



VERENIGING HUISARTSENPOSTEN NEDERLAND

Twée en één samen is geen anderhalf

Een kwalitatieve, landelijke inventarisatie samenwerkingsverbanden HAP en SEH



Luc Coenen

Augustus 2009

MANAGEMENTSAMENVATTING

Dit rapport is een landelijke inventarisatie van de organisatorische ontwikkelingen van huisartsenpost(HAP) en spoedeisende hulp(SEH). Het is uitgevoerd in de periode van februari 2009 tot en met juni 2009 doormiddel van het afnemen van vragenlijsten en interviews met managers van HAP en SEH. Hierbij was de kant van de huisartsen oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie. Doel van het onderzoek was een kritische beschouwing van de populair geworden opvatting dat de huisartsenpost en de spoedeisende hulp samen moeten werken. De toevoeging van dit onderzoek is dat het vraagstuk benaderd wordt door het op te vatten als een verandering van een sociale constructie.

Resultaat is niet zozeer een harde waarheid, maar meer inzicht in de processen die spelen bij de organisatie van acute zorg in het algemeen en samenwerking van HAP en SEH in het bijzonder.

HAP en SEH zijn publieke dienstverlenende organisaties. Managers nemen als uitgangspunt voor de organisatie van de dienstverlening drie verschillende perspectieven. Namelijk een perspectief op de patiënt, een perspectief op de aanbodkant van de dienst en een perspectief dat als uitgangspunt de overheidsregels neemt.

In het onderzoek is naar voren gekomen dat het uitvoeren van deze taak twee grote uitdagingen kent voor het management. Ten eerste doelmatigheid en ten tweede werkdruk. Hiernaast zijn er ook enkele knelpunten bij de organisatie van acute zorg. Ten eerste is dit het gebrek aan competenties van patiënten om goede beslissingen te nemen. Ten tweede de onverenigbaarheid van goed en goedkoop in het begrip doelmatig. Tot slot beperkt de bekostiging de organisaties op verschillende manieren.

De organisatie is een menselijk proces, waardoor subjectiviteit, contextualiteit en onzekerheid een grote rol spelen. Een perfect, rationeel stelsel bestaat niet, maar kan slechts benaderd worden. De belangrijkste ontwikkeling voor kwaliteitsverbetering van de acute zorg is de samenwerking van huisartsenpost en spoedeisende hulp.

Het is een populair middel, want slechts 15% van de huisartsenposten die de mogelijkheid hebben om dit te doen hebben geen samenwerking. Gekozen modellen zijn bijna allemaal modellen met twee onafhankelijke organisaties, vanwege de complementariteit van hun functies. Op deze manier worden wel de voordelen van samenwerking verkregen, maar de nadelen beperkt.

De specialisatie van de aanbieders op hun eigen werkgebied draagt bij aan de werkdruk en de productiviteit. Samenwerking verbetert de coördinatie van de verschillende kernfuncties van de twee organisaties, het neemt onduidelijkheid weg bij de patiënt en zorgt voor een flexibele inzet van

personeel en kapitaal. Nadelen zijn de onverenigbaarheid van twee verschillende organisaties, een niet passende bekostiging en een verschuiving van de werkdruk richting de HAP. Voordelen overstijgen in veel gevallen de nadelen, maar integratie is een onmogelijkheid op grond van het menselijke aspect. Verder is de samenwerking een grote investering van beide organisaties. Samenwerkingsverbanden verschillen per organisatie, door andere lokale omstandigheden. Aan elke samenwerking gaat dan ook een intensief leerproces vooraf.

Implicaties voor verder onderzoek zijn:

- ❖ Beter onderzoek onder ziekenhuizen
- ❖ Onderzoeken of de strategieën van de managers de gevolgen hebben die zij aannemen te hebben
- ❖ Onderzoek naar niet-samenwerken van HAP en SEH om beide scenario's goed te kunnen vergelijken.

