jaar plaats te vinden. Deze gesprekken dienen schriftelijk te worden vastgelegd. In het jaarlijkse gesprek bespreekt de opleider, mede op basis van de bevindingen van de stagebegeleiders, de ontwikkelingen van de arts in opleiding en deze krijgt feedback.

Een belangrijk onderdeel van het beoordelen van de SEH-artsen i.o. is het portfolio waar de SEH-artsen i.o. zelf verantwoordelijk voor zijn. De SEH-artsen i.o. dienen zelf zorg te dragen voor de volledigheid van het portfolio. Onderdelen van dit portfolio zijn onder andere, gemaakte verslagen, CALs (presentaties), referaten en schriftelijke uitwerkingen van tussentijdse beoordelingen. Aan de hand van het portfolio dient de beoordelaar een goed beeld te kunnen krijgen van de voortgang van de SEH-arts i.o.

### 5.3 Observaties van de Opleiding tot SEH-arts

Hierboven is geschreven over de gang van zaken tijdens de opleiding tot SEH-arts, zoals die op papier is vastgelegd. In deze paragraaf zal er ingegaan worden op de indrukken die de oriënterende observaties hebben opgeleverd. Vooropgesteld moet worden dat het hier oriënterende observaties betreft, waarbij niet vooraf een structuur van observeren is vastgesteld.

De observaties zijn uitgevoerd in vier dagen. Gedurende deze dagen is er meegelopen met verschillende SEH-artsen i.o. die allen een verschillende stage volgen. Er is meegelopen met SEH-artsen i.o. die de stages interne geneeskunde, chirurgie en cardiologie volgen. Om de omgeving en de patiënten niet te beïnvloeden is gekozen om de observaties in een dokterstenue uit te voeren.

Wanneer de SEH-arts i.o. een patiënt ziet, is deze al getrieërd naar een specifiek specialisme. Het is dan ook de SEH-arts i.o. die deze specialistische stage volgt of een aio van dat specialisme die de patiënt ziet. De focus bij het onderzoek en de diagnose ligt op een oorzaak binnen het specialisme, op dat moment is er van een generalistische blik op de problematiek van de patiënt geen sprake. Het valt ook op dat er op de CSO bijna geen contact is tussen de AIOS van de verschillende specialismen. Dit is geobserveerd voor de twee overheersende specialismen op de CSO, de chirurgie en de interne geneeskunde. Ook de bij de verschillende specialismen stage lopende SEH-artsen i.o. gaan mee in dit systeem en hebben overdag weinig contact en zeker geen contact over beleid met betrekking tot patiënten.

SEH-artsen i.o. moeten elk beleid dat zij willen uitvoeren overleggen met de supervisor van het specialisme. Hierbij valt het op dat het tijd kan kosten voordat de supervisor aanwezig is of tot de supervisor tijd heeft, omdat het vaak druk is. Vaak bekijkt de supervisor de anamnese die de SEH-arts i.o. heeft gemaakt en de gemaakte foto's, dan doet hij vaak nog een deel lichamenlijk onderzoek bij de patiënt. De tijd die de supervisor neemt om het beleid van de SEH-arts

i.o. te controleren kan de SEH-arts i.o. geen nieuwe patiënt zien. Dit geldt ook voor de tijd die de SEH-arts i.o. staat te wachten op de supervisor. Een groot deel van de tijd bestaat dan uit wachten. Het is begrijpelijk dat er om supervisie gevraagd wordt, de supervisor draagt de eindverantwoordelijkheid. Echter, het kan lang duren voordat deze tijd heeft.

Het is interessant om te zien dat de verpleegkundigen een belangrijke rol innemen op de CSO. De verpleegkundigen dragen zorg voor de opvang en de triëring van de patiënt en na het onderzoek door de SEH-arts i.o. zorgen zij ook voor het ontslag van de patiënt. Dit gebeurt wel allemaal na de aanwijzingen van de SEH-arts i.o.

Uit de observaties bleek verder dat er weinig gedocumenteerd wordt over wat de SEH-arts i.o. allemaal gedaan heeft. Hiermee wordt geduid op activiteiten in de zin van opleiding. Een eindoordeel na de stage wordt door de supervisors gebaseerd op het beeld dat men van de SEH-arts i.o. heeft. Er vinden geen tussentijdse gesprekken met de stagebegeleider plaats waarin de voortgang en de functionering van de SEH-arts i.o. wordt besproken, alleen een driemaandelijks overleg met de hoofdopleider.

#### Conclusie

Een opvallende conclusie is dat het er niet op lijkt dat er iemand rondloopt die zorg draagt voor een goede coördinatie van de werkzaamheden en die zo de doorstroming van patiënten bevordert. Ook ontbreekt het aan protocollen voor de handelwijze bij de meest voorkomende klachten en verschijnselen. Deze protocollen zijn er wel wanneer er een traumageval is, zo bleek uit navraag.

Verder viel op dat de SEH-artsen i.o. zelf niet goed weten aan welke competenties zij moeten voldoen. Ze kennen allemaal wel de zeven algemene competenties voor medische specialismen, maar weten niet specifiek wat hierbinnen de competenties zijn die voor de SEH-arts van belang zijn. Hierover hebben ze geen documentatie tot hun

beschikking. Daarnaast krijgen ze er geen expliciet onderricht in.

#### **5.4 Conclusie**

Dit hoofdstuk heeft op twee manieren een beeld gegeven van de organisatie van de huidige opleiding tot SEH-arts. Enerzijds door te kijken naar de beschikbare documentatie en anderzijds door middel van oriënterende observaties is er een antwoord gegeven op deelvraag 2: *Hoe is de huidige opleiding tot SEH-arts georganiseerd?*

Veel documentatie geeft een ruwe schets van de vaardigheden die een SEH-arts i.o. per stage zich eigen kan maken. Per stage wordt de SEH-arts i.o. daar dan op beoordeeld. Uit de observaties is gebleken dat deze beoordeling niet veelvuldig herhaald wordt maar aan het eind van de stage plaatsvindt. Daarnaast kwam naar voren dat er wel leerdoelen geformuleerd zijn, maar dat bij veel stages deze tot op heden nog niet in termen van competenties geformuleerd zijn. Ook zijn de SEH-artsen i.o. zelf niet voldoende op de hoogte van de competenties die voor hen vereist zijn. Daarnaast kan er gesteld worden dat er vele personen en/of groepen zijn die een direct of indirect belang hebben bij de opleiding tot SEH-arts.





## Hoofdstuk 6 Ontwerp Beoordelingsinstrument

In dit hoofdstuk wordt het ontwerp van het beoordelingsinstrument van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts beschreven. Dit beoordelingsinstrument is de methode voor het beantwoorden van deelvragen 3 en 4, zoals deze in hoofdstuk 3 zijn weergegeven. Paragraaf 6.1 is de inleiding. In paragraaf 6.2 zal de methode worden weergegeven. Paragraaf 6.3 zal dieper ingaan op de verantwoording van het onderzoeksinstrument. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie in paragraaf 6.4.

### 6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat het ontwerp van een instrument voor de beoordeling van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts centraal. De vraag die in dit hoofdstuk gesteld wordt is: *via welke dataverwerkingsmethode kan men de doeltreffendheid van de huidige opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het verwerven van de competentie eisen, meten?*

Het instrument dat het antwoord op deze vraag is zal in een onderzoek getest worden. Het onderzoek heeft twee invalshoeken. Ten eerste zal het instrument gebruikt worden om een documentonderzoek uit te voeren. Ten tweede zal het instrument gebruikt worden om een praktijkonderzoek uit te voeren.

### 6.2 Methode

Bij het maken van een keuze voor een onderzoeksmethode is de volgende spreuk in het achterhoofd gehouden: "De methoden zijn de middelen om de onderzoeksvragen te beantwoorden, niet een logisch gevolg uit de onderzoeksvragen" (Maxwell, 2005). De selectie van methoden hangt niet alleen af van de vragen maar ook van de actuele onderzoekssituatie en van datgene wat het

meest effectief werkt in de situatie waarin de data verzameld wordt (Maxwell, 2005).

Voor de uitvoering van empirisch onderzoek kan gebruik gemaakt worden van meerdere methoden van onderzoek, namelijk bureau- en veldonderzoek. Bureauonderzoek maakt uitsluitend gebruik van documenten, zoals literatuurstudie en de analyse van rapporten en verslagen. Veldonderzoek is onderzoek in de echte werkelijkheid waarbij bewuste ingrepen zoveel mogelijk achterwege blijven. Enquêtes, interviews en observaties vallen onder het veldonderzoek (De Leeuw, 1996).

Omdat er met betrekking tot het onderwerp van dit onderzoek geen data beschikbaar zijn over frequenties, de mate van leermomenten waarin de vereiste competenties verworven kunnen worden en het bereikte eindniveau is het noodzakelijk om kwalitatief onderzoek te doen. In het onderzoek is gebruik gemaakt van kwalitatieve gegevens. Kwalitatieve gegevens hebben betrekking op de aard, de waarde en de eigenschappen van het onderzochte verschijnsel (Baarda & De Goede, 1997). Dus niet op kwantiteiten zoals de hoeveelheid, de omvang, de frequentie of de mate van voorkomen. Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom voor dit onderzoek gekozen is voor een kwalitatieve benadering. De eerste reden is dat de betreffende onderzoeksproblematiek zo "nieuw" is dat kwantitatieve data ontbreken. De tweede reden is dat het erom gaat de betekenisgeving van de geïnterviewde personen te achterhalen. Het is nodig de informanten te stimuleren om actief en creatief over bepaalde onderwerpen na te denken (Baarda en De Goede, 1997). Hierbij gaat het om subjectieve informatie, namelijk de ervaringen van de geïnterviewden, waarbij van belang was om het onderzoeksinstrument zo in te richten dat de informatievoorziening zo consistent en objectief als mogelijk zou plaatsvinden.

De formulering van de probleemstelling van het onderzoek is gesteld als een kwalitatieve vraag. Het kwalitatieve element doeltreffendheid is in de probleemstelling van groot belang. Daarnaast wordt de problematiek onderzocht in de natuurlijke omstandigheden waaronder de SEH-artsen i.o. en de afgestudeerde SEH-artsen werken.

Methoden van dataverzameling in kwalitatief onderzoek zijn vooral de participerende observatie, het interview en het verzamelen van documenten (Baarda & De Goede, 1997).

Onderzoek naar de beleving van “objectieve” zaken is voor kwalitatief onderzoek van groot belang. De wijzen waarop de betrokkenen hun situatie zien en ervaren en er vervolgens naar handelen, worden hun “perspectieven” en hun “situatiedefinities” genoemd. Het ging er om te achterhalen hoe betrokkenen zelf de situatie interpreterden.

De complexiteit van het hier te onderzoeken probleem en het gebrek aan gestructureerde data hebben geleid tot het gebruik van verschillende dataverzamelmethode tegelijk, dit wordt ook wel de triangulatie-aanpak genoemd (Baarda & De Goede, 1997).

Het idee achter triangulatie is dat er een beter beeld van de situatie verkregen wordt, wanneer de situatie vanuit verschillende (methodische) invalshoeken wordt verzameld (Baarda & De Goede, 1997). Datatriangulatie met betrekking tot methodische invalshoeken is ten eerste een herhaalde meting (=betrouwbaarheid) als een overlappende en opstapelende meting (=geldigheid). Op deze manier worden de resultaten van het onderzoek meer betrouwbaar en meer geldig dan bij het gebruik van louter een enkel onderzoeksinstrument.

Drie aspecten waren van belang bij het kiezen van de dataverzamelmethode en het verwerken van de data: de betrouwbaarheid, de interne geldigheid en de externe geldigheid.

### **Betrouwbaarheid**

Om de inter-interviewer betrouwbaarheid te vergroten, zijn de interviews en observaties in een duo uitgevoerd. Na elk interview en elke observatie is er overleg geweest tussen de interviewers/observatoren over de uitkomsten van het interview respectievelijk de observatie. De onderzoeker heeft de gegevens verworven als neutrale buitenstaander die niet beïnvloed is door de dagelijkse gang van zaken. De vragen zijn bij iedere geïnterviewde zo consistent mogelijk gesteld: in dezelfde volgorde en op dezelfde wijze. Daarnaast is de betrouwbaarheid vergroot door anonieme gegevensverwerving.

### **Interne validiteit**

De vraag bij interne geldigheid is: “geven de gegevens een goede weergave van datgene wat zich in de praktijk feitelijk afspeelt?”. Wanneer de interne geldigheid goed is, zijn er die gegevens verzameld die de onderzoekers wilden en moesten verzamelen om een antwoord op de probleemstelling te formuleren. Bij interne geldigheid is het van belang de praktijksituatie die je onderzoekt zoveel mogelijk intact te laten (Baarda & De Goede 1997). De garanties voor interne geldigheid gedurende dit onderzoek zijn geweest:

- Het zoeken van een geschikte methode gezien de situatie.
- Het beschrijven en weergeven van de situatie vanuit het oogpunt van de betrokken SEH-artsen en SEH-artsen i.o. zelf (Baarda & De Goede 1997).

### **Externe validiteit**

Met inhoudelijke generalisatie wordt de overdraagbaarheid van de gevonden resultaten in de onderzoekssituatie naar vergelijkbare situaties bedoeld. Dit is datgene wat men bedoelt met externe geldigheid. Het belang van het onderwerp externe geldigheid is afhankelijk van de generaliseerbaarheid van de situatie. In dit onderzoek wordt uitgegaan van de situatie in het UMCG in vergelijking met het landelijk curriculum met opleidingseisen. De resultaten kunnen generaliseerbaar zijn

voor Nieuwe SEH-artsen i.o. die in de toekomst hun opleiding op de Spoedeisende Hulp afdeling van het UMCG beginnen.

### 6.3 Onderzoeksinstrument

In de bovenstaande paragraaf is al beargumenteerd welk soort onderzoek er is uitgevoerd en waarom de methode van onderzoek kwalitatief is. In deze paragraaf wordt het onderzoeksinstrument beargumenteerd. Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een gedeeltelijk gestructureerde vragenlijst, waarin voor het grootste deel gesloten vragen zijn opgenomen en een aantal open vragen. De vragenlijst is in hoofdstuk zeven gebruikt voor het documentonderzoek en in hoofdstuk acht voor de interviews die onderdeel zijn van het praktijkonderzoek.

Er zijn resultaten verzameld die antwoorden geven op de volgende twee deelvragen, zoals die zijn weergegeven in hoofdstuk 3:

***3 Op welke punten lopen de eisen die gesteld worden aan de competenties van SEH-artsen gelijk op met de mogelijkheden van de huidige opleiding en waar lopen die uiteen?***

***4 In hoeverre is de SEH-arts na zijn opleiding toegerust (in termen van kunde en vaardigheden/verworven competenties) om de ongedifferentieerde patiënt, die zich op de CSO meldt, te behandelen?***

Informatie voor de beantwoording van deelvraag drie is verkregen door middel van bureau- en veldonderzoek. Bureauonderzoek in de vorm van documentonderzoek heeft plaatsgevonden om een vergelijking te maken tussen de opleidingsdocumenten en het opleidingscurriculum waarin de competentie eisen gesteld zijn. Veldonderzoek heeft plaatsgevonden door interviews met SEH-artsen en SEH-artsen i.o. Informatie voor de beantwoording van deelvraag vier is verkregen door veldonderzoek, namelijk

het stellen van interviewvragen aan afgestudeerde SEH-artsen die elders werkzaam zijn. Deelvraag vier is bedoeld om te achterhalen in hoeverre de competenties die verworven moeten worden tijdens de opleiding ook gebruikt worden tijdens het werk in de praktijk.

De gedeeltelijk gestructureerde vragenlijst is een vragenlijst met voornamelijk gesloten vragen met een vaste formulering en daarnaast een aantal open vragen (Baarda en De Goede, 1997). De vragen zijn in een vaste volgorde naast de opleidingsdocumentatie gelegd en gesteld aan de geïnterviewde personen. Tijdens de interviews is er door de interviewer om een toelichting op het antwoord van de geïnterviewde gevraagd, vandaar dat wordt gesproken van een gedeeltelijk gestructureerd interview.

Het meest wezenlijke kenmerk van een interview is gelegen in het doel ervan. Het doel van een interview is als volgt te omschrijven: Het verzamelen van informatie uit mededelingen van de ondervraagde persoon ter beantwoording van een vooraf bedachte vraagstelling (Emans, 2002). In het kader van dit onderzoek is er een hoofdvraagstelling geformuleerd die voor ieder van de bovengenoemde groepen uitgewerkt zal worden in een interviewschema met een aantal subvragen. Met iedere doelgroep is er gefocust op de vraagstellingen, maar bij iedere doelgroep is er wel gekeken naar de specifieke informatie die zij zouden kunnen leveren voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. De interviewschema's zijn uitgewerkt te vinden in de bijlage, als bijlage 4.

De uitvoering van de interviews heeft plaatsgevonden op een wijze die overeen komt met het schema van taken en taakverdeling bij interviews zoals Emans (2002) dat in een model heeft weergegeven, dit model is te vinden in bijlage 5.

Bij de beantwoording van deze deelvragen is triangulatie op de volgende manier tot stand gekomen:

- Methoden-triangulatie door het gebruik van documentonderzoek en interviews.
- Datatriangulatie door bij de interviews verschillende doelgroepen met ieder een eigen invalshoek te gebruiken.

Andere mogelijke instrumenten van onderzoek waren: de 360-graden feedback en de enquête. Er is niet voor gekozen om een enquête uit te voeren, omdat het onderzoek kwalitatief van aard is en met gebruik van een enquête zouden belangrijke elementen uit de data onzichtbaar blijven. Daarnaast is er niet voor gekozen om 360-graden feedback toe te passen, omdat een aantal van de geïnterviewden al een aantal jaren geleden de opleiding heeft afgerond, supervisors en collega's kunnen dan moeilijk nog een mening geven over de persoon. Daarnaast zijn veel van de SEH-artsen die wel in opleiding zijn bezig met verschillende stages, van elkaar kunnen zij moeilijk beoordelen wat de ander doet, omdat ze daar niet direct zicht op hebben.

36

Zoals uit het bovenstaande is gebleken is er weinig kwantitatieve informatie beschikbaar voor het onderzoek en zijn andere instrumenten van datavererving om uiteenlopende redenen niet geschikt om te gebruiken. Een interview waarin de geïnterviewden werd gevraagd om zelf een oordeel te geven over de mate waarin zij competenties beheersen is het meest praktisch en beste uit te voeren. Ook deze manier van informatie vergaren heeft een aantal nadelen. Ward et al. (2002) geven aan dat uit onderzoek is gebleken dat mensen moeite hebben om zichzelf te evalueren. Zelfevaluatie is echter fundamenteel voor leren en onderhouden van professionele competenties. Begeleiders vinden het daarom lastig dat onderzoekers verschillen meten tussen zelfevaluaties en andere methoden van evaluatie. Ward et al. (2002) onderscheiden een aantal factoren die het negatieve beeld over zelfevaluatie beïnvloeden: onduidelijkheid over de "gouden" standaard die men als meetpunt kan nemen, een verschil in het gebruik van de meetschaal door de zelf-evaluator en problemen met het direct kunnen vergelijken van de scores. In dit onderzoek is het niet direct van belang

dat de onderzoeker de mate waarin de geïnterviewde de competentie beheerst achterhaalt. Het is meer van belang om te weten te komen of men denkt dat men de competentie beheerst en dan vooral waar men de competentie heeft leren beheersen. De centrale vraag is of de beheersing van de competentie aan de orde is gekomen tijdens de opleiding.

### Vragenlijst

Er is gekozen voor grotendeels gesloten vragen om de informatievoorziening zo consistent mogelijk te houden. De uitkomsten van de vragen kunnen zo op een overzichtelijke manier weergegeven worden. De keuze voor gesloten vragen komt ook voort uit de vraag hoe de onderzoeksresultaten zo overzichtelijk mogelijk weergegeven kunnen worden, aangezien er geen kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn. Er wordt getracht de kwalitatieve antwoorden, die gegeven worden vanuit de ervaringen van de geïnterviewden, zo kwantitatief mogelijk weer te geven. Met kwantitatief wordt bedoeld dat de onderzoeker de resultaten getsmatig tracht weer te geven. Hierbij heeft de interviewer zich wel het recht voorbehouden om bij de gegeven antwoorden om een toelichting te vragen. Deze toelichtingen zijn gebruikt om van de norm afwijkende antwoorden te verduidelijken en om mogelijke oorzaken buiten de opleiding aan te geven.

De antwoorden op de vragen houden in dat de SEH-arts de vaardigheid en kennis waar in de vraag over gesproken wordt wel of niet beheerst. De vragen zijn afgeleid uit de competenties die vereist zijn voor de SEH-arts om te verwerven. De documentatie die gebruikt is bij het vaststellen van de vragen: Het 'Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts' (voornamelijk bijlage 2 algemene competenties van de SEH-arts) met daarin de 78 competenties voor de SEH-arts; Artikel: "een explorerend onderzoek naar het takenpakket van artsen in opleiding tot specialist", J. Pols, A.R. Yedema, P.M. Boendermaker (2005).

De vragenlijst die bij het interview is gebruikt is opgedeeld in 3 verschillende componenten:

1. Algemene vragen;
2. Vragen betreffende de beheersing van de vereiste competenties;
3. Vragen betreffende het verschil in taken tussen een perifeer en academisch ziekenhuis.

De algemene vragen zijn gesteld om een indruk te krijgen van de persoon die geïnterviewd is en om zijn motivatie om SEH-arts te worden duidelijk te krijgen. De vragen betreffende de competentieverwerving vertonen overlap met de in het curriculum vastgestelde competentie eisen. De vragen zijn op een wijze gesteld dat de SEH-arts en de SEH-arts i.o. hebben kunnen aangeven in hoeverre de huidige opleiding voorziet in het kunnen verwerven van de competenties en competentiegebieden. Voor een uitwerking van de vragen wordt wederom verwezen naar bijlage 3 van deze scriptie.

De vragenlijst bestaat uit 43 vragen, deze vragen omvatten 70 van de 78 competenties die voor SEH-artsen vereist zijn. In bijlage 4 wordt een weergave gegeven van de competenties die in elke vraag aan de orde komen.

In de vragen is de term competentie buiten beschouwing gelaten. De vragen zijn een operationele vorm van de competenties zoals die in het curriculum gevonden worden. De vaardigheden waar het interview naar vraagt zijn een voorwaarde voor het kunnen voldoen aan de competentie. Op deze wijze geeft een ja/nee antwoord op een vraag inzicht in hoeverre een specifieke competentie/groep van competenties beheerst wordt. Door middel van doorvragen kan er vastgesteld worden of de mogelijkheid van het verwerven van de competentie in de opleiding aanwezig is, elders verworven is of niet verworven is.

De gestelde vragen zijn zo objectief mogelijk vastgesteld, bij de keuze voor de vragen is er op gelet dat de vragen (Emans, 2002):

- Niet-sturend zijn;
- Niet evaluatief geladen woordgebruik vertonen;

- Geen ingebouwde broneffecten hebben;
- Er geen gebruik wordt gemaakt van voorbeeldantwoorden;
- Er geen uitsluiting van antwoordmogelijkheden heeft plaatsgevonden;
- Er geen antwoordvermoedens in doorklinken;
- Niet de visie van de interviewer naar voren komt;
- Er geen cognities worden aangereikt;
- Geen irrelevante personalisatie van het vraagonderwerp in zit;
- Er geen onevenwichtige presentatie van antwoordopties is.

Met behulp van de resultaten van het gedeeltelijk gestructureerde interview zal een antwoord op de deelvragen geformuleerd worden.

## 6.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is toegewerkt naar een antwoord op de vraag: Via welke dataverwerkingsmethoden kan men de doeltreffendheid van de huidige opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het verwerven van de competentie eisen, meten?

Via een route van het design, de diagnose en de argumentatie voor een kwalitatief onderzoek is de onderzoeker gekomen tot de keuze van de dataverwerkingsmethode. Enerzijds is dat een documentonderzoek geworden, om vanuit de beschikbare documentatie tot een evaluatie van de huidige opleiding te komen. Anderzijds is het belangrijkste instrument een gedeeltelijk gestructureerd interview geworden. De keuze hiervoor is dat het enerzijds gaat om kwalitatieve informatie die je van personen wilt vergaren en anderzijds gaat het erom deze informatie zo consistent mogelijk te kunnen weergeven om hier aannemelijke en systematische resultaten uit te kunnen afleiden. Eventuele inconsistenties in de resultaten kunnen verklaard worden door het vragen van een toelichting bij het antwoord op een vraag.



## Hoofdstuk 7 Empirisch Onderzoek

In het vorige hoofdstuk is een onderzoeksinstrument in de vorm van een vragenlijst ontworpen. Met behulp van deze vragenlijst wordt een documentonderzoek en een praktijkonderzoek uitgevoerd. Paragraaf 7.1 is het documentonderzoek. In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op de methode, daarna op de onderzoeksresultaten en de conclusie. Paragraaf 7.2 is het praktijk onderzoek. Het praktijkonderzoek geeft het antwoord op twee vragen, vandaar een verdeling in deel 1 en deel 2 van de resultaten. In deze paragraaf wordt ook eerst een uitwerking van de methode gegeven, daarna van de resultaten met conclusies. Paragraaf 7.3 geeft de overkoepelende conclusie van het empirisch onderzoek.

### 7.1 Documentonderzoek

De vragenlijst wordt naast de opleidingsdocumenten gelegd om een antwoord te krijgen op deelvraag 3: *Op welke punten komen de eisen die gesteld worden aan de competenties van de SEH-arts overeen met de mogelijkheden van de huidige opleiding en waar lopen die uiteen?*

Paragraaf 7.1.1 bespreekt kort de methode van onderzoek. Paragraaf 7.1.2 gaat per competentiegebied in op de resultaten van het onderzoek. In de opleidingsdocumenten wordt niet gesproken over de vorm waarin de competentie aangeleerd wordt, er is alleen vermeld dat het een leerdoel van de betreffende stage of cursus is. Paragraaf 7.1.3 behelst de conclusie van het documentonderzoek.

#### Methoden

Informatie voor de beantwoording van de hierboven genoemde vraag is verkregen door gebruik te maken van de documenten die het opleidingsplan van de opleiding tot SEH-arts vormen. Er is gebruik gemaakt van de opleidingsdocumenten die binnen het UMCG beschikbaar zijn met betrekking tot de opleiding tot SEH-arts. De

documenten en de vragenlijst zijn aan elkaar gespiegeld en er is gezocht op trefwoorden. De vragen zijn vragen naar kennis en vaardigheden die SEH-artsen moeten bezitten na hun opleiding. Deze vragen zijn vergeleken met de opleidingsdoelen die per stage en cursus zijn vastgesteld. Bij benoeming van de opleidingsdoelen van een bepaalde stage of cursus wordt er in het kader van dit deel van het onderzoek vanuit gegaan dat deze ook verworven kunnen worden.

#### Documenten

Bij het documentonderzoek is gebruik gemaakt van het 'Opleidingsplan van de opleiding tot SEH-arts' (Ter Maaten et al. 2005). Het opleidingsplan bestaat uit beschrijvingen van de verschillende stages die plaatsvinden tijdens de opleiding tot SEH-arts. In tabel 7.1 is weergegeven uit welke stages de opleiding bestaat (Ter Maaten et al. 2005). Naast de opleidingsdocumenten is er ook gebruik gemaakt van beschrijvingen van het flankerend onderwijs. Enerzijds zijn deze verkregen via het UMCG, anderzijds via de sites van de stichtingen die de cursussen geven.

#### Resultaten van Documentonderzoek

De onderzoeksresultaten worden per competentiegebied weergegeven. Per competentiegebied wordt aangegeven welke competenties niet als leerdoelen in de opleidingsdocumenten vermeld staan. Voor een totale weergave van de vergelijking tussen de opleidingsdocumenten en de vragenlijst wordt verwezen naar bijlage 5 (de vragenlijst staat in bijlage 3).

#### Competentie Medisch handelen

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat er in de opleiding aandacht is voor alle competenties die op het gebied Medisch Handelen verworven dienen te worden. De frequentie van het voorkomen van momenten om de competenties te verwerven is wel wisselend.



**Tabel 7.1** Opleidingsplan SEH-opleiding per stage

Opleidingsplan stage Anesthesie
Opleidingsplan stage Intensive Care (IC)
Opleidingsplan stage Interne Geneeskunde
Opleidingsplan stage Chirurgie
Opleidingsplan stage Cardiologie
Opleidingsplan stage Longziekten
Opleidingsplan stage Neurologie
Opleidingsplan stage Kindergeneeskunde
Opleidingsplan stage Huisartsengeneeskunde
Opleidingsplan stage SEH-generalistisch in het UMCG
Opleidingsplan stage SEH-generalistisch in het Wilhelminaziekenhuis te Assen (Combi mogelijk met een buitenlandse stage).

**Tabel 7.2** Cursusbeschrijving Flankerend Onderwijs

<b>Verplichte medische cursussen</b>	<b>Inhoud</b>	<b>Competenties</b>
ATLS	Advanced Trauma Life Support	Medisch handelen
APLS	Advanced Paediatric Life Support	Medisch handelen
ACLS of ALS	Advanced Cardial Life Support	Medisch handelen
ECG	ElektroCardioGram	Medisch handelen
Skills Lab	Vaardigheden Praktiseren	Medisch Handelen
<b>Verplichte overige scholing</b>		
Cursus/ Scholingsdagen	Communicatieve- en sociale vaardigheden Samenwerkingsvaardigheden	Communicatie/ Samenwerking
Onderwijsdagen		Medisch Handelen/Kennis & Wetenschap
Voordrachten en referaten		Kennis & Wetenschap

De competentie triage kan, volgens de documenten, vooral verworven worden tijdens de meer generalistische stages en tijdens de korte huisartsenstage. Het vergaren van informatie over klachten en symptomen van patiënten komt in bijna alle stages van de opleiding aan de orde. Het

multidisciplinair benaderen van een patiënt is een competentie die voornamelijk aan de orde komt in de generalistische stages en tijdens de stage bij de kindergeneeskunde. Tijdens die stages komen er meer ongedifferentieerde patiënten binnen dan tijdens de

specialistische stages. Tijdens stages van andere specialismen is al bekend dat de patiënt komt met klachten die de discipline behelzen.

Zelfstandigheid is tijdens de opleiding een competentie die voornamelijk aan het einde van de opleiding tijdens de generalistische stages verworven dient te worden. In het merendeel van de stages is de SEH-arts i.o. verplicht om supervisie te vragen voordat er gehandeld wordt. Dit omdat de handeling plaatsvindt tijdens de opleiding. De supervisor houdt de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt.

Initiële opvang en reanimatie komen ruim aan bod in de opleiding, tijdens de stages IC, cardiologie, kindergeneeskunde en ook de cursussen ATLS, APLS en ALS hebben dit als onderwerp. Niet ieder opleidingsplan besteedt aandacht aan de stand van zaken in de medische wetenschap. Dit komt wel naar voren tijdens de opleidingsdagen. Tijdens de stages IC, interne geneeskunde en kindergeneeskunde is er volgens de documentatie aandacht voor het herkennen van signalen betreffende het sociale en psychische welzijn van patiënten. De criteria van wilsonbekwaamheid komen volgens de documentatie alleen aan de orde op de IC. Tijdens het merendeel van de stages wordt aandacht besteed aan het acuut optreden bij levensbedreigende aandoeningen en veelal ook aan het verzamelen van informatie betreffende de diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke ziektepresentatie.

#### Competentie Communicatie

Voor de uitwerking van de resultaten met betrekking tot de competenties in het competentiegebied communicatie moet ook de cursus communicatie en samenwerking in ogenschouw worden genomen. Hierbij worden communicatievaardigheden in een onderwijsgerelateerde omgeving behandeld en gecontroleerd geoefend. In een drietal dagen, gedurende de opleiding van 3 jaar, geeft men de cursus communicatie en samenwerking om de SEH-artsen i.o. voor te bereiden op gesprekken,

slechtnieuwsgesprekken en agressie en om ze te trainen in hun communicatieve competenties.

De competenties betreffende communicatie komen in bijna alle stages wel impliciet aan de orde. Hierbij dient te worden opgemerkt dat dit naar gelang het “aanbod van communicatiemomenten” is en dat het dan van de supervisor afhangt in welke mate er feedback wordt gegeven. In de opleidingsdocumenten van de stages staat niet vermeld in welke vorm en mate er tijdens de stage aandacht is voor de competenties die onder communicatie vallen.

#### Competentie Samenwerking

Uit de documentatie komt naar voren dat er weinig aandacht is voor de competentie samenwerking. Aan de competenties die onder samenwerking vallen volgens de opleidingsplannen: meningsverschillen oplossen, doorverwijzen naar het juiste specialisme, het evalueren van zichzelf en anderen, het herkennen van sterke en zwakke punten en het afhandelen van rampen wordt geen aandacht besteed tijdens het werkgedeelte van de opleiding, de stages. Samenwerken met de verpleegkundigen en het werken in een multidisciplinair team wordt wel genoemd in de opleidingsdoelen als onderdeel van een stage. Hierbij is niet vermeld in welke vorm dat gebeurt. Er is tijdens de opleiding in de vorm van een ambulancestage en een stage huisartsgeneeskunde wel aandacht voor de prehospitalen diensten.

In de cursus communicatie en samenwerking is er wel aandacht voor het omgaan met meningsverschillen. Daarnaast is er sinds kort een onderwijsdag waarin rampenbestrijding is opgenomen. Een onderwijsdag met dit onderwerp is in december 2006 gehouden, er is geen informatie beschikbaar of dit onderwerp vanaf nu een vaste plek in het opleidingsplan krijgt.

#### Competentie Organisatie

Er blijkt uit de opleidingsdocumenten dat er geen aandacht is voor de coördinatie en de patiëntenlogistiek op de CSO

tijdens de opleiding. Tijdens het werkgedeelte van de opleiding zien de SEH-artsen i.o. alleen patiënten van het specialisme waar zij op dat moment stage lopen. Men krijgt geen zicht op het logistieke proces dat hieraan voorafgaat. Het coördineren van de patiëntstroom en werkverdeling komen niet aan de orde. In de leerdoelen bij de stages staat niet gespecificeerd dat de SEH-arts i.o. ook verantwoordelijk is voor c.q. kennis moet nemen van de patiëntenlogistiek op de CSO en de coördinatie van de patiënt- en werkstroom.

Het toepassen van ICT (met betrekking tot het verwerken van patiëntgegevens, onderzoeksuitslagen en foto's bekijken) maakt deel uit van de opleiding, omdat alle gegevens digitaal worden verwerkt en ook testuitslagen digitaal binnenkomen. Budgettering maakt volgens de opleidingsdocumenten deel uit van de generalistische stages.

#### Competentie Kennis & Wetenschap

Uit de documenten blijkt dat er in de opleiding veelvuldig aandacht is voor evidence-based en non-evidence-based gebruik van literatuur. Ook wordt er tijdens de IC, Kindergeneeskunde en Huisartsenstage ervaring opgedaan in het werken met protocollen. Hoe je een protocol kunt ontwikkelen maakt geen deel uit van de opleidingsdocumentatie.

In de opleidingsdocumenten wordt niet gesproken over het opstellen van een scholingsplan met leerdoelen voor, tijdens of na een stage. Bij iedere stage zijn wel algemene leerdoelen opgesteld. Maar er wordt niet gesproken over het opstellen van een persoonlijk scholingsplan, waarin de SEH-artsen i.o. aangeven wat hun persoonlijke doelen met betrekking tot die stage zijn.

Ook is in de opleidingsdocumenten niet vastgelegd wat de momenten zijn voor de SEH-artsen waarin zij leren hoe ze een bijdrage kunnen leveren aan de opleiding van andere SEH-artsen en medewerkers in de acute zorgverlening.

#### Competentie Maatschappelijk Handelen

Het herkennen van gevaren voor de volksgezondheid uit een a-typische presentatie van een acuut ziektebeeld is een vaardigheid die tijdens de stage Huisartsengeneeskunde aan de orde komt. In de andere opleidingsdocumenten wordt deze vaardigheid niet genoemd.