Voorwoord

De onderzoeksvraag die wordt beantwoord in dit rapport is hoe de huisartsenpost en de spoedeisende hulp zich organisatorisch ontwikkelen. Deze vraag is actueel, omdat de organisaties zich volgens beleidsmakers anders moeten gaan organiseren. Het heersende ideaal beeld op beleidsniveau is de zogeheten "Spoedpost". Een volledig geïntegreerde organisatie, die zowel de spoedeisende hulp als de huisartsenpost omvat. Hoe een dergelijke organisatie eruit ziet is voor een groot deel onbekend en vaag. Samenwerkingen zijn gebaseerd op hoopvolle verwachtingen, maar worden tegelijkertijd niet ondersteund door uitgebreide praktijkervaring.

Dit onderzoek beschrijft doormiddel van een kwalitatief onderzoek - gebaseerd op interviews en vragenlijsten aan de kant van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp - hoe beide organisaties zich ontwikkelen. Bewust is als invalshoek gekozen voor de experts uit het veld, die dagelijks bezig zijn met het vormgeven aan de mogelijke samenwerkingsverbanden. Doel van het onderzoek is niet om een simpel "voor" of "tegen" uit te spreken ten aanzien van samenwerkingsverbanden. Het doel is juist om een genuanceerde beschrijving te geven van de voor- en nadelen van samenwerken in een snel veranderend zorgstelsel. Met deze informatie kan er beter en gericht invulling worden gegeven aan het begrip "Spoedpost". Hopelijk biedt het onderzoeksrapport waardevolle inzichten voor bestuurders, beleidsmakers en andere geïnteresseerden.

De volgende mensen ben ik erg erkentelijk voor hun hulp bij het tot stand brengen van het onderzoeksrapport.

Allereerst wil ik Christel van Vugt bedanken voor haar grote bijdrage aan dit project. Als opdrachtgever heeft zij mij intensief begeleid gedurende de onderzoeksperiode. Met haar kennis van de acute zorg heb ik in veel gevallen mijn voordeel kunnen doen. Bovendien heeft zij meegelezen met eerdere versies van het rapport en op basis van haar kritische blik zijn vele inzichten aangescherpt. Specifieke bijdrage is de totstandkoming van de vragenlijst waarop hoofdstuk 10 en bijlage 1 gebaseerd is. Bovendien ontdekte ik door haar kritische opmerkingen een bias in het denken over spoedzorg.

Hiernaast wil ik de VHN als organisatie bedanken voor de kans en het vertrouwen om op dit belangrijke onderwerp te kunnen afstuderen.

Ook Marja Gastelaars van de universiteit Utrecht heeft actief meegelezen met het rapport en dankzij haar expertise op het gebied van onderzoek naar dienstverlenende organisaties heeft het rapport meer diepgang gekregen.

Luc Coenen

Juli 2009

Inhoudsopgave

<u>Deel 1 Introductie</u>	<u>7</u>
Hoofdstuk1 Inleiding en aanleiding	8
Hoofdstuk 2 Onderzoeksontwerp	12
Hoofdstuk 3 De setting	19
3.1 Organisatie acute zorg	19
3.2 Huisartsenpost	22
3.3 Spoed Eisende Hulp	27
3.4 Managers	32
<u>Deel 2 Algemene principes</u>	<u>34</u>
Hoofdstuk 4 Samenwerken en veranderen	35
4.1 Veranderen	38
Hoofdstuk 5 Acute zorg	44
5.1 Wat is acute zorg?	44
5.2 Wat doen HAP en SEH	48
<u>Deel 3 Sturing organisaties</u>	<u>52</u>
Hoofdstuk 6 De spoedeisende patiënt	53
6.1 Patiënten in de acute zorg	53
6.2 Grondslag hulpvraag	56
6.3 De incompetente patiënt	58
6.4 Patiëntenperspectieven	62
Hoofdstuk 7 Zorgaanbod	64
7.1 Werkdruk	64
7.2 Afstemmen aanbod op vraag	69
7.3 Het probleem oplossen of er mee omgaan?	75
7.4 Aanbodperspectieven	79
Hoofdstuk 8 De bekostiging	81
8.1 Huisartsendomein	81
8.2 Ziekenhuisfinanciering	84