Tijdens de opleiding is er volgens de documentatie geen aandacht voor de juridische aspecten die het vak van medicus met zich meebrengt. Daarnaast is er in de opleiding ook geen ruimte gepland voor reflectie op de processen die gaande zijn, zowel medische als organisatorische. Het belang hiervan is dat SEH-artsen i.o. fouten in dergelijke processen zouden moeten kunnen herkennen, risico's moeten leren beheersen, monitoren en zouden moeten weten hoe hier mee om te gaan.

#### Competentie Professionaliteit

Uit de documenten komt naar voren dat er tijdens de generalistische stage SEH in het UMCG en de generalistische stage SEH extern expliciet aandacht is voor het herkennen en inspelen op de grenzen van de eigen kennis en vaardigheden.

Uit de documenten komt niet naar voren dat er tijdens de opleiding aandacht is voor het omgaan met mogelijke vooroordelen die een patiënt oproept. Tijdens de Communicatiecursus is ook geen moment ingepland dat aandacht wordt gegeven aan de vooroordelen die een patiënt kan oproepen bij een zorgverlener.

#### Conclusie Documentonderzoek

De lijst met vereiste competenties voor de SEH-arts, zoals die is opgesteld door het SOSG (2006), bevat 78 deelcompetenties. Van die 78 deelcompetenties komen er in de vragenlijst 70 terug (bijlage 4). De documentatie laat zien dat van de 70 vereiste deelcompetenties er 49 zijn opgenomen in het opleidingsplan (bijlage 5). Daarentegen komen 21 competenties niet expliciet voor in de documentatie van het opleidingsplan.

Een aantal van de 49 competenties komt naast de stages aan bod in het flankerend onderwijs in de vorm van onderwijsdagen en cursussen (wel of niet verplicht). Uit de opleidingsdocumenten blijkt daarnaast dat de leerdoelen merendeels nog niet zijn geformuleerd in termen van competenties.

Omdat er discrepanties kunnen en waarschijnlijk zullen zijn tussen de documentatie (het beschreven curriculum) en het uitgevoerde curriculum (de praktijk) zijn aanvullende gegevens verzameld in een praktijkonderzoek.

## 7.2 Praktijkonderzoek

Na het documentonderzoek in de vorige paragraaf komen in deze paragraaf de resultaten van het praktijkonderzoek naar voren. In paragraaf 7.2.1 wordt de methode van onderzoek beschreven. Het onderzoeksinstrument, de vragenlijst, is ontwikkeld in hoofdstuk 6 en in paragraaf 7.2.1 zal er worden ingegaan op de praktische invulling van het onderzoek met betrekking tot het praktijkonderzoek. Paragraaf 7.2.2 geeft de onderzoeksresultaten weer voor het antwoord op de eerste vraag. De resultaten zullen per competentiegebied weergegeven worden. Paragraaf 7.2.3 geeft de resultaten op de tweede vraag. Paragraaf 7.2.4 geeft de overige resultaten weer die het onderzoek heeft opgeleverd. Het praktijkonderzoek zoekt het antwoord op twee vragen. Ten eerste op deelvraag 3: *Op welke punten komen de eisen die gesteld worden aan de competenties van de SEH-arts overeen met de mogelijkheden van de huidige opleiding en waar lopen die uiteen?*

Deze vragen worden beantwoord door SEH-artsen die nog in opleiding zijn en door afgestudeerde SEH-artsen die perifeer werkzaam zijn.

De tweede vraag is deelvraag 4: In hoeverre is de SEH-arts na zijn opleiding toegerust (in termen van verworven competenties) om de ongedifferentieerde patiënt, die zich op de CSO meldt, te behandelen?

De tweede vraag is gesteld in interviews met SEH-artsen die hun opleiding al hebben afgerond.

## Methode

Het praktijkonderzoek bestond uit het houden van gedeeltelijk gestructureerde interviews (bijlage 3) met verschillende groepen die in aanraking zijn of zijn geweest met de opleiding tot SEH-arts.

Deze verschillende groepen zijn:

- SEH-artsen in opleiding
- Afgestudeerde SEH-artsen die perifeer werkzaam zijn

De groep van artsen i.o. en afgestudeerde artsen van de SEH-opleiding in het UMCG is in absolute zin niet groot, daarom is het mogelijk geweest om bijna de gehele populatie te interviewen. De gehele populatie is benaderd en de mensen die positief stonden tegenover het onderzoek zijn geïnterviewd.

De onderzoeksresultaten zijn verkregen uit in totaal veertien interviews. De veertien interviews zijn gehouden onder SEH-artsen en SEH-artsen i.o. Voor de SEH-artsen in opleiding betrof dit bijna alle SEH-artsen in opleiding (n=zes). Totale populatie is acht, maar nummer acht is tijdens het onderzoek met de opleiding begonnen en heeft nog niet zoveel van de opleiding meegekregen om zich daar een oordeel over te kunnen vormen en één ander persoon was niet te bereiken. Voor de afgestudeerde SEH-artsen betrof dit alle SEH-artsen die hun opleiding in het UMCG hebben genoten (n=acht). Uit een totale populatie van vijftien personen die te verdelen is in twee groepen van zeven en acht personen is er een respons geweest van  $14/15 * 100 = 93,3\%$ .

De interviews zijn verbatim uitgetypt, om een zo goed mogelijke weergave van het antwoord te verkrijgen. Voor de analyse is gebruik gemaakt van Atlas.ti. Atlas.ti is een software pakket dat de analyse ondersteunt van de kwalitatieve analyse van grote hoeveelheden tekstuele, grafische, audio en video data ([www.atlasti.com](http://www.atlasti.com)).

## Onderzoeksresultaten Deel 1

De vraag die aan de hand van de in deze paragraaf gepresenteerde resultaten beantwoord gaat worden is:

Op welke punten komen de eisen die gesteld worden aan de competenties van de SEH-arts overeen met de mogelijkheden van de huidige opleiding en waar lopen die uiteen?

De onderzoeksresultaten worden weergegeven per competentiegebied. In ieder competentiegebied komen de deelcompetenties aan de orde die onder dat competentiegebied vallen. Data die niet een duidelijk antwoord op de vraag geven zijn bij de verwerking van de resultaten buiten beschouwing gelaten, dit is weergegeven in de tabel. Om onduidelijkheid te voorkomen wordt het begrippenkader als volgt gedefinieerd:

- studie: de initiële studie geneeskunde;
- opleiding: de vervolgopleiding tot SEH-arts, inclusief het werk tijdens de stage;
- werk: het werk, dat men na de opleiding verricht.

Per competentiegebied zijn de resultaten in een tabel weergegeven. Er is gevraagd of de competentie wordt beheerst. Dit zijn in de tabel de 'Ja' of 'Nee' antwoorden. Bij een 'Ja'-antwoord is gevraagd of deze vaardigheid specifiek verworven is tijdens de opleiding of niet specifiek dan wel elders verworven is. Specifiek houdt in dat er tijdens de opleiding expliciet aandacht is besteed aan het verwerven van de deelcompetentie. Niet-specifiek/ elders houdt in dat de deelcompetentie volgens de ervaring van de geïnterviewden wel verworven is tijdens de opleiding, maar dat er voor de verwerving niet expliciet aandacht is geweest of dat de deelcompetentie elders is verworven.

## Resultaten per Competentiegebied

### Medisch Handelen

#### triage

Men vindt dat men kan triëren en dat men het voornamelijk "on the job" leert. Tijdens de opleiding is er geen gestructureerde aandacht voor triage. Bij de start van de opleiding, in 2000 was er nog wel een speciale cursus om het triëren te leren. "In principe vind ik dat iedere

dokter moet kunnen triëren, maar je leert het niet volgens een speciale opleiding." "Ik kan niet officieel via het Manchester Triagesysteem triëren, wel door mijn medische kennis. Maar er is tijdens de opleiding geen aandacht voor geweest." "Indertijd heb ik samen met het verpleegkundig personeel op de CSO een triageopleiding gevolgd, die bestond uit twee middagen training, uitleg en een boekje."

Vergaren van informatie over klachten en symptomen  
Alle geïnterviewden achten zich in staat om informatie over de klachten en symptomen van patiënten te vergaren, men geeft aan dit tijdens de studie en opleiding te hebben geleerd. "Dat leer je al tijdens de studie geneeskunde en ook in de opleiding is er veel aandacht voor." "Als je een patiënt gezien hebt en overlegt met de supervisor en je vergeet dingen, dan krijg je daar feedback op." "Het afnemen van anamnese, het doen van lichamelijk onderzoek en hulponderzoek is een van de hoofdpunten van de opleiding."

#### Multidisciplinaire benadering van de patiënt

Men acht zichzelf in staat tot een multidisciplinaire benadering van een patiënt. Deze benaderingswijze maakt geen onderdeel uit van de studie, maar ontwikkelen de SEH-artsen i.o. door zelf tijdens de opleiding de kennis en vaardigheden uit de verschillende stages samen te voegen. "Doordat je intern wordt opgeleid bij verschillende specialismen, word je niet speciaal opgeleid om een patiënt breed te benaderen. De brede benadering komt uit jezelf."

#### Zelfstandig zorg verlenen

De SEH-artsen vinden dat ze in staat zijn om, tot de grens van hun kennis, een patiënt zelfstandig te behandelen. Het trainen van de zelfstandigheid maakt volgens de respondenten geen onderdeel uit van de opleiding. "Je zelfstandigheid is afhankelijk van het probleem, mijn kennis en kunde is beperkt tot een bepaald gebied." "Je moet altijd overleggen met je supervisor, maar er wordt steeds meer verwacht dat je met een plan komt. Op deze wijze wordt je zelfstandigheid wel gestimuleerd."

Zelfstandig advies geven over vervolgbehandeling  
De meeste SEH-artsen achten zich in staat om een vervolgbehandeling te adviseren. Ze maken het onderscheid tussen een patiënt die direct na de behandeling naar huis gaat en een patiënt die ze

overdragen aan een andere afdeling. “Ik kan wel een grof beeld scheppen over de verwachtingen, maar ik geef altijd wel aan dat degene die de behandeling overneemt zal beslissen wat er exact gebeurt.”

**Tabel 7.2** Resultaten Competentie Medisch Handelen

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Triage	3	8	3	-
Vergaren informatie	14	-	-	-
Multidisciplinaire benadering	12	1	1	-
Zelfstandig zorg verlenen	8	3	3	-
Zelfstandig vervolgbehandeling adviseren	9	2	3	-
Initiële opvang en reanimatie	14	-	-	-
Op de hoogte van de actuele maatstaven	13	-	1	-
Signaleren van psychisch en sociaal welzijn	6	8	-	-
Criteria van wilsonbekwaamheid	-	7	6	1
Acute presentatie	7	3	4	-
Levensbedreigende aandoeningen	-	10	1	3

#### Initiële opvang en reanimatie

Men acht zich in staat om de initiële opvang en reanimatie te verzorgen, dit is een onderdeel dat tijdens de opleiding veelvuldig aan bod komt. Enerzijds tijdens stages, zoals op de anesthesie en de IC en anderzijds tijdens de verplichte cursussen, zoals ATLS, APLS en ALS. “Dat leer je goed tijdens de opleiding, tijdens de verplichte cursussen en tijdens de stage anesthesie, daar komt de ABC goed aan de orde.” “Voor de opvang en reanimatie zijn we bij uitstek opgeleid.”

#### Op de hoogte van de huidige maatstaven van de medische wetenschap

Bijna alle respondenten vinden dat ze op de hoogte zijn van de huidige maatstaven van de medische wetenschap. Men geeft wel aan dat het door tijdgebrek lastig is om alle nieuwe zaken bij te houden. “We hadden tijdens de opleiding wel de beschikking over tijdschriften e.d. en ook tijdens de stages was er wel veel georganiseerd op dat gebied.” “Tijdens de volledige werkweek heb je weinig tijd om je vakliteratuur ook daadwerkelijk door te nemen.”

Signaleren van bedreigingen betreffende sociaal en psychisch welzijn  
Men acht zich in staat om bedreigingen betreffende het psychisch en sociaal welzijn te herkennen. Deze vaardigheid komt niet tijdens de opleiding aan bod. “Soms is het heel lastig, maar je leert het door te doen.” “Dat komt ook deels voort uit de basisopleiding en uit mijn voorgaande ervaring als huisarts.”

Criteria van wilsonbekwaamheid  
Uit de interviews blijkt dat de SEH-artsen vinden dat ze de criteria van wilsonbekwaamheid niet direct paraat hebben. Deze vaardigheid is tijdens de opleiding niet aan bod gekomen.  
“Ik heb ze niet paraat, maar ik weet exact waar ik ze kan vinden.” “Er is tijdens de opleiding ook weinig aandacht voor geweest, als het nodig was, dan wonnen we informatie in.”

Bij een acute presentatie van een aandoening kennis uit aangrenzende gebieden toepassen

In de studie wordt naar het oordeel van de geïnterviewden voldoende aandacht besteed aan het toepassen van medische kennis uit andere vakgebieden bij een acute presentatie. Uit de resultaten komt naar voren dat je naarmate de opleiding vordert deze vaardigheid ontwikkelt: “Je integreert aan het einde van de opleiding alle eerder opgedane kennis.” “Je kijkt meteen heel breed naar een patiënt, niet door de koker van een cardioloog of internist.”

Handelend optreden bij acuut levensbedreigende aandoeningen  
De respondenten achten zich in staat om handelend op te treden bij acuut levensbedreigende aandoeningen. De opleiding is hier niet specifiek op gericht blijkt uit de resultaten. “We zijn wel gepusht die kant uit te gaan, maar dat moet gewoon komen en is lastig tijdens de opleiding te stimuleren.” “Je komt het wel tegen en dan is het een acuut leermoment, maar niet dat er duidelijk onderwijs over wordt gegeven.”

**Tabel 7.3** Resultaten Competentie Communicatie

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Relatie met patiënt	5	9	-	-
Inleven in de situatie	4	10	-	-
Omgang met agressie	13	-	1	-
Slechtnieuwsgesprek	13	-	1	-
Informatie noteren	13	1	-	-
Omgaan met tijdsdruk	2	12	-	-
Overdracht	14	-	-	-

## Communicatie

Effectieve en vertrouwelijke relatie met een patiënt  
De SEH-artsen achten zich in staat om een effectieve en vertrouwelijke relatie op te bouwen met een patiënt. In de opleiding komt dit niet specifiek aan de orde, een aantal respondenten heeft wel baat gehad bij de cursus

communicatie. “Je merkt wel dat mensen je soms heel hartelijk bedanken en je een hand geven of lichamelijk contact zoeken omdat ze op dat moment toch een band met jou hebben. Met iemand echt een relatie opbouwen heb je op de CSO niet echt, door het korte contact.”

#### Inleven in de situatie van een patiënt

Alle geïnterviewden gaven aan dat ze zich goed konden inleven in de situatie van de patiënt. Daarbij is wel opgemerkt dat het contact vanwege de tijdsdruk op de CSO vaak beperkt blijft. “Als het rustiger is op de CSO kun je toch uitgebreider naar een patiënt luisteren en je inleven dan in een drukke tijd.”

#### Omgang met agressieve patiënten

Bijna alle respondenten vinden dat ze goed kunnen omgaan met agressieve patiënten. Eén van hen zou het niet zo goed weten, omdat hij er nooit ervaring mee heeft gehad. Allen gaven aan dat ze het tijdens de opleiding geleerd hebben door middel van een cursus. “Tijdens de opleiding heb je een training met psychologen en maatschappelijk werkers die dan agressieve patiënten spelen.”

#### Voeren van een slechtnieuws gesprek

Alle geïnterviewden vinden dat ze een slechtnieuwsgesprek kunnen voeren en hebben dat geleerd tijdens de opleiding. Ongeveer de helft heeft een cursus gehad waarbij met acteurs werd geoefend in het voeren van dergelijke gesprekken. “We hebben een cursus gehad waarin zowel de omgang met agressieve patiënten als het voeren van slechtnieuwsgesprekken aan bod kwam.” Uit de resultaten kwam naar voren dat men de aandacht hiervoor wel summier vond. “Daar is heel summier aandacht aan besteed. Ik kan het wel hoor, maar heb het ook nog niet zoveel meegemaakt.”

#### Informatie volledig en duidelijk noteren

Alle geïnterviewden achten zich in staat om de informatie die ze vergaren volledig en duidelijk te noteren. Ze hebben dit voor het grootste deel geleerd tijdens de studie geneeskunde, tijdens de co-schappen en ook tijdens de opleiding tot SEH-arts. “Je wordt bij langdradigheid of gebrek aan relevantie wel bijgestuurd door je supervisor.”

#### Omgaan met tijdsdruk

Alle geïnterviewden vinden dat ze in staat zijn onder hoge tijdsdruk te werken. In de meeste gevallen werd wel gezegd

dat je het al doende leert tijdens het werk. “Je behandelt meerdere patiënten tegelijk en je probeert je tijd zo efficiënt mogelijk in te delen. En al doende leert men.” “Ik denk ook dat het iets is wat je in de praktijk moet leren. Ik zou niet weten hoe je dat theoretisch zou kunnen leren. Het moet wel een beetje in je karakter zitten voor dit vak denk ik.”

#### Tijdens overdracht uitleg geven

Uit de interviews komt naar voren dat alle SEH-artsen zich in staat achten om goed en helder de overdracht te verzorgen. Tijdens de opleiding is hier aandacht voor in de vorm van feedback van je supervisor. “Er zijn tijdens de opleiding genoeg overdrachtmomenten waar je ook feedback op krijgt. Het varieert trouwens ook enorm per stageplaats. Bij de ene afdeling heb je een overdracht van face-to-face en op de andere afdeling gaat dit in een groep.”

#### Samenwerken

##### Samenwerking met de verpleegkundigen

Uit de interviews blijkt dat de respondenten vinden dat de samenwerking met verpleegkundigen goed gaat. Dit maakt geen deel uit van de opleiding. “Gedurende de opleiding en het werk leer je het cultuurtje kennen en leer je ook de verpleegkundigen kennen en zij jou.”