8.3 Met Spoed en Marktwerking	85
8.4 De zorgverzekeraar	88
8.5 Het financiële perspectief	89
<u>Deel 4 Praktijk</u>	<u>92</u>
Hoofdstuk 9 Vertrekpunten en discussiepunten	93
9.1 Managen is mensenwerk	94
9.2 Vertrekpunten	96
9.3 Andere taakherschikkingen?	100
9.4 Vraagstukken en discussiepunten	101
9.5 Complex management acute zorg	108
Hoofdstuk 10 Stand van zaken	110
10.1 Feiten	110
10.2 Interpretatie feiten	111
10.3 Complexiteit en contextualiteit	112
Hoofdstuk 11 Partnerschappen	115
11.1 Ontwikkeling samenwerkingsverbanden	127
Hoofdstuk 12 Toekomst HAP en SEH	130
<u>Bibliografie</u>	<u>138</u>

Bijlage 1: Overzicht stand van zaken huisartsenposten

Bijlage: 2 Digitale Schriftelijke Interview(DSI) zoals afgenomen de HAP

Bijlage 3 Digitale Schriftelijke Interview (DSI) zoals afgenomen op de SEH

Deel 1 Introductie

In dit deel van het onderzoeksrapport wordt het onderwerp en het onderzoek nader geïntroduceerd.

Hoofdstuk 1 Inleiding en aanleiding

Huisartsenposten (HAP) en Spoedeisende Hulpen (SEH) zijn organisaties die opereren in hetzelfde deelgebied van de gezondheidszorg. Beide organisaties leveren acute zorg. Men spreekt van acute zorg, als medische klachten direct behandeld moeten worden. Patiënten die van mening zijn dat hun medische probleem direct behandeld moet worden kunnen kiezen voor het bellen van het alarmnummer 112, het alleen bellen van een huisartsenpost of naar een spoedeisende hulp gaan van een ziekenhuis. Overigens gelden deze mogelijkheden in de Avond, Nacht en Weekend (ANW), omdat dan alleen de huisartsenposten geopend zijn. De scope van het onderzoek is dus gericht op de gezondheidszorg buiten kantooruren.

Op deze momenten zijn er twee verschillende instanties (zowel HAP als SEH) die patiënten behandelen en dat is op het eerste gezicht inefficiënt en verwarrend. Sinds ongeveer vijf jaar wordt er daarom nagedacht over een zorgmodel met slechts één aanbieder van acute zorg, de zogeheten Spoedpost. In deze organisatie moeten huisartsen en ziekenhuis samen zorg dragen voor het leveren van de acute zorg. Een dergelijke rigoureuze verandering van het zorgstelsel vereist veel en gedegen onderzoek naar eigenschappen en gevolgen van het nieuwe model. Bovendien kent dit model nog vele nieuwe mogelijkheden om invulling te geven aan de zorg voor patiënten. Het soort en de mate van gezamenlijkheid van de twee organisaties is van grote invloed op competenties van het systeem. Dit rapport is een bijdrage aan het begrip van de mogelijkheden tot samenwerking van de spoedeisende hulp en de huisartsenpost. Het maatschappelijk belang van deze samenwerkingen is groot, omdat de ontwikkeling hiervan direct invloed heeft op de gezondheid van mensen in nood.

De opdracht voor dit onderzoeksrapport is in februari 2009 uitgegeven door de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). Dit is de branchevereniging van de huisartsenposten in Nederland. De VHN wilde graag een ander, aanvullend onderzoek doen naar samenwerkingsverbanden dan dat er tot nu toe is gedaan. Eerder onderzoek richtte zich voornamelijk op de vraag wat de stand van zaken is met betrekking tot het samenvoegen van SEH en Spoedpost. Grol, Giesen, Schrijvers, Uden en van Baar (Grol et al. 2005) hebben in 2005 een samenvatting gemaakt van verschillende, eerdere onderzoeken naar Spoedposten. Uit deze samenvatting blijkt dat conclusies van onderzoeksrapporten neigen naar een ontwikkeling richting de Spoedpost. Dit vanuit de gedachte dat verregaande samenwerking een "win-win situatie" kan opleveren voor zowel HAP als SEH. (Grol et al. 2005) Doel is doeltreffendere, efficiëntere en meer op de patiënt afgestemde spoedzorg. De overheid en beleidsmakers zijn van mening dat de eerstelijnsgezondheidszorg meer zorg moet gaan leveren ten opzichte van de tweede lijn, omdat dit goedkoper en beter zou zijn. (Klink, Bussemaker 2008, Ham