##### Werken binnen een multidisciplinair team

De respondenten achten zich goed in staat om binnen een multidisciplinair team te werken. Deze vaardigheid maakt niet speciaal deel uit van de opleiding maar wordt meer tijdens het werk verworven. “We moeten de samenwerking langzaam opbouwen en niet te hoge eisen stellen. Het is een leerproces. Een cardioloog heeft een voorbeeld, namelijk een cardioloog die al 30 jaar als cardioloog werkt. Wij hebben geen voorbeeld.” “Waar stopt mijn kennis die ik moet vergaren op intern gebied en waar moet ik me nog verder ontwikkelen? Daar moet je je antennes goed voor uit hebben staan.”



Meningsverschillen met en tussen collega's  
De meeste respondenten achten zich in staat om een conflictsituatie op te lossen. Een aantal respondenten geeft aan dit nog niet meegemaakt te hebben tijdens het werk. Tijdens de opleiding is er aandacht voor conflicten geweest in de communicatiecursus. "Ik mis in de opleiding het inzicht in de structuur van het ziekenhuis. We hebben een

moelijk vak en zitten overall tussen in. Je trapt mensen daardoor nog wel eens op de tenen en andersom en soms begrijpen mensen je niet en andersom." "Daar hebben we wel een cursus over gehad, samenwerking in groepen. Ik heb daar geleerd hoe je dingen ter sprake moet brengen. Dat is toch, achteraf gezien, wel heel nuttig geweest."

**Tabel 7.4** Resultaten Competentie Samenwerken

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Samenwerking met verpleegkundigen	-	14	-	-
Werken in team	-	13	-	1
Meningsverschillen	4	8	2	-
Doorverwijzen	8	3	3	-
Functioneren evalueren	12	-	2	-
Sterke en zwakke punten	-	12	1	1
Prehospitalen diensten	12	2		-
Handelen bij ramp?	5	6	3	-

48

Eerste behandeling zelf, daarna doorverwijzen naar het juiste specialisme  
De meeste respondenten achten zich in staat om de patiënt door te verwijzen naar het juiste specialisme. Tijdens de opleiding wordt deze kennis in de verschillende stages opgedaan. "Niet specifiek in de opleiding, maar dat leer je denk ik door de verschillende stages enzo." "Soms weet ik het niet, maar dat zijn altijd de gevallen van complexiteit en moeilijke gevallen."

Eigen functioneren en dat van anderen evalueren  
Op twee respondenten na vindt iedereen dat hij zijn eigen functioneren kan beoordelen en ook dat van anderen. Hier is volgens een aantal respondenten in de opleiding niet specifiek aandacht aan besteed. "Dit is niet zozeer in de opleiding naar voren gekomen. Dit is meer aangeleerd in het on-the-job gedeelte, omdat je met alle verschillende onderdelen van het werk bezig bent, meer

multidisciplinair." Volgens anderen is er wel specifiek aandacht aan besteed. "Er was een cursus 'samenwerking in groepen' waar veel aandacht besteed werd aan het geven van feedback." Verschil in resultaat is te verklaren door de ontwikkeling die de opleiding al door heeft gemaakt.

Sterke en zwakke punten van de medewerkers van de SEH herkennen en hierop inspelen  
Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de geïnterviewden zich in staat acht om de sterke en zwakke punten van de SEH-medewerkers te herkennen en hierop in te spelen. In de opleiding komt deze vaardigheid niet specifiek aan de orde. "Tijdens het on-the-job gedeelte van de stage kwam dit wel naar voren omdat je voortdurend bezig bent met het aansturen van verpleegkundigen, maar hier is niet specifiek feedback op."

Kennis van prehospitalen diensten  
De respondenten vinden dat ze kennis hebben van de prehospitalen diensten. Twee respondenten hebben deze vaardigheid elders verworven omdat de huisartsen- en ambulancestage toen nog geen deel uitmaakte van de opleiding. “Toen ik de opleiding volgde was dit nog geen onderwerp, ik heb het op de werkvloer ervaren.” “De prehospitalen diensten zijn, ondanks de stages, nog steeds een ondergeschoven kindje tijdens de opleiding.”

Handelen bij een ramp  
hebben dit niet expliciet in de opleiding geleerd.

De respondenten geven aan dat de term samenwerking en ramp niet samenvallen voor SEH-artsen, omdat ze nog nergens deel uitmaken van het rampenprotocol. Tijdens de opleiding is er onlangs een onderwijsdag geweest over rampen, eerder was hier geen aandacht voor tijdens de opleiding. “Er is niet specifiek aandacht voor in de opleiding, wel komt het terug in de cursus ATLS. Ik heb het wel een beetje gemist dat het niet tijdens de opleiding expliciet is besproken.” SEH-artsen i.o. geven aan dat er tijdens de onderwijsdag expliciet aandacht is geweest voor de handelwijze bij rampen, reeds afgestudeerde SEH-artsen

**Tabel 7.5** Resultaten Competentie Organisatie

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Coördineren logistiek	3	8	2	1
Prioritering	2	9	2	1
Administratie	-	10	4	-
Budgettering	-	-	14	-
ICT toepassen	14	-	-	-

### Organisatie

Het coördineren van patiëntenlogistiek  
De SEH-artsen achten zich in staat om de patiëntenlogistiek te coördineren. Ook hier blijkt dat deze vaardigheid geleerd wordt na de opleiding, door werkervaring. Twee respondenten die “nee” hebben geantwoord zijn nog in opleiding. “Nu je klaar bent met de opleiding heb je meer ervaring en inzicht en kun je het logistieke deel beter regelen.” “Nu heb ik nog niet een zodanige invloed op de logistiek. Verder dan goed je naam bij de patiënt zetten die je ziet, zodat men ook weet welke patiënt nog niet gezien is gaat dat nog niet.” “Ik weet wanneer ik voor cardiologie bezig ben absoluut niet wat voor patiënten er voor chirurgie zitten.”

### Prioritering van werkzaamheden

Uit de interviews komt naar voren dat men zichzelf in staat acht om de noodzakelijke werkzaamheden op de spoedeisende hulp te prioriteren. Een aantal SEH-artsen i.o. geeft aan dat zij hier nog geen ervaring mee hebben. Tijdens de opleiding wordt er geen aandacht besteed aan het trainen van deze vaardigheid. “Je moet op tijd je logistieke middelen benutten en prioriteiten stellen. Het is heel belangrijk om vooraf afspraken te maken, zodat de benodigde specialisten komen wanneer het op de spoedeisende hulp erg druk is.” “We hebben in het UMCG niet echt een coördinerende rol op de CSO, zoals ik die in mijn baan als poortarts wel had.”

### Administratieve werkzaamheden op de CSO

De respondenten vinden dat ze wel inzicht hebben in een deel van de administratieve werkzaamheden die op een

SEH plaatsvinden. In de opleiding is er geen aandacht voor de administratie. “Van de secretaresses zien we wel veel van wat ze doet. Bijvoorbeeld als ik een breuk diagnosticeer, daar moet gips omheen, op dat gebied zit een heel administratief pad. Ik weet wel wat er allemaal gebeurt, maar niet precies wie wat doet.” “Tijdens de opleiding is alleen aandacht voor de zaken die je zelf moet administreren.” “Je ziet tijdens de opleiding wel zo ongeveer wat de secretaresses en de verpleegsters doen, maar ook niet alles.”

Opstellen van Budgetten op het gebied van kosten en bestedingen

Uit de interviews blijkt dat de SEH-artsen geen inzicht hebben in de kosten en bestedingen. Tijdens de opleiding is er geen aandacht geweest voor de budgettaire kant van het werk. “Budgetten e.d. zijn tijdens de opleiding niet aan de orde geweest, maar ik zou wel graag meer willen weten over het reilen en zeilen van het opstellen van budgetten.” “Ik was niet voorbereid op het managementdeel van mijn

vak toen ik na de opleiding aan het werk ging. Ik wist niet dat je een jaarplanning moest maken, hoe je dingen aan moet vragen, dat het budget bij de Raad van Bestuur terecht komt.”

Toepassen van ICT bij de patiëntenzorg

De respondenten achten zich in staat om ICT-middelen toe te passen en in te passen in de patiëntenzorg. Toepassen komt in de opleiding specifiek naar voren, want in veel stages worden de anamneses en dergelijke ingevoerd in de pc en daarnaast komen ook de bloeduitslagen en foto's binnen op de pc. “Het gebruik van ICT gaat aardig goed, nog wel wat minder snel dan ouderwets schrijven, maar daarnaast heb je ook geen onleesbare doktershandschriften meer.” “Je moet tegenwoordig wel ICT toepassen, in de opleiding is daar spelenderwijs aandacht voor.” “Er zijn veel systemen gedigitaliseerd, hier leer je ook mee omgaan tijdens de opleiding.”

**Tabel 7.6** Resultaten Competentie Kennis en Wetenschap

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Evidence-based	7	7	-	-
Not evidence-based	11	2	1	-
Protocollen toepassen	-	14	-	-
Protocollen Ontwikkelen	-	9	5	-
Persoonlijk Scholingsplan	5	6	2	1
Opleiding SEH-artsen	6	8	-	-

### Kennis en Wetenschap

Evidence-based literatuur

De respondenten vinden dat ze kunnen werken met evidence-based literatuur. Tijdens de opleiding tot SEH-arts is er aandacht aan besteed in de zin van het houden van referaten, voorbereiden op een onderwijsdag en scholing

door de hoofdopleider. In het begin van de opleiding was er minder aandacht voor en kwam het alleen aan de orde tijdens de studie geneeskunde. “Ik zou het vinden van literatuur wel eens wat gestructureerder willen leren. Je hebt het vaak te druk om de cursus in de Centraal Medische Bibliotheek te doen.” “We hebben tijdens de studie regelmatig evidence-based literatuur moeten

gebruiken, ook bijvoorbeeld voor je referaten tijdens de onderwijsdag. Daar leer en onthoud je dat.”

#### Not evidence-based literatuur

De respondenten achten zich in staat om te gaan met not evidence-based literatuur. Tijdens de opleiding is hier aandacht voor geweest. *“Google vertelt je heel veel.” “Het wordt dan gewoon expert-opinion based zoeken.” “Als je er niet uitkomt, is er altijd wel iemand te vinden die je erbij kan helpen.”*

#### Richtlijnen en protocollen toepassen

Alle respondenten vinden dat ze protocollen kunnen toepassen. Tijdens de opleiding is hier niet specifiek aandacht aan besteed. Ze geven allemaal aan dat een protocol een goede richtlijn kan zijn maar dat het juist ook de kracht is dat je ervan af kan wijken. *“Het is wel handig om kennis te hebben van protocollen, je moet je deze eigen maken. Maar je moet er ook overheen kunnen stappen.”*

#### Richtlijnen en protocollen ontwikkelen

De respondenten geven deels aan dat ze in staat zijn om protocollen te ontwikkelen. De respondenten die dit niet vinden zijn veelal nog in opleiding. Tijdens de opleiding is hier niet specifiek aandacht voor. *“Toepassen gebeurt nog wel tijdens de opleiding, maar het ontwikkelen gebeurt meer tijdens het werk.” “Ik vind dat we veel te weinig*

*protocollair werken, terwijl de SEH daar juist geschikt voor is.”*

#### Persoonlijk scholingsplan

De meeste respondenten achten zich in staat om een persoonlijk scholingsplan op te stellen. Tijdens de opleiding is hier sinds kort aandacht voor, alle werkzame SEH-artsen zijn er op eigen initiatief mee bezig. *“Je moet aangeven wat je binnen die stage allemaal wilt bereiken. Dan moeten we opschrijven waar je doelen liggen.” “We zijn op het moment bezig met het opzetten van zoiets dergelijks voor de SEH-artsen in het Noorden. Maar dat is een eigen initiatief en niet aangeleerd vanuit de opleiding.”*

#### Opleiden van SEH-artsen en andere werknemers in acute hulpverlening

Alle respondenten vinden dat ze een bijdrage kunnen leveren aan de opleiding van SEH-artsen. Sinds kort is hier binnen de opleiding aandacht voor, de werkzame SEH-artsen geven aan dat het opleiden bij hen voortkomt uit een algemene interesse voor het vakgebied. *“Ik heb het niet zozeer in de opleiding geleerd, maar in de fase na mijn opleiding heb ik veel supervisie gegeven. Het zou best goed zijn aan het eind van de opleiding hier meer aandacht aan te besteden.” “Bij spoedartsen in de toekomst lijkt het me wel leuk om op te leiden. Maar eerst moet ik zelf nog wat ervaring opdoen en als zelfstandig arts werken.”*

**Tabel 7.7** Resultaten Competentie Maatschappelijk handelen

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Volksgezondheid	5	4	3	2
Wettelijke bepalingen	-	9	5	-
Fouten herkennen	-	11	3	-

## Maatschappelijk Handelen

Gevaren voor de volksgezondheid uit een a-typische presentatie van een acuut ziektebeeld

De respondenten geven aan nog moeite te hebben met het herkennen van gevaren voor de volksgezondheid uit een a-typische presentatie van een acuut ziektebeeld. Sinds kort wordt er in een onderwijsdag aandacht aan besteed, eerder was dat niet het geval. *“Verder dan een klein beetje basiskennis gaat dat niet, ik heb het alleen een keer tijdens een stage in de praktijk meegemaakt, maar dat was meer toeval.” “Dit is weinig aan de orde geweest, onlangs is er wel aandacht voor geweest tijdens een onderwijsdag omdat iemand er een casus over presenteerde. Ik denk wel dat het belangrijk is om daar meer over te weten.”*

Relevante wettelijke bepalingen betreffende de gezondheidszorg

De meeste SEH-artsen achten zich redelijk op de hoogte van de wettelijke bepaling. Deze vaardigheid komt niet tijdens de opleiding aan de orde. *“Dat kom je dan zo tegen,*

*niet dat daar een speciaal blok voor is geweest tijdens de opleiding.” “Misschien is het wel verstandig in de huidige maatschappij, waarin de patiënt steeds mondiger wordt en men steeds meer met klachten komt. Dan is het misschien wel verstandiger om jezelf te beschermen door je meer in de wet te verdiepen, maar het is in de opleiding nog niet aan de orde gekomen.”* Herkennen van fouten in medische en organisatorische processen

De SEH-artsen die perifeer werken achten zichzelf in staat om fouten in medische en organisatorische processen te herkennen en hier op in te spelen. SEH-artsen i.o. hebben hier nog niet mee te maken gehad en er is ook in de opleiding geen aandacht voor. *“In de opleiding is daar weinig aandacht aan besteed. In Groningen is het ook moeizamer door de complexere problemen en langere lijnen.” “We zijn er nog niet in gestimuleerd om oplossingen voor fouten aan te dragen. Ik vind het ook moeilijk om te weten wat je moet doen wanneer je ziet dat een collega of verpleegkundige een fout maakt.”*

52

**Tabel 7.8** Resultaten Competentie Professionaliteit

Competentie	Ja, specifiek tijdens de opleiding	Ja, maar niet specifiek/ elders	Nee, beheers de competentie niet/onvoldoende	Onduidelijke antwoorden
Grenzen herkennen	7	6	-	1
Negeren vooroordelen	1	11	2	-

### Professionaliteit

In staat om de grenzen van de eigen kennis en vaardigheden te herkennen

De SEH-artsen achten zichzelf goed in staat om de grenzen van hun kennis en vaardigheden te herkennen. Door de jaren heen is hier in de opleiding steeds meer aandacht voor gekomen. *“We hebben een beperkte rol, je moet goed weten wanneer je het stokje over moet geven. Dat is een vaardigheid die je zeker moet beheersen.” “Tijdens de*

*opleiding is hier niet specifiek aandacht voor geweest, maar tijdens de praktijksetting is er nog wel zoveel bescherming en aandacht dat zich dat wel oplost.” “Ik schroom zeker niet om dingen te vragen. Wat ik wel moeilijk vind is dat je jouw kennis gaat vergelijken met die van de specialist terwijl dat niet reëel is, omdat wij van elk vakgebied iets moeten weten.”* Het verschil in de resultaten tussen wel en niet specifiek tijdens de opleiding is te vinden in de ontwikkeling die de opleiding doormaakt. Er is de laatste jaren meer aandacht gekomen voor het herkennen van

grenzen. SEH-artsen die nog in opleiding zijn hebben meer bagage gekregen voor het herkennen van hun grenzen dan SEH-artsen die reeds werkzaam zijn.

Negeren van vooroordelen betreffende patiënten  
Uit de resultaten komt naar voren dat men zichzelf wel in staat acht om vooroordelen te negeren. In de opleiding is hier niet speciaal aandacht voor. “Door mijn ervaring en huisartsenopleiding, daar heb je een stukje supervisietraining, het is in Groningen verder niet aan de orde geweest.” “In de medische behandeling zal een patiënt daar niets van merken, maar ik denk wel dat ik in de communicatie bij een negatief vooroordeel minder opensta voor allerlei verhalen.”

### **Conclusie Praktijkonderzoek deel 1**

De conclusie gaat over overeenkomsten en verschillen tussen de competentie-eisen en opleiding zoals die ervaren is en wordt door de SEH-artsen (i.o.). De lijst met vereiste competenties voor de SEH-arts, zoals die is opgesteld door het SOSG (2006) bevat 78 deelcompetenties, van die 78 deelcompetenties is er in de vragenlijst naar 70 deelcompetenties gevraagd (bijlage 4). Uit de resultaten van het praktijkonderzoek komt naar voren dat van de 70 gevraagde vereiste competenties er 52 zijn ervaren als verworven tijdens de opleiding. 18 van de competenties worden door de SEH-artsen niet ervaren als verworven tijdens de opleiding.

Van deze 18 worden hieronder de meest opvallende competenties die de SEH-artsen hebben ervaren als ontbrekend of niet specifiek voorkomend in de opleiding weergegeven:

- Triage
- De criteria van wilsonbekwaamheid
- Leren omgaan met tijdsdruk
- Inleven in de situatie van de patiënt
- Hoe de verhoudingen en de samenwerking met de verpleegkundigen geregeld worden
- Hoe de verhoudingen liggen tijdens het werken in teams

- Hoe men de sterke en zwakke punten van de medewerkers op de SEH kan herkennen en hier op kan inspelen
- Het toepassen en ontwikkelen van protocollen
- Het herkennen van fouten in organisatorische en medische processen
- Het negeren van vooroordelen in patiëntcontacten
- De budgettering van kosten en bestedingen
- Het overzicht van alle administratieve werkzaamheden die op en rond de SEH plaatsvinden.