1998, NZa 2008) Een belangrijk gevolg is dus dat er patiënten gaan verschuiven van de spoedeisende hulp, naar de huisartsenpost.

Grol en anderen hebben dan ook geformuleerd dat zij graag wilden zien dat er meer onderzoek zou komen naar het fenomeen Spoedpost. Toch bestaan er in het veld nu al hoge verwachtingen van de mogelijkheden van de Spoedpost. Deze verwachtingen zijn samengevat in een artikel in Medisch Contact (Giesen et al. 2007) Hieronder citeer ik hun verwachtingen met betrekking tot de Spoedpost.

“1. De patiënt krijgt duidelijkheid: Deze hoeft geen keuze te maken tussen meerdere zorgaanbieders buiten kantoor tijd en is altijd aan het juiste loket.

2. De toenemende stroom zelfverwijzers op de SEH buigt af in de richting van de HAP, waardoor lange wachttijden op de SEH, onnodig kostbare zorg en mogelijk ook medicalisering van laagcomplex klachten en zelfzorgproblemen afnemen. Voor deze laagurgente zorg kan de HAP een even goede kwaliteit leveren als de SEH.

3. De huidige inefficiënte inzet van mensen en middelen vanwege de parallel werkende zorgaanbieders (HAP en SEH) neemt af. Dit geldt vooral voor de nachtelijke uren, waarin momenteel twee teams paraat staan voor slechts weinig patiëntencontacten. De ervaren werkdruk, die gerelateerd is aan piekbelasting, zou gereguleerd kunnen worden door wederzijdse inzet bij dreigende overbelasting

4. De arbeidsvreugde neemt toe doordat de hulpverlener werk doet waarvoor hij is opgeleid en er wederzijdse medisch inhoudelijke kruisbestuiving plaats vindt.

5. Het cultuurverschil en onbegrip tussen eerste- en tweedelijns hulpverleners neemt af, doordat deze meer samenwerken en elkaar beter leren kennen.

6. (...) Bovendien neemt door betere afstemming van het medische beleid tussen huisarts en specialist het aantal doublures en fouten af.”

Een vijf jaar oud rekenvoorbeeld kwantificeerde de verwachtingen van de onderzoekers. De besparing voor alle zorgverzekeraars in Nederland samen zou kunnen uitkomen op een bedrag tussen de 15 en de 50 miljoen euro per jaar. (Balestra et al. 2004)

Echter, uit een rapport dat de VHN in 2007 heeft laten opstellen blijkt dat er *“nog niet veel ervaring met geïntegreerde samenwerkingsmodellen is en bovendien bestaat er geen hard bewijs dat verregaande samenwerking tussen HAP en SEH de geconstateerde knelpunten inderdaad oplost zoals hierboven geschetst”*. (Vermue, Giesen & Huiberts 2007) Uit deze inventarisatie blijkt dat de door de overheid gewenste en door het veld logisch lijkende ontwikkeling wel op grote schaal in gang is gezet. Deze lijn van redeneren volgend, lijkt het een logische stap om verder onderzoek te doen naar het samenwerken van HAP en SEH. Zeker omdat andere onderzoekers de verwachting uitspraken dat

samenwerking niet zonder problemen zou. Men vreesde dat cultuurverschillen de gewenste ontwikkeling zou tegenhouden. (Balestra et al. 2004)

Mijns inziens is het zeer waardevol om het fenomeen Spoedpost te benaderen met een kwalitatief onderzoek. Voor deze andere benadering heb ik drie argumenten.