### **Onderzoeksresultaten Deel 2**

De resultaten voor de beantwoording van deze vraag zijn verkregen uit in totaal acht interviews. De vraag: In hoeverre is de SEH-arts na zijn opleiding toegerust (in termen van kunde en vaardigheden/ verworven competenties) om de ongedifferentieerde patiënt, die zich op de CSO meldt, te behandelen? is alleen gesteld aan SEH-artsen die al werkervaring als SEH-arts hebben opgedaan. Het antwoord op deze vraag wordt verkregen door het stellen van twee vragen aan de SEH-artsen die hun opleiding aan het UMCG al hebben afgerond. Deze SEH-artsen zijn alle acht werkzaam in de periferie. Door hun ervaringen op de werkvloer kunnen zij vaststellen of hun opleiding hen goed heeft voorbereid op dit werk.

Sluit uw werk aan bij uw opleiding? Wat doet u meer aan werkzaamheden, waar de opleiding u niet op had voorbereid en wat doet u minder (wel geleerd, maar komt eigenlijk niet voor)?

De SEH-artsen zijn van mening dat hun opleiding behoorlijk aansluit bij de werkzaamheden die ze nu doen. Er wordt door de SEH-artsen wel opgemerkt dat de medisch-inhoudelijke aansluiting beter is dan de aansluiting op organisatorisch vlak. “Ik dacht eerst van niet, maar als ik zie hoe ik hier functioneer dan blijkt het wel aardig aan te sluiten.” “Het is lastig om je vaardigheden bij te houden gezien de breedte van het vakgebied.” “Medisch sluit het wel aan, maar op management en organisatorisch vlak heb ik het gevoel dat ik ernstig tekort kom.”

Er zijn meer zaken die de SEH-artsen hebben gemist in de opleiding. “Wat ik wel in de opleiding heb gemist is de collegiale intervisie.” “In het weekeinde en ’s nachts ben ik soms de enige arts die aanwezig is voor alle afdelingen, ook de zalen, die ervaring mis ik wel.” “Hoe je je vak organisatorisch moet neerzetten in het ziekenhuis en hoe je dat in het begin moet aanpakken, dat had ik wel graag willen weten.” “Langere tijd op de eerste hulp, dat je dus alles doet wat binnenkomt, dat heb ik gemist. In het UMCG zat ik vaak te wachten op bijvoorbeeld de longpatiënt die maar niet kwam.”

Denkt u dat het werken in een (kleiner) perifere ziekenhuis weerslag heeft op uw werkzaamheden, de omgang met patiënten en collega’s? (in tegenstelling tot het UMCG) De SEH-artsen geven aan dat er een groot verschil zit in de taken en de patiënten die binnenkomen op de SEH van een perifere ziekenhuis. Voor dit grote verschil worden meerdere oorzaken aangegeven door de SEH-artsen. “Het is perifere veel kleiner, er zijn kortere lijnen, de mensen kennen elkaar veel beter, je kunt onderzoeken sneller regelen en de resultaten zijn eerder binnen, zodat je een patiënt sneller kunt helpen” “Een perifere ziekenhuis is meer gericht op productie, terwijl een academisch ziekenhuis ook duidelijk een onderwijsstaak heeft. Men pluist dingen vaak verder uit en wil het meer zeker weten.” “Je hebt perifere als SEH-arts, zeker in de nachtdienst en het weekeinde, meer te maken met taken als zaalwerk en intensive care.” “Academische specialisten willen meer het naadje van de kous weten en in de periferie is men toch meer praktisch ingesteld.” “Academische ziekenhuizen leveren ook de topklinische en topreferente zorg, dat is al een klasse patiënten die wij niet eens zien hier.”

### **Conclusie Onderzoeksresultaten deel 2**

Het werk van een SEH-arts wordt als zeer breed en gevarieerd ervaren. Dit ervaart men als positief. De SEH-artsen die de opleiding hebben afgerond, ervaren dat de opleiding op medisch inhoudelijk vlak behoorlijk goed aansluit bij de werkzaamheden die ze op dit moment als SEH-arts verrichten. Op organisatorisch vlak en qua managementvaardigheden ervaren de SEH-artsen dat ze

een aantal dingen niet tijdens de opleiding hebben geleerd waar ze nu wel tegen aanlopen. De algemene conclusie luidt wel dat men zich, ondanks de gemiste factoren, prima in staat acht om als SEH-arts een ongedifferentieerde patiënt te behandelen.

### **Overige Resultaten**

In deze paragraaf komen de overige resultaten die de interviews hebben opgeleverd aan de orde. De overige resultaten zijn niet direct te verbinden met de deelvragen maar geven een aantal opmerkingen weer van de respondenten die wel de opleiding en het vakgebied van de SEH-arts betreffen.

“Het zou nuttig kunnen zijn wanneer de opleider, bijvoorbeeld eens per half jaar, de voortgang van je opleiding met je doorneemt.” “Groningen heeft in mijn ogen een goede opleiding maar er zou wel meer aandacht mogen komen voor algemeen werk, waarbij alle problemen door elkaar komen.” “Door de tijdsdruk in de opleiding komt het er niet van om aan een onderzoek te beginnen, dit heeft wel heel erg mijn interesse.” “Het is erg belangrijk om de praktische vaardigheden voldoende te oefenen tijdens de opleiding. Je moet bepaalde handelingen gewoon een tijdje hebben gedaan. “We lopen tegen andere dingen aan dan de jonge medisch specialist, die komt meer in een gespreid bedje. Want daar zijn de dingen geregeld, die hebben een eigen poli en dergelijke, wij zitten overal een beetje tussenin.” “Je zou eigenlijk een algemene stage moeten hebben, met een Amerikaanse of Australische ER dokter die dingen vertelt vanuit zijn eigen ervaringen. Dat rolmodel mis je nu eigenlijk nog wel als je begint.” “We hebben nog een moeilijk vak, we zitten overal tussen in. Tussen de medisch specialisten, tussen de verpleegkundigen en dat maakt het soms wel eens moeilijk.” “Wat we ook vooral missen is een voorbeeld. Een voorbeeld van: zo gedraag je je als specialist en zo gedraag je je als SEH-arts.” “Bijvoorbeeld in Australië en Engeland bestaat het vak van spoedarts al 30-35 jaar, het zou goed zijn om daar een kijkje te nemen.”

### **Conclusie overige resultaten**

In geval van de overige resultaten die het praktijkonderzoek hebben opgeleverd kan geconcludeerd worden dat de SEH-artsen het voorbeeld van een generalist in de acute geneeskunde missen. Iemand van wie ze de kunst kunnen afkijken. Daarnaast wordt met betrekking tot de opleiding opgemerkt door de al werkzame SEH-artsen dat men het nuttig had gevonden wanneer er meer tussentijdse gesprekken zouden zijn geweest over de voortgang.

### **7.3 Conclusie Empirisch Onderzoek**

De conclusie gaat over overeenkomsten en verschillen tussen de competentie-eisen en opleiding zoals die ervaren is en wordt door de SEH-artsen (i.o.) en naar voren is gekomen uit de documenten.

De vraag die in deze conclusie beantwoord wordt is de vraag: *In welke mate is de huidige opleiding tot SEH-arts in het UMCG doeltreffend?*

Met doeltreffend wordt hier bedoeld doeltreffend ten opzichte van het nieuwe landelijke curriculum met competentie-eisen. Uit de resultaten van het document en praktijkonderzoek komt naar voren dat de opleiding tot SEH-arts redelijk doeltreffend is met betrekking tot het kunnen verwerven van de vereiste competenties. Uit de resultaten van het empirisch onderzoek komt naar voren dat ongeveer tweederde van de vereiste competenties in de opleiding aan de orde komen, zoals blijkt uit de documenten en is ervaren door de SEH-artsen.

Voor de deelconclusies van het document- en praktijkonderzoek wordt verwezen naar paragraaf 7.1.4 en paragraaf 7.2.2.2.

De waarden en beperkingen van het onderzoek worden besproken in paragraaf 8.2, de beschouwing.





## Hoofdstuk 8 Conclusies en Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van de onderzoeksresultaten uit de voorgaande hoofdstukken een antwoord gegeven op de vraagstelling, zoals die aan het begin van het rapport geformuleerd is. Paragraaf 8.1 bevat de conclusie. Eerst zullen de doel- en vraagstelling herhaald worden, daarna wordt er een antwoord geformuleerd. Paragraaf 8.2 is de beschouwing van het onderzoek en het onderzoeksinstrument. Tenslotte bevat Paragraaf 8.3 aanbevelingen voor vergroting van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts en aanbevelingen voor extra onderzoek.

### 8.1 Conclusie

Het beschreven onderzoek stelt de SEH-opleider in staat om het doel te realiseren. In dit onderzoek was het doel om een bijdrage te leveren aan de verhoging van de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts in het UMCG. Het was nodig om een onderzoek naar de doeltreffendheid van de opleiding te doen, omdat de landelijke eisen zijn aangescherpt en zijn geformuleerd in termen van competenties.

#### **In welke mate is de huidige opleiding tot SEH-arts doeltreffend?**

De vraag die in deze conclusie beantwoord wordt is de vraag in welke mate de huidige opleiding tot SEH-arts doeltreffend is. Met doeltreffend wordt hier bedoeld doeltreffend ten opzichte van het nieuwe curriculum met competentie-eisen. Uit de resultaten van het document en praktijkonderzoek komt naar voren dat ongeveer tweederde van de vereiste competenties in de opleiding aan de orde komen. Dit blijkt uit de documenten en is zo ervaren door de SEH-artsen. Er dient bij de interpretatie van de resultaten een onderscheid gemaakt te worden tussen medisch gerelateerde competenties en niet-medisch

gerelateerde competenties. Het merendeel van de medische competenties komt wel aan bod tijdens de opleiding. Daarnaast blijkt uit de resultaten van het onderzoek dat vooral op het gebied van de management- en organisatorisch gerelateerde competenties een groot aantal competenties nog niet verworven kunnen worden tijdens de opleiding tot SEH-arts in het UMCG.

In veel documentatie zijn de leerdoelen niet weergegeven in competenties, dit maakt het lastig de doeltreffendheid te bepalen. Daarnaast kan er geconcludeerd worden dat er aan het gewenste gedrag dat uit het beheersen van de competenties naar voren moet komen ook nog explicieter aandacht besteed moet worden. Uit de documentatie spreekt men nog veelal over leerdoelen en bij competenties gaat het over de taken en vaardigheden en nog niet over het gewenste gedrag.

Voor de deelconclusies van het document- en praktijkonderzoek wordt verwezen naar paragraaf 7.1.4 en paragraaf 7.2.2.2.

### 8.2 Beschouwing

Er is gekozen voor een kwalitatief instrument van informatie verzamelen omdat er geen kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn over de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts. Daarnaast ontbreekt het aan geschikte testen en toetsen om de doeltreffendheid te kunnen meten.

De resultaten doen geen objectieve uitspraak over de vraag of de competenties die verworven kunnen worden ook voldoende verworven worden en of er voldoende de mogelijkheid wordt geboden om de competentie te verwerven. Er is gevraagd naar hoe de verwerving van de vereiste competenties door de SEH-artsen tijdens hun

opleiding wordt ervaren; er wordt een subjectieve uitspraak gedaan. Er is gevraagd naar de ervaringen van SEH-artsen of ze de vereiste competenties hebben verworven en of ze dat tijdens de opleiding hebben kunnen doen.

Bij de resultaten van het onderzoek blijkt dat er op enkele gebieden een verschil is tussen de resultaten van het documentonderzoek en de resultaten van de interviews. Dit verschil is te verklaren omdat de respondenten van het interview antwoord geven op de vraag of ze het kunnen. Deze beheersing kunnen ze geleerd hebben tijdens de basisopleiding geneeskunde, tijdens de opleiding tot SEH-arts, in de praktijk of elders. Het leren in de basisopleiding is identiek, omdat iedereen dit heeft moeten doen. De verschillen kunnen komen doordat vaardigheden elders zijn aangeleerd, doordat de opleiding tot SEH-arts zich ontwikkelt of dat men nog niet zover in het opleidingstraject is dat men die vaardigheid al heeft geleerd.

58 :  
-----

Er moet opgemerkt worden dat de opleiding tot SEH-arts een jonge opleiding is. De opleiding verandert in snel tempo en is op dit moment anders ingericht dan in het begin, er is met mensen gesproken die op verschillende tijdstippen zijn begonnen. Het was interessant tijdens het onderzoek te merken dat de opleiding in de loop der jaren steeds meer ging bieden. Mensen die in 2000 zijn gestart hebben bijvoorbeeld meer zaken gemist dan de mensen die net klaar zijn. Het is ook mogelijk dat de anderen nog weinig vergelijkingsmateriaal hebben.

Daarnaast is het een punt van beschouwing dat de vragenlijst voor een groot deel bestond uit vragen die gaan over de beheersing van bepaalde onderdelen van het dagelijkse werk. Op het moment dat er aan SEH-artsen gevraagd wordt of zij kunnen triëren, is de kans groot dat zij een sociaal wenselijk antwoord geven. Het is immers moeilijk te zeggen dat je iets niet kunt wat je dagelijks moet doen.

Van de geïnterviewde SEH-artsen i.o. is een deel nog niet zo lang bezig met de opleiding. Het is daarom moeilijk in te

schatten welke competenties al aan bod zijn gekomen tijdens de opleiding, wat er nog moet komen en wat ze tot nu toe al gemist zouden hebben.

### 8.3 Aanbevelingen

Na de conclusie en de beschouwing komen in deze paragraaf de aanbevelingen aan de orde. In antwoord op de volgende vraag: Welke mogelijkheden heeft de SEH-opleider om de doeltreffendheid van de opleiding tot SEH-arts, met betrekking tot het kunnen verwerven van de gestelde competenties te verhogen? zijn de aanbevelingen opgedeeld in drie delen. Ten eerste de aanbevelingen die direct betrekking hebben op de opleiding, ten tweede de aanbevelingen voor instrumenten om de doeltreffendheid te meten en ten derde de aanbevelingen die betrekking hebben op mogelijk vervolgonderzoek. De aanbevelingen zijn afgeleid uit de resultaten van het onderzoek.

#### Met betrekking tot het verbeteren van de fit

- Een algemene aanbeveling is dat er in de opleidingsdocumentatie nog niet wordt gesproken in termen van competenties. Het zou de opleidingsdocumenten een stuk consistentere en overzichtelijker maken wanneer het document van iedere stage/cursus genoteerd is in de competenties die daar verworven worden en dan bij ieder document in dezelfde volgorde. Wanneer deze consistentie aanwezig is zou men kunnen inventariseren welke competentie waar verworven kan worden en kan men aan de hand van die informatie nagaan of de verwerving van die competentie voldoende aangeboden wordt.
- Een tweede aanbeveling is om meer aandacht te besteden aan de niet medisch technische competenties van het medische beroep, zoals management en organisatie, samenwerking en communicatie. Men zou hierbij kunnen denken aan het geven van passende cursussen of het meer betrekken van de SEH-artsen i.o. bij de managementwerkzaamheden tijdens de stages.

Bijvoorbeeld tijdens de perifere generalistische stage zou een supervisor de SEH-arts i.o. meer wegwijs kunnen maken in het organisatorische reilen en zeilen van een SEH-afdeling.

- Om de doeltreffendheid te vergroten verdient het ook aanbeveling om meer structuur aan te brengen in het verwerven van de volgende competenties: triage, de criteria van wilsonbekwaamheid, omgaan met tijdsdruk, inleven in de situatie van de patiënt, de samenwerking met verpleegkundigen, het werken in een team en het toepassen en ontwikkelen van protocollen.
- Een grotere herhalingsgraad in het geïntegreerd toepassen van het gebruik van verschillende vaardigheden, hierbij wordt bedoeld op de aangegeven klachten dat men wel allerlei verschillende stages volgt, maar dat dit slechts één periode is. Men zou liever later in de opleiding de mogelijkheid hebben om de specifieke tijdens een stage geleerde vaardigheden nogmaals te testen en de vaardigheid verder uit te bouwen.
- Laat de SEH-arts i.o. in overleg met de stagecoördinator leerdoelen formuleren voor de stage. Bespreek ook tijdens de stage de voortgang met de SEH-arts i.o. desnoods voor bijvoorbeeld één competentie (en dan meer gesprekken) en niet meer alleen na afloop van een stage. De SEH-arts i.o. kan tijdens deze gesprekken aangeven of er aan alle leerdoelen aandacht wordt besteed.
- Het verdient ook aanbeveling om het gebrek aan tijd voor onderzoek te onderzoeken. Onderzoek kan de opleiding tot SEH-arts ondersteunen om beter te worden, door de competenties die de SEH-arts moet beheersen te stimuleren en om het vakgebied te stimuleren. Onderzoek kan er daarnaast voor zorgen dat er SEH-artsen komen die door hun handelen en onderzoek doen een voorbeeldfunctie hebben voor beginnende SEH-artsen.
- Een laatste aanbeveling is om aandacht te besteden aan het leereffect dat momenten van reflectie kunnen opleveren. Hierbij kan men denken aan het instellen

van mentorschappen. Intervisiegroepjes van SEH-artsen i.o. die door een afgestudeerde SEH-arts worden begeleid. Dit zou landelijk ingevoerd kunnen worden.

### **Voor instrumenten om de doeltreffendheid beter vast te stellen**

- Het is de moeite waard om voor alle competentiegebieden instrumenten te ontwikkelen waarmee de beheersing van competenties objectief gemeten kan worden.
- Het ontwikkelen van normen voor competenties, zodat gemeten kan worden wanneer men bepaalde competenties voldoende beheerst. Hierbij kan vooral gedacht worden aan de Medisch Technische Competenties.

### **Met betrekking tot verder onderzoek**

Aan de hand van de onderzoeksresultaten heeft men een beeld gekregen van welke competenties verworven kunnen worden tijdens de opleiding. Vragen die men zich vervolgens kan stellen zijn:

- Worden deze competenties voldoende verworven? (wordt die competentie in voldoende stages aangeboden, zou die competentie niet in iedere stage gemeengoed moeten zijn?)
- Beheerst men na afloop van die stage die competentie in voldoende mate en is de graad van herhaling van benutting van die competentie in de rest van de opleiding wel voldoende om de vaardigheid in het uitvoeren van de competentie op orde te houden?
- Worden er tijdens de opleiding ook nog competenties aangeleerd die buiten de competentievereisten van de opleiding liggen?
- Worden er tijdens de opleiding nog competenties verworven/aangeboden die niet zijn opgenomen in het huidige opleidingsplan?
- Wat kan men leren van andere opleidingen tot SEH-arts in Nederland en vergelijkbare opleidingen in het buitenland?



## Literatuurlijst

Alkemade, A., P. Van Driel, T. Geers, F. Geijsel, J. ter Maaten & P. Bakker. Leden projectgroep 'Ontwikkeling curriculum SEH-arts': (2006). Curriculum opleiding tot SpoedEisende Hulp arts. Groningen: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Armstrong, A. (2001). *A handbook of Human Resource Management Practice*, London: Kogan Page Limited.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & J. Teunissen, (1997). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Educatieve Partners Nederland BV.

Bax, E.B. (2003). *Kansrijk kiezen; Raamwerk voor Strategisch Human Resource Management*. Schoonhoven: Academic Service.

Bergenhengouwen, G.J., Mooiman E.A.M. & Tillema, H.H. (1999). *Strategisch opleiden en leren in organisaties*. Kluwer: Deventer.

Buchanan, D. & Huczynski, A. (2004). *Organizational Behavior; An Introductory Text*. Essex: Pearson Education Limited.

Emans, B. (1990). *Interviewen, theorie, techniek en training*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Haan de, E. (2001). *Leren met collega's; Praktijkboek intercollegiale consultatie*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.

Hicks, E., Bagg, R., Doyle, W. & Young, J.D. (2007). Canadian accountants: examining workplace learning. *Journal of Workplace Learning*, 19 (2), pp. 61-77.

Kessels, J.W.M. & R.F. Poell. (2003). *Human resource development; organiseren van het leren*. Groningen: Kluwer.

Kingma, J. *Inspectie voor de gezondheidszorg*. (2004). *Rapport spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overall goed*. Den Haag.

Kluytmans, F. (2001). *Leerboek Personeelsmanagement*. Groningen: Wolters-Noordhoff.

Leeuw de, A.C.J., (1996). *Bedrijfskundige methodologie; management van onderzoek*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Leeuw de, A.C.H., (2002). *Bedrijfskundig management; Primair proces, strategie en organisatie*, Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Maaten, J. ter et al. (2005). *Opleidingsplan Spoedeisende hulp-Arts*, Groningen: UMCG.

Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative Research Design; An interactive Approach*, London: Sage Publications Ltd.

Merriënboer, J. *Onderwijsraad*. (2002). *Competenties: van complicaties tot compromis. Over schuifjes en begrenzers*. Den Haag,

Miles, R.E. & Snow, C.C. (1994). *Fit, Failure & The Hall of Fame; How Companies Succeed or Fail*. New York: The Free Press.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26 (3), pp. 322-341.

Paloniemi, S. (2006). Experience, competence and workplace learning. *Journal of Workplace Learning*, 18 (7/8), pp. 439-450.

Paul, J.C.L., Van Gils, M.R., Karsten, L., Van Offenbeek, M.A.G. & De Vries, J. (1994). *Organisaties en Gedrag*. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie.

Pols, J., A.R. Yedema & P.M. Boendermaker. (2005). Een explorerend onderzoek naar het takenpakket van artsen in opleiding tot specialist. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24 (5), pp. 220-229.

Spijkerman, R. & Admiraal, D. (2000). *Loopbaancompetentie: Management van Mogelijkheden*. Leiden: Hilarius Publicaties.

Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG), (2006). Position Paper.

62 :  
-----

Verschuren, P.J.M., (1999). De probleemstelling voor een onderzoek. Nieuwegein: Hentenaar boek bv.

Ward, M., Gruppen, L. & Regehr, G. (2002). Measuring Self-assessment: Current State of the Art. *Advances in Health Sciences Education*, 7 (3), pp. 63-80.

Weightman, J, (1994). *Competencies in Action*. Wiltshire: The Cromwell Press.

Whelan, L, (2006). Competency Assessment of Nursing Staff, *Orthopaedic Nursing*. 25 (3), pp. 198-202

## Internet

[www.ccms.nl](http://www.ccms.nl) (10-05-2007)

[www.infed.org](http://www.infed.org) (10-05-2007)

[www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl) (10-05-2007)

[www.nvsha.nl](http://www.nvsha.nl) (25-03-2007)

[www.sosg.nl](http://www.sosg.nl) (10-10-2006)

[www.umcg.nl](http://www.umcg.nl) (10-10-2006)

[www.wenckebachinstituut.nl](http://www.wenckebachinstituut.nl) (10-10-2006)

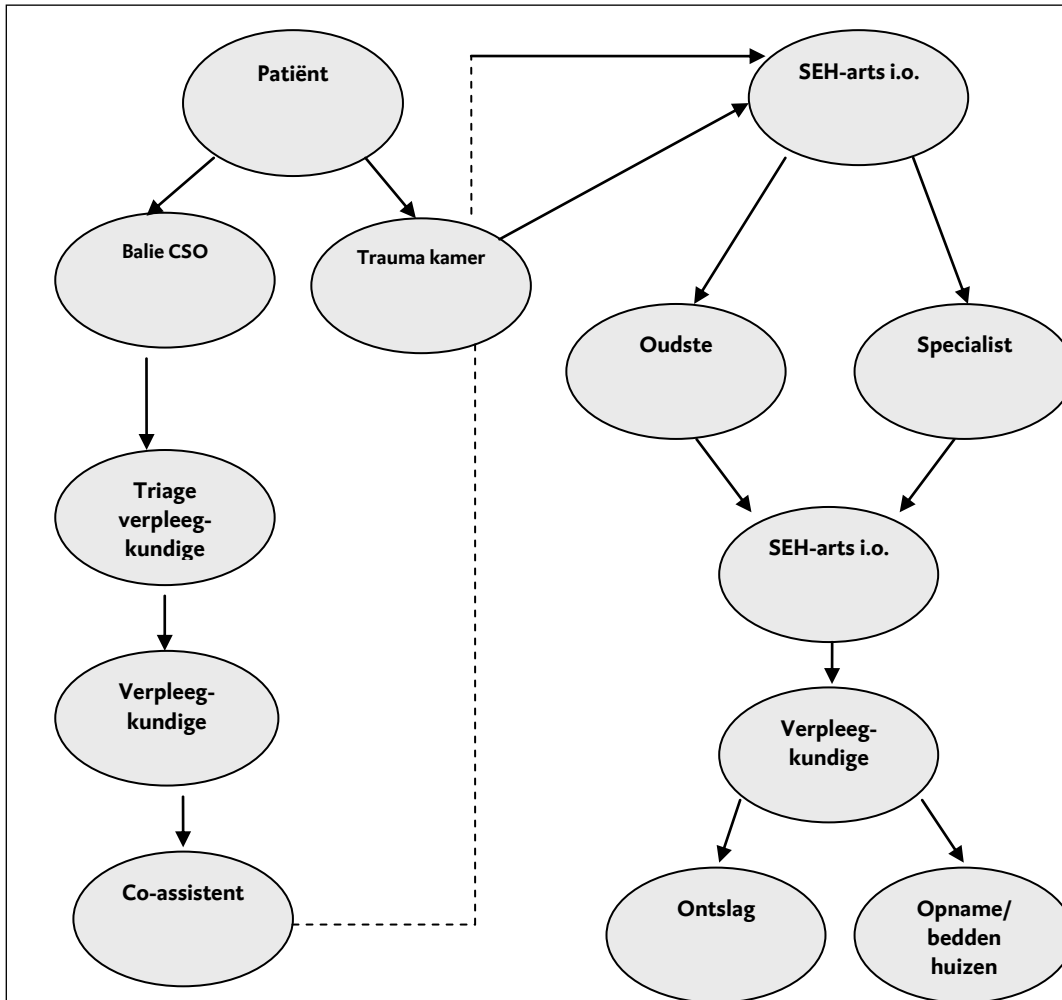
<http://meds.queensu.ca/medicine/obgyn/pdf/CanMEDS.Overview.pdf> (10-05-2007)

## **Bijlagen**

Bijlage 1	Figuur “Productiestroom” CSO	64
Bijlage 2	Algemene Competenties SEH-arts	65
Bijlage 3	Vragenlijsten Document- en Praktijkonderzoek	69
Bijlage 4	Verbindingstabel competenties SEH-arts en de vragen	73
Bijlage 5	Tabellen uitwerkingen Documentonderzoek	78
Bijlage 6	Schema Taken en Taakverdeling bij Interviews	82



Bijlage 1 Figuur “Productiestroom” CSO



Het figuur “productiestroom” geeft een schematisch overzicht van de werkzaamheden op de Centrale Spoedopvang zoals deze naar voren zijn gekomen in het situatieoverzicht van M. Cnossen (2007).

## **Bijlage 2 Algemene Competenties SEH-arts**

Uitgaande van de omschreven positie van de SEH-arts zijn in het curriculum (2006) de volgende algemene competenties geformuleerd.

### **1. Medisch handelen**

**Kennis en vaardigheid** (inclusief diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal)

- verricht snel en efficiënt triage naar urgentie en naar zorgtraject.
- verzamelt snel en efficiënt relevante informatie aangaande de klachten en symptomen van een patiënt door observatie, anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek en verricht zonodig gericht aanvullend diagnostisch onderzoek.
- is specialist in de integrale en specialismenoverstijgende benadering van de patiënt. Hiermee is de SEH-arts in staat om (ook bij de ongedifferentieerde patiënt) op efficiënte wijze een werkdiagnose en differentiaaldiagnose op te stellen.
- verleent medische zorg aan patiënten met een acute zorgvraag en geeft zonodig adviezen voor verdere behandeling en follow-up.
- is specialist in de initiële opvang en resuscitatie van patiënten in acuut levensbedreigende situaties.
- stelt de indicatie tot en voert onderzoeken uit in overeenstemming met de huidige maatstaven van de medische wetenschap.
- stelt de indicatie tot en voert behandelingen uit in overeenstemming met de huidige maatstaven van de medische wetenschap.

**Effectieve en ethisch verantwoorde zorg**

- signaleert bedreigingen voor het medisch, psychisch en sociaal welzijn van de patiënt geeft hieromtrent gerichte adviezen.

- kent de criteria voor het bepalen van wilsonbekwaamheid, handelt in overeenstemming met deze criteria en neemt zonodig beslissingen in het belang van de patiënt.
- kent de criteria en mogelijkheden van donatie, handelt in overeenstemming met deze criteria en neemt zonodig beslissingen in het belang van de patiënt.
- houdt rekening met de forensische aspecten van een presentatie.

**Vinden en toepassen informatie**

- integreert kennis omtrent aandoeningen bij acute presentaties vanuit aangrenzende vakgebieden in de medische besluitvorming.
- integreert kennis omtrent de demografie en epidemiologie van aandoeningen bij acute presentaties in de medische besluitvorming.
- past de kennis van acute en levensbedreigende aandoeningen toe.
- Verzamelt relevante informatie omtrent diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke presentatie, evalueert deze informatie op basis van bewijskracht en toepasbaarheid, en betreft deze in de medische besluitvorming.

### **2. Communicatie**

**Opbouwen effectieve behandelrelaties**

- bouwt een effectieve behandelrelatie op rekening houdend met de sekse, leeftijd en ontwikkelingsniveau, belastbaarheid, levensbeschouwing en cultuurpatroon van de patiënt.
- creëert een sfeer van vertrouwen.

**Luisteren en verkrijgen patiëntinformatie**

- verkrijgt informatie van / over de patiënt die relevant is in de context van een acute presentatie.
- leef zich zo goed mogelijk in, in de situatie van de patiënt, diens begeleiders en andere zorgverleners.

### **Bespreken medische informatie met patiënt en familie**

- informeert de patiënt in begrijpelijke taal zoals beschreven in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO).
- gaat na of de patiënt, of een ander, de informatie heeft begrepen en neemt maatregelen als de informatie niet duidelijk is.
- is in staat lastige of bijzondere gesprekken, zoals slecht nieuws gesprekken, met alle typen patiënten te voeren (waaronder agressieve of eisende patiënten).

### **Verslaglegging**

- registreert patiëntinformatie volledig, duidelijk en tijdig ten behoeve van het patiëntendossier.
- draagt duidelijk en tijdig, aan de juiste persoon en in de juiste vorm, de relevante patiëntgegevens over bij overdracht van verantwoordelijkheden van zorg, en controleert of de informatie zodanig is overgekomen.

## **3. Samenwerking**

### **Doelmatig overleg met andere collegae en zorgverleners**

- werkt intensief samen met SEH-verpleegkundigen, ieder vanuit hun eigen domein, bij de zorg voor patiënten op de SEH-afdeling.
- werkt samen met de andere medisch specialisten en/of andere intra- en extramurale zorgverleners.
- stelt zonodig samen met andere zorgverleners een diagnostiek en behandelplan op.
- werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling.
- kan omgaan met meningsverschillen tussen collega's.

### **Adequaat verwijzen en intercollegiale consultatie**

- verwijst na overleg en indien van toepassing patiënten met acute problematiek gericht naar een ander medische specialisme of zorgverlener.
- houdt rekening met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van andere zorgverleners.
- respecteert en maakt gebruik van de expertise van andere specialismen.

### **Bijdrage aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg**

- evalueert het eigen functioneren en het functioneren van anderen in een multidisciplinair team.
- verleent in teamverband in nauwe samenwerking met andere zorgverleners zorg aan patiënten op de afdeling spoedeisende hulp.
- kent de rol, de deskundigheid en de beperkingen van ieder lid van een multidisciplinair behandelteam en benut deze zo optimaal mogelijk.
- neemt deel aan interdisciplinair overleg en laat zien meningen van anderen te respecteren, overwegen en accepteren en brengt eigen expertise en meningen in.
- heeft kennis van de prehospitalische zorgverlening en vervult daar waar nodig zijn taak.
- heeft een centrale en coördinerende rol in de opvang van patiënten tijdens grootschalige rampen.
- levert een bijdrage aan het optimaal functioneren van de SEH als schakel in de acute zorgketen.
- levert door middel van transmurale samenwerking en overleg een bijdrage aan de ontwikkeling van de acute zorgketen.

## **4. Kennis en wetenschap**

### **Medische informatie kritisch beschouwen**

- formuleert klinische vraagstellingen, weet medische literatuur te vinden en beoordeelt kritisch op basis van 'evidence-based medicine' principes om vragen zo optimaal mogelijk te beantwoorden.
- kan omgaan met situaties waarbij weinig of geen 'evidence-based' gegevens voor handen zijn.

### **Bevorderen en verbreden wetenschappelijke vakkennis**

- levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de spoedeisende geneeskunde door zelf onderzoeks- of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan projecten opgezet vanuit andere disciplines.
- ontwikkelt richtlijnen en protocollen met behulp van gegevens uit andere domeinen.

- publiceert met enige regelmaat in medisch wetenschappelijke tijdschriften op het gebied van de spoedeisende geneeskunde.

#### **Persoonlijk bij- en nascholingsplan**

- blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de spoedeisende geneeskunde.
- stelt een persoonlijk scholingsplan op, op basis van een permanente evaluatie van persoonlijke leerdoelen.

#### **Bevorderen deskundigheid van anderen**

- coördineert en levert een bijdrage aan de opleiding tot SEH-arts.
- zorgt voor een goed opleidingsklimaat op de afdeling spoedeisende hulp.
- levert een bijdrage aan de scholing van co-assistenten, arts-assistenten, verpleegkundigen en overige hulpverleners in de acute hulpverlening.

### **5. Maatschappelijk handelen**

#### **Determinanten van ziekte (her)kennen**

- Herkent atypische presentaties van acute ziektebeelden.
- is in staat vroegtijdig presentaties met epidemische en biologische kenmerken te herkennen en deze te herleiden tot mogelijke gevaren voor de volksgezondheid.

#### **Gezondheid bevorderen**

- bevordert de gezondheid door gerichte acties te ondernemen naar doelgroepen of instanties om de gezondheid van het individu en groepen in de samenleving te bevorderen.
- is in overeenstemming met de huidige maatstaven van de medische wetenschap is staat om preventieve maatregelen toe te passen (isolatie en decontaminatie).

#### **Handelen volgens relevante wettelijke bepalingen**

- kent en handelt volgens de wettelijke bepalingen gesteld in de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

- houdt rekening met en handelt volgens de wettelijke bepalingen conform de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de wet bescherming persoonsgegevens (WBP).
- kent en handelt volgens de gedragsregels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) bij de informatieverstrekking aan en over de patiënt.

#### **Adequaat optreden bij incidenten in de zorg**

- handelt in overeenstemming met protocollen / convenant tussen ziekenhuis en justitie.
- herkent gemaakte fouten binnen de gezondheidszorg en maakt deze bespreekbaar.
- herkent incidenten in de patiëntenzorg en tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken.
- Informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en –instanties.

### **6. Organisatie**

#### **Organiseert werk naar balans**

- is in staat prioriteiten te stellen met betrekking tot het verrichten van diverse werkzaamheden en bij het aansturen van medewerkers op de SEH-afdeling.

#### **Effectief en doelmatig werken**

- heeft inzicht in de organisatie en informatie van de eigen werkgever.
- organiseert het zorgaanbod van acute patiënten.
- coördineert de patiëntenlogistiek en andere processen op de SEH-afdeling.
- is in staat meerdere dingen tegelijk te doen (multi-task, duizendpoot)
- past prioritering toe op nieuwe en urgente situaties.

#### **Verantwoorde besteding beschikbare middelen**

- heeft inzicht in indicatiestelling en financiering van beschikbare middelen.
- houdt bij bestedingen rekening met de beschikbare middelen.

### **Informatietechnologie gebruiken**

- maakt gebruik van informatietechnologie voor het optimaliseren van de patiëntenzorg.
- volgt bij- en nascholingsactiviteiten en andere activiteiten en past de opgedane kennis en vaardigheden toe in de praktijk.
- werkt binnen een kwaliteitssysteem.