Ten eerste geeft het bestaande onderzoek een waardevol, maar nog niet volledig beeld van de situatie. Al het onderzoek tot nu toe is statistisch onderbouwd onderzoek. Slechts de snelheid en omvang van de ontwikkeling worden gemeten. Dit soort onderzoek doet niet volledig recht aan de wereld die zij onderzoekt. Er is behoefte aan onderzoek dat kijkt naar achtergronden, proces en gevolgen van de gewenste ontwikkeling voor het ontwikkelen van een goed organisatiemodel. Tevens ontbreekt in deze onderzoeken het menselijke aspect van samenwerken en veranderen, terwijl dit cruciaal is voor elke organisatie.

Ten tweede is het met de bestaande onderzoeken moeilijk om de wenselijkheid van een intensivering van de samenwerking te beoordelen. Impliciet in deze onderzoeken blijven de normen en aannames van de ontwikkeling richting Spoedpost. Een zeer duidelijke illustratie van deze onderzoekspraktijk is terug te zien in de tussenevaluatie van de Spoedposten Waterland en Haarlem-Zuid. (Kamphuis et al. 2007) In dit rapport worden kwalitatieve data, waaruit blijkt dat er weerstand en onvrede bestaat over de ontwikkeling naar Spoedpost, getypeerd als "hobbels". Implicatie hiervan is dat ze a) te overwinnen zijn, b) dat de weg zelf niet ter discussie staat. Uit de kwalitatieve data van het rapport - verzameld op een HAP die nog niet samenwerkt met een SEH - is te lezen dat alle geïnterviewden verwachten dat de kwaliteit van de zorg achteruitgaat bij de introductie van een samenwerking. (Kamphuis et al. 2007) Slechts één pagina verder wordt de ontevredenheid van werknemers, die wel werkzaam zijn in een samenwerkende HAP getypeerd als, *"niet verrassend, want veranderingen gaan altijd gepaard met ontevreden werknemers"*. Dit laatste is op zichzelf een begrijpelijke en algemeen erkende conclusie. Naar aanleiding van de eerder geformuleerde negatieve verwachtingen verdient het echter aanbeveling om deze weerstand inhoudelijk beter te onderzoeken.

Een ander argument voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek, gericht op de inhoud van het samenwerken van SEH en HAP, is de onevenredige vertegenwoordiging van beleidsmakers in de beleidsdiscussie. De aangehaalde statistische onderzoeken testen de assumpties van de onderzoekers in de praktijk. Gezien de uitgebreide ervaring van de respondenten met het probleem in de praktijk, lijkt het echter waardevol om de rollen een keer om te draaien. Dus als aanvulling op bestaande rapportages, een onderzoek doen dat de assumpties en ideeën van de mensen in het veld centraal stelt. (Alvesson, Deetz 2000) Hierbij onderkent dit onderzoek de grote waarde van het woord "samen" bij een samenwerking. Andere onderzoeken hebben zich gericht op één kant van het verhaal,

hierbij of de huisartsenpost of de spoedeisende hulp uitsluitend. In dit onderzoek zijn zowel ziekenhuizen als huisartsenposten ingesloten. Op de wijze hoe dit heeft uitpakkt zullen we later terugkomen.

Tot slot zal gaandeweg de presentatie van de onderzoeksbevindingen specifieke aandacht worden geschonken aan het thema “verandering”. Samenwerking betekent namelijk dat de organisaties aangepast moeten worden aan een nieuwe situatie. Het veranderingsvraagstuk speelt dan ook een grote rol bij de samenwerkingsverbanden en krijgt hierom speciale aandacht.

Positionering onderzoeker en onderzoek

Na een eenvoudige sollicitatieprocedure, bestaande uit het een gesprek en het inleveren van eerder werk in januari 2009, ben ik februari 2009 begonnen als projectmedewerker van de VHN. Ik heb het onderzoek dan ook uitdrukkelijk verricht onder de vlag van de VHN. Zo beschikte ik bijvoorbeeld over visitekaartjes en een e-mailadres van de VHN. Mijn positie heeft voor- en nadelen gehad voor het onderzoek. Als medewerker van de VHN zat ik op een plaats midden in het hart van de ontwikkelingen. Bovendien combineert de VHN haar rol in het hart van de actie met een informatieverzamelende rol. Het is hierdoor makkelijker overzicht en dus inzicht te krijgen in de ontwikkelingen. Nadeel was wel dat ik dus de kant van de huisartsenposten vertegenwoordigde. Om mijzelf toch zo onafhankelijk mogelijk te positioneren, heb ik mijzelf continu gepresenteerd als externe, onafhankelijke onderzoeker.