## **7. Professionaliteit**

### **Hoogstaande patiëntenzorg**

- bewaakt dat aan de noodzakelijke behoeften van een patiënt wordt voldaan, vanuit een coördinerende rol in een team.
- verleent zorg in overeenstemming met de hoogste maatstaven en ethisch en professioneel gedrag binnen de spoedeisende geneeskunde

### **Professioneel gedrag**

- toont professioneel gedrag rekeninghoudend met de empathie en de eigen vakdeskundigheid.

### **Kennen grenzen eigen competenties**

- kent de grenzen van de eigen competenties.

### **Geneeskunde uitoefenen naar ethische normen**

- verleent op zorgzame, empathische en gewetensvolle wijze geneeskundige zorg zonder vooroordelen.
- handelt conform de geldende beroepscode.

### **Bijlage 3 Vragenlijsten Document- en Praktijkonderzoek**

In deze bijlage zijn twee vragenlijsten opgenomen. In de eerste vragenlijst zijn de vragen per competentiegebied gesteld, deze lijst is gebruikt bij het documentonderzoek. De tweede vragenlijst behelst dezelfde vragen maar geven de vragen weer zoals deze gesteld zijn aan de geïnterviewde SEH-artsen en SEH-artsen in opleiding.

#### **Vragenlijst 1 documentonderzoek**

De vragen zijn genummerd vanaf nummer 3, omdat de eerste 2 vragen algemene vragen zijn die in de interviews worden gesteld.

#### **Competentie Medisch Handelen**

3. Kunt u trieren? Hebt u tijdens uw opleiding de mogelijkheid gehad om trieren te leren?
4. Bent u in staat om informatie over de klachten en symptomen van patiënten te vergaren?
5. Hebt u binnen de opleiding geleerd om een patiënt multidisciplinair te benaderen?
- 8.1 Bent u in staat om zelfstandig medische zorg te verlenen aan een patiënt met een acute zorgvraag?
- 8.2 Bent u in staat om zelfstandig een patiënt te adviseren over het vervolg van de behandeling?
- 9 Kunt u bij patiënten in acuut levensbedreigende situaties de initiële opvang en resuscitatie (reanimatie) doen?
- 10 Bent u door uw opleiding op de hoogte van de huidige maatstaven van de medische wetenschap en weet u hoe u op de hoogte moet blijven? (de actuele stand van zaken)
- 11 Kunt u ook signalen betreffende het psychische en sociale welzijn signaleren?
- 12 Bent u op de hoogte van de criteria van wilsonbekwaamheid?
- 13 Kunt u bij aandoeningen met acute presentatie in de medische besluitvorming de kennis uit andere medisch gerelateerde vakgebieden toepassen?

- 14 Bent u in staat om bij acute levensbedreigende aandoeningen handelend op te treden?
- 15 Bent u in staat om relevante informatie over diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke ziektepresentatie te verzamelen, evalueren en toe te passen?

#### **Competentie Communicatie:**

- 16 Bent u in staat om een effectieve en vertrouwelijke relatie op te bouwen met een patiënt?
- 17 Kunt u zich inleven in de situatie van een patiënt en kunt u naar de patiënt luisteren?
- 18.1 Kunt u omgaan met agressieve patiënten?
- 18.2 Kunt u een slechtnieuwsgesprek met een patiënt voeren?
- 19 Bent u in staat om informatie over een patiënt volledig en duidelijk noteren?
- 20.1 Kunt u omgaan met tijdsdruk?
- 20.2 Bent u in staat om, tijdens de overdracht, uit te leggen wat er die dag is gebeurd en welke patiënten er nog op de CSO aanwezig zijn en waarom?

#### **Competentie Samenwerking:**

- 21 Kunt u samenwerken met de verpleegkundigen op de CSO?
- 22 Kunt u binnen een multidisciplinair team werken? En kunt u binnen die samenwerking uw kennis kwijt?
- 23 Kunt u omgaan met meningsverschillen met/tussen collega's?
- 24 Bent u in staat om een nieuwe patiënt die bij u komt een eerste behandeling te geven en daarna door te verwijzen naar het juiste specialisme?
- 25 Bent u in staat om uw eigen functioneren en dat van anderen in een multidisciplinair team te evalueren?
- 26 Kunt u de sterke en zwakke punten van de medewerkers van de CSO herkennen en hier op inspelen?
- 27 Hebt u kennis van de werkzaamheden van prehospitalen diensten? (bv ambulance/huisarts)
- 28 Weet u hoe u dient te handelen wanneer er een ramp gebeurt? Kunt u dat ook?

### Competentie Organisatie:

- 29 (31) Bent u in staat om het zorgaanbod en de patiëntenlogistiek te coördineren op de CSO?
- 30 (29) Bent u in staat om de noodzakelijke werkzaamheden op de CSO te prioriteren? Kunt u medewerkers aansturen gericht op de prioriteiten die u heeft gesteld?
- 31.1 Weet u welke administratieve werkzaamheden er allemaal plaatsvinden op de CSO?
- 32 Bent u in staat om budgetten op het gebied van kosten en bestedingen op te stellen?
- 33 Bent u in staat om, bij de patiëntenzorg, ICT middelen toe- of in te passen?

### Competentie Kennis en Wetenschap:

- 35.1 Kunt u medische “evidence-based” literatuur vinden om vragen zo scherp mogelijk te beantwoorden?
- 35.2 Hebt u geleerd om te gaan met situaties waarin weinig tot geen “evidence-based” gegevens voor handen zijn?
- 36.1 Bent u in staat om richtlijnen en protocollen toe te passen?
- 36.2 Bent u in staat om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen?
- 37 Kunt u een persoonlijk scholingsplan, op basis van leerdoelen, opstellen?
- 38 Bent u in staat om een bijdrage te leveren aan het opleiden van SEH-artsen en andere werknemers in de acute hulpverlening?

### Competentie Maatschappelijk Handelen:

- 39 Kunt u gevaren voor de gezondheidszorg herkennen uit een atypische presentatie van een acuut ziektebeeld?
- 40 Bent u op de hoogte van relevante wettelijke bepalingen betreffende de gezondheidszorg?
- 41 Bent u in staat om fouten in (medische)processen te herkennen en hier adequate oplossingen voor aan te dragen?

### Competentie Professionaliteit:

- 42 Bent u in staat om de grenzen van uw eigen vaardigheden te herkennen en hiernaar te handelen?
- 43 Bent u in staat om mogelijke vooroordelen die patiënten oproepen te negeren wanneer u de patiënt bijstaat?

### Vragenlijst 2 Interviewschema

Deze vragenlijst geeft een complete weergave van de wijze waarop het interview is gesteld, inclusief de introductie en afsluiting. Vragen met een \* voor de vraag zijn alleen gesteld aan al afgestudeerde SEH-artsen die perifeer werkzaam zijn.

#### Vooraf

- Voorstellen van de interviewers
- Doel aangeven van het interview: Interview in het kader van ons afstudeeronderzoek met betrekking tot de opleiding van SEH-artsen. Dit interview wordt gehouden vanuit de vraag: “In welke opzichten is de opleiding tot SEH-arts doeltreffend”. Doeltreffend wordt gedefinieerd als het kunnen verwerven van de vereiste vaardigheden/competenties binnen de opleiding.
- Tijd aangeven van de duur van het interview: ongeveer 1 uur.
- Uitleggen van de soort vragen: Eerst een aantal open vragen, daarna vragen waar ja/nee op geantwoord kan worden waarbij een toelichting gegeven kan worden.
- Opmachtgever: Dr. Jan ter Maaten, Hoofd SEH-opleiding UMCG
- Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld; bandopname is louter bestemd voor de interviewers.

#### Persoonsgegevens

Geslacht: Man of Vrouw

Functie: SEH-arts

Begindatum van de opleiding tot SEH-arts:

(Verwachte) Einddatum van de opleiding tot SEH-arts:

Voltijd/deeltijd functie:

### Algemene vragen

- \*1. Hoe lang werkt u nu als SEH-arts i.o. op de CSO (wanneer afgestudeerd)?
- 2a. Waarom hebt u gekozen voor de opleiding tot SEH-arts?
- 2b. Bent u meteen na de studie geneeskunde begonnen met de opleiding tot SEH-arts? Zo nee, wat heeft u dan gedaan voor u met de opleiding begon?

### Soort vragen

Gesloten vragen met de bedoeling door te vragen op de volgende manier:

Ja: → waar/hoe aangeleerd

Nee: → toelichting

### Vakinhoudelijk

- 3. Kunt u trieren? Hebt u tijdens uw opleiding de mogelijkheid gehad om trieren te leren?
- 5. Hebt u binnen de opleiding geleerd om een patiënt multidisciplinair te benaderen?
- 13. Kunt u bij aandoeningen met acute presentatie in de medische besluitvorming de kennis uit andere medisch gerelateerde vakgebieden toepassen?
- 9. Kunt u bij patiënten in acuut levensbedreigende situaties de initiële opvang en resuscitatie (reanimatie) doen?
- 14. Bent u in staat om bij acute levensbedreigende aandoeningen handelend op te treden?
- 27. Hebt u kennis van de werkzaamheden van prehospitalen diensten? (bv ambulance/huisarts)
- 28. Weet u hoe u dient te handelen wanneer er een ramp gebeurt? Kunt u dat ook?
- 39. Kunt u gevaren voor de volksgezondheid herkennen uit een atypische presentatie van een acuut ziektebeeld?
- 12. Bent u op de hoogte van de criteria van wilsonbekwaamheid?
- 36. Bent u in staat om richtlijnen en protocollen toe te passen?

- 36a. Bent u in staat om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen?
- 40. Bent u op de hoogte van relevante wettelijke bepalingen betreffende de gezondheidszorg?

### Informatie vergaren/ signaleren

- 4. Bent u in staat om de benodigde informatie over de klachten en symptomen van patiënten te vergaren?
- 19. Bent u in staat om informatie over een patiënt volledig en duidelijk te noteren?
- 15. Bent u in staat om relevante informatie over diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke ziektepresentatie te verzamelen, evalueren en toe te passen?
- 11. Kunt u signalen betreffende het psychische en sociale welzijn van een patiënt herkennen?

### Zelfstandig werken

- 8a. Bent u in staat om zelfstandig medische zorg te verlenen aan een patiënt met een acute zorgvraag?
- 8b. Bent u in staat om zelfstandig een patiënt te adviseren over het vervolg van de behandeling?
- 24. Bent u in staat om een nieuwe patiënt die bij u komt een eerste behandeling te geven en daarna door te verwijzen naar het juiste specialisme?
- 37. Kunt u een persoonlijk scholingsplan opstellen? Bijvoorbeeld op basis van een permanente evaluatie van persoonlijke leerdoelen.
- 20a. Kunt u omgaan met tijdsdruk?

### Communicatie met de patiënt

- 16. Bent u in staat om een effectieve en vertrouwelijke relatie op te bouwen met een patiënt?
- 17. Kunt u zich inleven in de situatie van een patiënt en kunt u naar de patiënt luisteren?
- 18a. Kunt u omgaan met agressieve patiënten?
- 18b. Kunt u een slechtnieuwsgesprek met een patiënt voeren?



43. Bent u in staat om mogelijke vooroordelen die patiënten oproepen te negeren wanneer u de patiënt bijstaat?

### **Communicatie tijdens overdracht**

- 20b. Bent u in staat om, tijdens de overdracht, uit te leggen wat er die dag is gebeurd en welke patiënten er nog op de CSO aanwezig zijn en waarom?

### **Samenwerken**

21. Kunt u samenwerken met de verpleegkundigen op de CSO?
22. Kunt u binnen een multidisciplinair team werken? En kunt u binnen die samenwerking uw kennis kwijt?
25. Bent u in staat om uw eigen functioneren en dat van anderen in een multidisciplinair team te evalueren?
23. Kunt u omgaan met meningsverschillen met/tussen collega's?

### **Leidinggeven**

26. Kunt u de sterke en zwakke punten van de medewerkers van de CSO herkennen en hier op inspelen?
31. Bent u in staat om het zorgaanbod en de patiëntenlogistiek te coördineren op de CSO?
29. Bent u in staat om de noodzakelijke werkzaamheden op de CSO te prioriteren? Kunt u medewerkers aansturen, gericht op de prioriteiten die u heeft gesteld?
38. Bent u in staat hoe u een bijdrage kunt leveren aan het opleiden van SEH-artsen en andere werknemers in de acute hulpverlening?

### **Organisatorische kant**

32. Kunt u budgetten op het gebied van kosten en bestedingen opstellen?
- 31a. Weet u welke administratieve werkzaamheden er allemaal plaatsvinden op de CSO?

33. Kunt u, bij de patiëntenzorg, ICT middelen toe- of inpassen?
40. Bent u in staat om fouten in (medische)processen te herkennen en hier adequate oplossingen voor aan te dragen?

### **Kennis en Wetenschap**

- 35a. Kunt u medische “evidence-based” literatuur vinden om vragen zo scherp mogelijk te beantwoorden?
- 35b. Kunt u omgaan met situaties waarin weinig tot geen “evidence-based” gegevens voor handen zijn?
10. Bent u door uw opleiding op de hoogte van de huidige maatstaven van de medische wetenschap en weet u hoe u op de hoogte moet blijven? (de actuele stand van zaken)

### **Professionaliteit:**

42. Bent u in staat om de grenzen van uw eigen kennis en vaardigheden te herkennen en hiernaar te handelen?

### **Aan extern werkzame SEH-artsen:**

\*2c(4)Sluit uw werk aan bij uw opleiding? Wat doet u meer aan werkzaamheden, waar de opleiding u niet op voorbereidt heeft en wat doet u minder (wel geleerd, maar komt eigenlijk niet voor)?

\*2d(4a)Denkt u dat het werken in een perifeer (“klein”) ziekenhuis weerslag heeft op het takenpakket en de patiënten die u ziet? (In tegenstelling tot bv. Het UMCG)

### **Afsluiting:**

- Hebt u nog andere opmerkingen? m.b.t. tot de opleiding tot SEH-arts.
- Mocht u later nog andere zaken hebben m.b.t. het interview, dan kunt u altijd contact met ons opnemen.
- Bedanken voor de tijd

## Bijlage 4 Verbindingstabel competenties SEH-arts en de vragen

In deze bijlage worden de verbindingen tussen de vragen en de vereiste competenties weergegeven.

Vraag	Competentie
3. Kunt u trieren? Hebt u tijdens uw opleiding de mogelijkheid gehad om trieren te leren?	- verricht snel en efficiënt triage naar urgentie en naar zorgtraject.
4. Bent u in staat om informatie over de klachten en symptomen van patiënten te vergaren?	- verzamelt snel en efficiënt relevante informatie aangaande de klachten en symptomen van een patiënt door observatie, anamnese, heteroanamnese, lichamelijk onderzoek en verricht zonodig gericht aanvullend diagnostisch onderzoek; - Verzamelt relevante informatie omtrent diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke presentatie, evalueert deze informatie op basis van bewijskracht en toepasbaarheid, en betreft deze in de medische besluitvorming.
5. Hebt u binnen de opleiding geleerd om een patiënt multidisciplinair te benaderen?	- is specialist in de integrale en specialismenoverstijgende benadering van de patiënt. Hiermee is de SEH-arts in staat om (ook bij de ongedifferentieerde patiënt) op efficiënte wijze een werkdiagnose en differentiaaldiagnose op te stellen.
8.1 Bent u in staat om zelfstandig medische zorg te verlenen aan een patiënt met een acute zorgvraag? 8.2 Bent u in staat om zelfstandig een patiënt te adviseren over het vervolg van de behandeling?	- verleent medische zorg aan patiënten met een acute zorgvraag en geeft zonodig adviezen voor verdere behandeling en follow-up.
9. Kunt u bij patiënten in acuut levensbedreigende situaties de initiële opvang en resuscitatie (reanimatie) doen?	- is specialist in de initiële opvang en resuscitatie van patiënten in acuut levensbedreigende situaties.
10. Bent u door uw opleiding op de hoogte van de huidige maatstaven van de medische wetenschap en weet u hoe u op de hoogte moet blijven? (de actuele stand van zaken)	- stelt de indicatie tot en voert onderzoeken uit in overeenstemming met de huidige maatstaven van de medische wetenschap.
11. Kunt u ook signalen betreffende het psychische en sociale welzijn signaleren?	- signaleert bedreigingen voor het medisch, psychisch en sociaal welzijn van de patiënt geeft hieromtrent gerichte adviezen.
12. Bent u op de hoogte van de criteria van wilsonbekwaamheid?	- kent de criteria voor het bepalen van wilsonbekwaamheid, handelt in overeenstemming met deze criteria en neemt zonodig beslissingen in het belang van de patiënt.
13. Kunt u bij aandoeningen met acute presentatie in de medische besluitvorming de kennis uit andere medisch gerelateerde vakgebieden toepassen?	- integreert kennis omtrent aandoeningen bij acute presentaties vanuit aangrenzende vakgebieden in de medische besluitvorming; - integreert kennis omtrent de demografie en epidemiologie van aandoeningen bij acute presentaties in de medische besluitvorming.

Vraag	Competentie
14. Bent u in staat om bij acute levensbedreigende aandoeningen handelend op te treden?	- past de kennis van acute en levensbedreigende aandoeningen toe.
15. Bent u in staat om relevante informatie over diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke ziektepresentatie te verzamelen, evalueren en toe te passen?	- Verzamelt relevante informatie omtrent diagnostiek en behandelopties bij patiënten met een onduidelijke presentatie, evalueert deze informatie op basis van bewijskracht en toepasbaarheid, en betreft deze in de medische besluitvorming.
16. Bent u in staat om een effectieve en vertrouwelijke relatie op te bouwen met een patiënt?	- bouwt een effectieve behandelrelatie op rekening houdend met de sekse, leeftijd en ontwikkelingsniveau, belastbaarheid, levensbeschouwing en cultuurpatroon van de patiënt; - creëert een sfeer van vertrouwen.
17. Kunt u zich inleven in de situatie van een patiënt en kunt u naar de patiënt luisteren?	- verkrijgt informatie van / over de patiënt die relevant is in de context van een acute presentatie; - leef zich zo goed mogelijk in, in de situatie van de patiënt, diens begeleiders en andere zorgverleners; - gaat na of de patiënt, of een ander, de informatie heeft begrepen en neemt maatregelen als de informatie niet duidelijk is.
18.1 Kunt u omgaan met agressieve patiënten? 18.2 Kunt u een slechtnieuwsgesprek met een patiënt voeren?	- is in staat lastige of bijzondere gesprekken, zoals slecht nieuws gesprekken, met alle typen patiënten te voeren (waaronder agressieve of eisende patiënten).
19. Bent u in staat om informatie over een patiënt volledig en duidelijk noteren?	- registreert patiëntinformatie volledig, duidelijk en tijdig ten behoeve van het patiëntendossier.
20.1 Kunt u omgaan met tijdsdruk? 20.2 Bent u in staat om, tijdens de overdracht, uit te leggen wat er die dag is gebeurd en welke patiënten er nog op de CSO aanwezig zijn en waarom?	- draagt duidelijk en tijdig, aan de juiste persoon en in de juiste vorm, de relevante patiëntgegevens over bij overdracht van verantwoordelijkheden van zorg, en controleert of de informatie zodanig is overgekomen.
21. Kunt u samenwerken met de verpleegkundigen op de CSO?	- werkt intensief samen met SEH-verpleegkundigen, ieder vanuit hun eigen domein, bij de zorg voor patiënten op de SEH-afdeling; - werkt samen met de andere medisch specialisten en/of andere intra- en extramurale zorgverleners.
22. Kunt u binnen een multidisciplinair team werken? En kunt u binnen die samenwerking uw kennis kwijt?	- stelt zonedig samen met andere zorgverleners een diagnostiek en behandelplan op; - werkt effectief samen binnen multidisciplinaire teams van wisselende samenstelling; - respecteert en maakt gebruik van de expertise van andere specialismen.
23. Kunt u omgaan met meningsverschillen met/tussen collega's?	- kan omgaan met meningsverschillen tussen collega's.
24. Bent u in staat om een nieuwe patiënt die bij u komt een eerste behandeling te geven en daarna door te verwijzen naar het juiste specialisme?	- verwijst na overleg en indien van toepassing patiënten met acute problematiek gericht naar een ander medische specialisme of zorgverlener; - houdt rekening met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van andere zorgverleners.
25. Bent u in staat om uw eigen functioneren en dat van anderen in een multidisciplinair team te evalueren?	- evalueert het eigen functioneren en het functioneren van anderen in een multidisciplinair team;

Vraag	Competentie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verleent in teamverband in nauwe samenwerking met andere zorgverleners zorg aan patiënten op de afdeling spoedeisende hulp.</li> </ul>
26. Kunt u de sterke en zwakke punten van de medewerkers van de CSO herkennen en hier op inspelen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kent de rol, de deskundigheid en de beperkingen van ieder lid van een multidisciplinair behandelteam en benut deze zo optimaal mogelijk;</li> <li>- neemt deel aan interdisciplinair overleg en laat zien meningen van anderen te respecteren, overwegen en accepteren en brengt eigen expertise en meningen in.</li> </ul>
27. Hebt u kennis van de werkzaamheden van prehospitalen diensten? (bv ambulance/huisarts)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft kennis van de prehospitalen zorgverlening en vervult daar waar nodig zijn taak.</li> </ul>
28. Weet u hoe u dient te handelen wanneer er een ramp gebeurt? Kunt u dat ook?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft een centrale en coördinerende rol in de opvang van patiënten tijdens grootschalige rampen.</li> </ul>
29.(31) Bent u in staat om het zorgaanbod en de patiëntenlogistiek te coördineren op de CSO?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- organiseert het zorgaanbod van acute patiënten.</li> <li>- coördineert de patiëntenlogistiek en andere processen op de SEH-afdeling.</li> </ul>
30.(29) Bent u in staat om de noodzakelijke werkzaamheden op de CSO te prioriteren? Kunt u medewerkers aansturen gericht op de prioriteiten die u heeft gesteld?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- is in staat prioriteiten te stellen met betrekking tot het verrichten van diverse werkzaamheden en bij het aansturen van medewerkers op de SEH-afdeling;</li> <li>- heeft inzicht in de organisatie en informatie van de eigen werkgever;</li> <li>- is in staat meerdere dingen tegelijk te doen (multi-task, duizendpoot);</li> <li>- past prioritering toe op nieuwe en urgente situaties.</li> </ul>
31.1 Weet u welke administratieve werkzaamheden er allemaal plaatsvinden op de CSO?	
32. Bent u in staat om budgetten op het gebied van kosten en bestedingen op te stellen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft inzicht in indicatiestelling en financiering van beschikbare middelen;</li> <li>- houdt bij bestedingen rekening met de beschikbare middelen.</li> </ul>
33. Bent u in staat om, bij de patiëntenzorg, ICT middelen toe- of in te passen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maakt gebruik van informatietechnologie voor het optimaliseren van de patiëntenzorg;</li> <li>- volgt bij- en nascholingsactiviteiten en andere activiteiten en past de opgedane kennis en vaardigheden toe in de praktijk;</li> <li>- werkt binnen een kwaliteitssysteem.</li> </ul>
35.1 Kunt u medische "evidence-based" literatuur vinden om vragen zo scherp mogelijk te beantwoorden?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- formuleert klinische vraagstellingen, weet medische literatuur te vinden en beoordeelt kritisch op basis van 'evidence-based medicine' principes om vragen zo optimaal mogelijk te beantwoorden.</li> </ul>
35.2 Hebt u geleerd om te gaan met situaties waarin weinig tot geen "evidence-based" gegevens voor handen zijn?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kan omgaan met situaties waarbij weinig of geen 'evidence-based' gegevens voor handen zijn.</li> </ul>
36.1 Bent u in staat om richtlijnen en protocollen toe te passen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontwikkelt richtlijnen en protocollen met behulp van gegevens uit andere domeinen.</li> </ul>
36.2 Bent u in staat om richtlijnen en protocollen te ontwikkelen?	
37. Kunt u een persoonlijk scholingsplan, op basis van leerdoelen, opstellen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- blijft op de hoogte van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen op het gebied van de spoedeisende</li> </ul>

Vraag	Competentie
	geneeskunde; - stelt een persoonlijk scholingsplan op, op basis van een permanente evaluatie van persoonlijke leerdoelen.
38. Bent u in staat om een bijdrage te leveren aan het opleiden van SEH-artsen en andere werknemers in de acute hulpverlening?	- levert een bijdrage aan de ontwikkeling van het wetenschappelijk domein van de spoedeisende geneeskunde door zelf onderzoeks- of kwaliteitsprojecten op te zetten dan wel deel te nemen aan projecten opgezet vanuit andere disciplines; - coördineert en levert een bijdrage aan de opleiding tot SEH-arts; - zorgt voor een goed opleidingsklimaat op de afdeling spoedeisende hulp; - levert een bijdrage aan de scholing van co-assistenten, arts-assistenten, verpleegkundigen en overige hulpverleners in de acute hulpverlening.
39. Kunt u gevaren voor de gezondheidszorg herkennen uit een atypische presentatie van een acuut ziektebeeld?	- Herkent atypische presentaties van acute ziektebeelden; - is in staat vroegtijdig presentaties met epidemische en biologische kenmerken te herkennen en deze te herleiden tot mogelijke gevaren voor de volksgezondheid.
40. Bent u op de hoogte van relevante wettelijke bepalingen betreffende de gezondheidszorg?	- informeert de patiënt in begrijpelijke taal zoals beschreven in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO); - kent en handelt volgens de wettelijke bepalingen gesteld in de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG); - houdt rekening met en handelt volgens de wettelijke bepalingen conform de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de wet bescherming persoonsgegevens (WBP); - kent en handelt volgens de gedragsregels van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) bij de informatieverstrekking aan en over de patiënt. - handelt in overeenstemming met protocollen / convenant tussen ziekenhuis en justitie.
41. Bent u in staat om fouten in (medische)processen te herkennen en hier adequate oplossingen voor aan te dragen?	- herkent gemaakte fouten binnen de gezondheidszorg en maakt deze bespreekbaar; - herkent incidenten in de patiëntenzorg en tracht deze door bespreking en verbetering van processen hanteerbaar te maken; - Informeert de patiënt desgewenst over klachtenprocedures en –instanties.
42. Bent u in staat om de grenzen van uw eigen vaardigheden te herkennen en hiernaar te handelen?	- bewaakt dat aan de noodzakelijke behoeften van een patiënt wordt voldaan, vanuit een coördinerende rol in een team; - verleent zorg in overeenstemming met de hoogste maatstaven en ethisch en professioneel gedrag binnen de spoedeisende geneeskunde;

Vraag	Competentie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toont professioneel gedrag rekeninghoudend met de empathie en de eigen vakdeskundigheid;</li> <li>- kent de grenzen van de eigen competenties.</li> </ul>
43. Bent u in staat om mogelijke vooroordelen die patiënten oproepen te negeren wanneer u de patiënt bijstaat?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verleent op zorgzame, empathische en gewetensvolle wijze geneeskundige zorg zonder vooroordelen.</li> </ul>

**Competenties waar in de vragenlijst geen vragen over gesteld worden:**

- kent de criteria en mogelijkheden van donatie, handelt in overeenstemming met deze criteria en neemt zonnodig beslissingen in het belang van de patiënt;
- houdt rekening met de forensische aspecten van een presentatie;
- levert een bijdrage aan het optimaal functioneren van de SEH als schakel in de acute zorgketen.
- levert door middel van transmurale samenwerking en overleg een bijdrage aan de ontwikkeling van de acute zorgketen;
- publiceert met enige regelmaat in medisch wetenschappelijke tijdschriften op het gebied van de spoedeisende geneeskunde;
- bevordert de gezondheid door gerichte acties te ondernemen naar doelgroepen of instanties om de gezondheid van het individu en groepen in de samenleving te bevorderen;
- is in overeenstemming met de huidige maatstaven van de medische wetenschap is staat om preventieve maatregelen toe te passen (isolatie en decontaminatie);
- handelt conform de geldende beroepscode.

Er is gezien het korte bestaan van de opleiding tot SEH-arts besloten om de bovenstaande acht competenties in de vragenlijst buiten beschouwing te laten. De meeste van de competenties vergen in de ogen van de onderzoeker een langere inbedding in de keten van medische zorg om goed tot uiting te kunnen komen.

## Bijlage 5 Tabellen uitwerkingen Documentonderzoek

### Competentie Medisch Handelen (vraag 5 t/m15)

Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	8a, 9
Intensive Care	4 maanden	4, 9, 10, 11, 12, 14
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	4, 10, 11, 14, 15
Chirurgie (1)	3 maanden	3, 4, 13, 14, 15
Cardiologie	3 maanden	4, 9, 14
Longziekten	2 maanden	4, 9, 14
Neurologie	2 maanden	4, 8a, 10, 13, 14, 15
Kindergeneeskunde	2 maanden	3, 4, 5, 9, 11, 13, 14, 15
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven (Chirurgie1)
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven (IG 1)
Huisartsgeneeskunde	2 weken	3, 4, 5, 13
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven (Anesthesie)
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	3, 4, 5, 8a, 8b, 9, 13, 14, 15
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	3, 4, 5, 8a, 8b, 9, 13, 14

78

### Competentie Communicatie (Vraag 16 t/m 20b)

Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	20b
Intensive Care	4 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Chirurgie (1)	3 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Cardiologie	3 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Longziekten	2 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Neurologie	2 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Kindergeneeskunde	2 maanden	16, 17, 18b, 19, 20b
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	19
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	19, 20a, 20b
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	20a, 20b

**Competentie Samenwerking (vraag 21 t/m 28)**

Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	27
Intensive Care	4 maanden	
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	
Chirurgie (1)	3 maanden	22
Cardiologie	3 maanden	22
Longziekten	2 maanden	
Neurologie	2 maanden	22
Kindergeneeskunde	2 maanden	
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	27
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	21, 22
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	21, 22

**Competentie Organisatie (vragen 29 t/m 33)**

Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	
Intensive Care	4 maanden	
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	
Chirurgie (1)	3 maanden	
Cardiologie	3 maanden	
Longziekten	2 maanden	
Neurologie	2 maanden	31
Kindergeneeskunde	2 maanden	
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	29, 32
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	29, 32



**Competentie Kennis en Wetenschap** (vraag35a t/m 38)

Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	35a, 35b
Intensive Care	4 maanden	35a, 35b, 36
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	35a, 35b
Chirurgie (1)	3 maanden	
Cardiologie	3 maanden	35a
Longziekten	2 maanden	
Neurologie	2 maanden	35a, 36
Kindergeneeskunde	2 maanden	35a, 35b, 36
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	35a, 36
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	35a
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	

**Competentie Maatschappelijk Handelen** (Vraag 39 t/m 41)

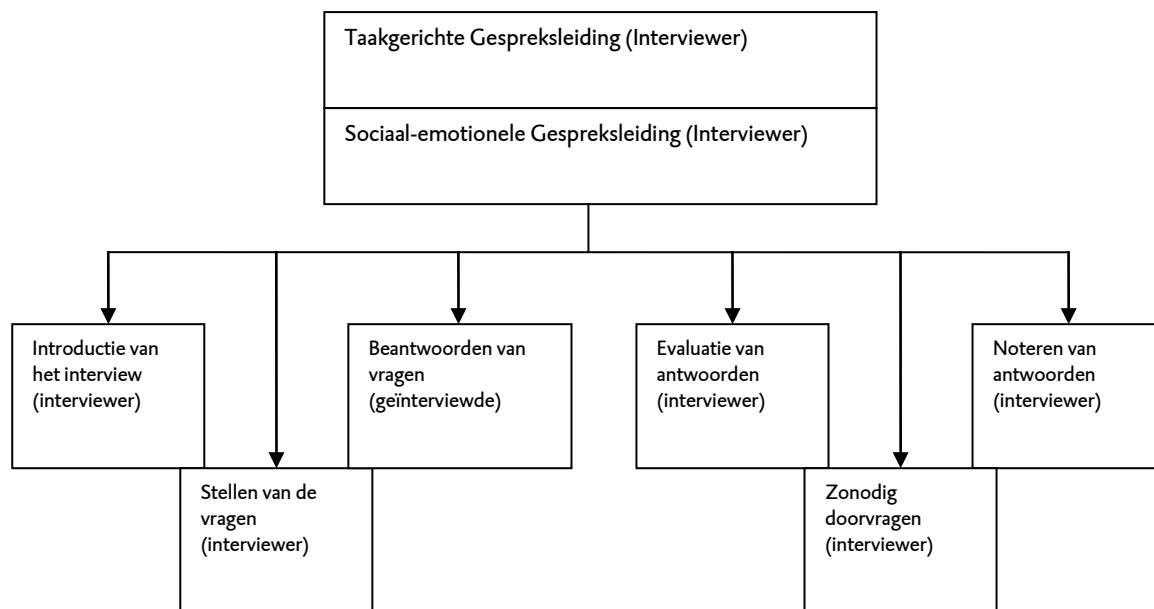
Stage	Duur	Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten
Anesthesie	3 maanden	
Intensive Care	4 maanden	
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	
Chirurgie (1)	3 maanden	
Cardiologie	3 maanden	
Longziekten	2 maanden	
Neurologie	2 maanden	
Kindergeneeskunde	2 maanden	
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	39
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	

**Competentie Professionaliteit (Vraag 42 en 43)**

<b>Stage</b>	<b>Duur</b>	<b>Vragen beantwoordt in opleidingsdocumenten</b>
Anesthesie	3 maanden	
Intensive Care	4 maanden	
Interne Geneeskunde (1)	3 maanden	
Chirurgie (1)	3 maanden	
Cardiologie	3 maanden	
Longziekten	2 maanden	
Neurologie	2 maanden	
Kindergeneeskunde	2 maanden	
Chirurgie (2)	3 maanden	Zie boven
Interne Geneeskunde (2)	2 maanden	Zie boven
Huisartsgeneeskunde	2 weken	
Anesthesiologie	2 weken (herhalingsstage)	Zie boven
SEH-generalistisch in UMCG	3 maanden	42
SEH-generalistisch in Wilhelminaziekenhuis Assen of elders. Combi mogelijk met buitenland stage	5 maanden	42

## Bijlage 6 Schema Taken en Taakverdeling bij Interviews

---



82

Hierbij wordt de aanname gedaan dat de lezer inzicht heeft om zich de taken van de interviewer en de geïnterviewde te kunnen voorstellen. Het onderscheidt tussen taakgerichte- en sociaal-emotionele gespreksleiding is als volgt weer te geven (Emans, 2002):

Taakgerichte gespreksleiding houdt in:  
Zorgen voor de materiele condities (tijd, middelen en omgeving) die nodig zijn voor de uitvoering van de taken door beide gespreksdeelnemers;  
Zorgen voor duidelijkheid, zodat beide gespreksdeelnemers voortdurend voor ogen hebben wat er van henzelf en hun gespreksgenoot wordt verwacht; taken toewijzen en uitleggen wat de bedoeling is;

Corrigerend optreden als een der gespreksdeelnemers dysfunctioneel bezig is.

Sociaal-emotionele gespreksleiding houdt in:  
Maatregelen treffen, opdat beide deelnemers gemotiveerd en ontspannen aan het interview meewerken;  
Ervoor zorgen dat geen van beide deelnemers met onvervulde wensen en behoeften blijft zitten, waardoor hun gerichtheid op het interview wordt geblokkeerd.

Bij het uitvoeren van interviews werd naast de taakverdeling die Emans (2002) vastgesteld heeft ook gewerkt met zijn grondregel voor het stellen van vragen. Deze grondregel luidt dat men geen vragen overslaat, de

voorgeschreven volgorde aanhoudt (zoals deze in het interviewschema benoemd zijn) en dat de voorgeschreven woordkeus en formuleringen letterlijk aangehouden worden. Deze regels verhogen de consistentie van de vragen die gesteld zijn aan de geïnterviewden en zorgt er op deze wijze voor dat de vragen uniformer beantwoord worden. Zodat de betrouwbaarheid van de resultaten wordt verhoogd.