De VHN gebruikt het onderzoek als input voor een stuurgroep die gericht is op het ontwikkelen van specifiek beleid voor de VHN ten aanzien van de samenwerkingen van huisartsenposten en spoedeisende hulp. Resultaat hiervan is een handreiking- dat naast de onderzoeksrapportage - nog enkele andere zaken bevat zoals een feitelijke inventarisatie van samenwerkingsverbanden, een juridisch advies, visiedocumenten van huisartsenposten en tot slot samenwerkingsovereenkomsten van huisartsenposten met de plaatselijke SEH. Doel is dat alle huisartsenposten van elkaar kunnen leren door een kijkje te nemen in elkaars keuken.

Voor het onderzoek had de VHN een aantal wensen. Het onderzoek zelf moest ten eerste landelijk plaatsvinden, zodat er een algemeen idee voor de samenwerkingen kon worden gecreëerd. Ten tweede moest het onderzoek kwalitatief zijn, zodat er beschrijvingen zouden komen van het dagelijkse proces van samenwerken. Ten derde moest het onderzoek kritisch kijken naar de ontwikkeling, om tot een goed geformuleerd zorgmodel te komen. Tot slot moest het gebaseerd zijn op ervaringen uit de praktijk, omdat hierover nog te weinig bekend is.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksonwerp

Het onderzoek dat de VHN verlangde is dus een landelijk, sociaalwetenschappelijk, kwalitatief onderzoek dat met een kritische blik kijkt naar het samenwerken van huisartsenposten en spoedeisende hulpen, door gebruik te maken van ervaringen uit de praktijk. Het zoeken van een bijpassende methode voor deze doelen is echter niet gemakkelijk. De methoden en technieken *“are good to the exact degree that they match the questions they try to answer”* (O’Leary 2004) Ik heb dus een onderzoeksonwerp gekozen, dat zo goed mogelijk aansluit bij de wensen vooraf.

De strategie die ik heb gekozen naar aanleiding van de omschrijving van het onderzoek wordt fenomenologie genoemd. Dit is *“the study of phenomena as they present themselves in direct experience”*. (O’Leary 2004) Deze vorm van onderzoek is gebaseerd op twee aannames:

- ❖ De wereld is geconstrueerd. Mensen zijn zelf de bouwers en verbouwers van deze sociale wereld en haar constructies
- ❖ Onze ervaring met de wereld geschiedt samen met en door andere mensen in de wereld.

Deze twee aannames zijn het meest toepasselijk voor het onderwerp van dit onderzoek. Dat de wereld geconstrueerd is door mensen, betekent namelijk ook dat deze veranderd kan worden door diezelfde mensen. Studie van de sociale constructies en mogelijkheden tot verandering kunnen een bijdrage leveren aan effectievere organisaties. Een verdere uitwerking van inzichten uit de literatuur met betrekking tot de vorming van deze sociale constructies kunt u in hoofdstuk vier vinden.

De tweede aanname maakt duidelijk dat we over een onderwerp kunnen leren, door gebruik te maken van andermans ervaringen. Door erover te praten kunnen we achterhalen wat hun ervaringen zijn. Dit is erg handig, omdat het door de landelijke schaal van het onderzoek onmogelijk is om zelf alles te ervaren. Het beeld van de sociale constructies moet ontstaan door heel veel van deze representaties te verzamelen. In conversatie over het onderwerp is het genereren van thema’s en aandachtspunten zowel proces als resultaat (O’Leary 2004) Naar aanleiding van deze methodiek heb ik de volgende bijpassende onderzoekstechnieken gebruikt.

Toegevoegde waarde onderzoek

Doormiddel van het onderzoek willen we beschrijvingen genereren van het functioneren van HAP en SEH in relatie tot elkaar. De technieken zijn er dus op gericht om op organisatieniveau beschrijvingen te verzamelen van de realiteit. Als doelgroep van het onderzoek is dan ook gekozen voor de mensen die in de praktijk optreden als woordvoerders van de gehele organisatie. Bij de huisartsenpost is dit de dagelijkse algemeen directeur. Voor de SEH was dit lastiger te bepalen, omdat deze onderdeel is van een ziekenhuis. Ik heb gekozen voor de managers die de dagelijkse leiding hebben over de SEH en zo

het meest betrokken zijn bij de inrichting van de organisatie op de werkvloer. Voordeel van het kiezen van managers als doelgroep is dat de respondenten op posities zitten waar zij de meeste informatie hebben over hun organisatie. Ten tweede zijn de managers over het algemeen de mensen in de organisatie die uiteindelijk vorm en richting geven aan de organisatieveranderingen. Zij zijn dus de experts bij uitstek. Juist door hun ervaringen en ideeën als centraal uitgangspunt te nemen, kunnen we het beste achterhalen hoe het potentiële nieuwe zorgmodel in de praktijk kan functioneren. Nadeel van het kiezen van deze doelgroep is dat het onderzoek dus niet de meningen van de werkvloer insluit, welke in principe erg kunnen verschillen van die van het management (Watson 2001). Om dit enigszins te ondervangen heb ik aan de managers gevraagd wat de ervaringen zijn van de mensen op de werkvloer.

Binnen de doelgroep waren alle managers van HAP en SEH in Nederland ingesloten in het onderzoek. Het meest duidelijke en opvallende voordeel van deze benadering is dat de onderzoekspopulatie per definitie representatief is voor de landelijke situatie. Met behulp van de data van zo'n grote onderzoeksgroep was het heel goed mogelijk om een rijk en helder beeld te krijgen van wat samenwerking inhoudt, op elke mogelijke manier. Een groot nadeel is precies deze grote onderzoeksgroep: Het levert namelijk tegelijkertijd een enorme hoeveelheid data op over zeer veel verschillende situaties waardoor de ontstane beschrijvingen zeer generalistisch zijn. Elke lokale situatie van een HAP of een SEH verschilt per definitie een beetje van het algemene beeld. (Silverman 2005)

Uit praktisch oogpunt is gekeken naar de toepasbaarheid van samenwerkingsverbanden op bestaande situaties. Welke veranderingen zullen er plaats vinden? Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen voor de zorgaanbieders om invulling te geven aan de samenwerking. Dit element komt uitdrukkelijk aan bod.

Onderzoeksbependingen

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen voor de toepasbaarheid.

Allereerst negeert dit onderzoek het medische aspect van samenwerking. Zoals we zagen is op dit moment de heersende opvatting dat er door samenwerking patiënten verschuiven van de SEH naar de huisartsenpost. Die verschuiving is echter bekeken vanuit een organisatieperspectief, maar niet gestaafd door medische argumenten. Een vervolg zou kunnen bestaan uit onderzoek dat klinische behandeltrajecten van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp met elkaar vergelijkt. Hierdoor wordt het voor managers en beleidsmakers mogelijk om samenwerkingsverbanden te ontwikkelen die gebaseerd zijn op medische argumenten voor verdeling en behandeling van de patiënten.

Ten tweede is een belangrijke aanname voor het opnieuw ontwerpen van het onderzoeksmodel, dat dit beter is voor de patiënten. De patiënten zijn echter niet ingesloten in dit onderzoek, dus weten we niet of het voorgestelde model de situatie voor de patiënt verbetert.

Ten derde zijn de mensen op de werkvloer die daadwerkelijk andere rollen krijgen -namelijk het medische personeel - niet direct ingesloten in het onderzoek. Er is wel gevraagd naar hun meningen of gedachtes, maar dat is wat anders dan hun ideeën als uitgangspunt nemen voor het rapport. Voor implementatie van ideeën uit het rapport, moeten deze mensen nadrukkelijk worden ingesloten in het beslisproces.

De vierde beperking aan het rapport is dat het rapport is geschreven vanuit een insiderperspectief. Dat wil zeggen dat de mening van de respondenten centraal staat in dit rapport. Echter betekent dit gelijk dat hun ideeën en perspectieven zijn gebruikt voor de analyse. Mogelijk gevolg is dat de respondenten hun eigen positie in het systeem niet ter discussie hebben gesteld. (Easterby-Smith, Thorpe & Lowe 1991)

Omdat blijkt uit de conclusies van het rapport dat beide organisaties hun identiteit behouden, zou dit argument kunnen spelen. Hoewel uit het onderzoek blijkt dat het voorgestelde model enkele grote voordelen heeft en een groot draagvlak zal hebben onder de partijen uit het veld, is het goed om te bedenken dat dit voorstel misschien niet de enige mogelijkheid is. Andere varianten zijn ook heel goed mogelijk door het ontwerp te baseren op andere gegevens.

De resultaten van het onderzoek bieden een algemene overstijgende kijk op het samenwerken van HAP en SEH. De resultaten zijn echter niet specifiek genoeg om direct toe te passen op een individuele zorgaanbieder. Wel kunnen de data gebruikt worden voor de ontwikkeling van landelijk beleid en extra onderzoek naar dit fenomeen.

Onderzoekstechnieken

Het onderzoek bestond hoofdzakelijk uit het afnemen van vragenlijsten en interviews, onder zowel directeuren van huisartsenposten, als managers van SEH's.

Interviews

Bij zowel de huisartsenposten als de SEH-managers zijn zeven interviews afgenomen. Daarnaast zijn er interviews afgenomen met een medewerker van de NZA en een onafhankelijk organisatieadviseur met een grote expertise op het onderzoeksonderwerp. Tijdens de gehele onderzoeksperiode zijn er in totaal 16 interviews afgenomen.

Allen vonden plaats op de bedrijfslocatie van de respondenten, twee interviews uitgezonderd. Hiervan is er één op een neutrale locatie afgenomen, en één telefonisch. Door de organisaties ter plekke zelf te bekijken heb ik een beter beeld gekregen van de zorginstellingen. De keuze voor de respondenten van de interviews was volledig willekeurig, met uitzondering van een academisch ziekenhuis. De landelijke spreiding evenals de grootte van de organisaties was evenredig verdeeld. Elk interview duurde ongeveer drie kwartier en heb ik opgenomen. Van elke opname van een interview heb ik een transcript gemaakt. Door codering van de transcripties heb ik telkens weer aandachtspunten gegenereerd voor verdere interviews.

Vragenlijsten

Het andere instrument dat ik gebruikt heb bij het onderzoek, was het Digitale Schriftelijke Interview (DSI). Dit was een vragenlijst van ongeveer 45 open vragen, aangepast voor HAP en SEH. Beide lijsten zijn ingevoegd in de bijlage.

Voor de huisartsenposten is deze verstuurd via een memo aan alle directeuren. Er bestaan 50 huisartsendienstenstructuren, waarvan er 32 hebben gereageerd. Vijf vragenlijsten zijn telefonisch afgenomen. Twee vragenlijsten waren onbruikbaar doordat er te weinig vragen waren ingevuld en twee vragenlijsten zijn ingevuld door mensen die reeds hadden meegewerkt aan een interview. Deze laatste zijn wel verwerkt. In totaal heeft 73% van de huisartsenposten op de één of andere manier meegewerkt aan het onderzoek.

De ziekenhuizen hebben van in totaal ongeveer honderd spoedeisende hulpen vier vragenlijsten opgeleverd. Gecombineerd met de interviews betekent dit dat er in totaal elf ziekenhuizen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit is een respons van elf procent.

Het is duidelijk dat er een fors verschil is tussen de respons van de ziekenhuizen en die van de huisartsenposten. Mijns inziens heeft dit twee oorzaken. Ten eerste hebben de ziekenhuizen een minder groot belang bij het onderzoeksonderwerp dan een huisartsenpost, omdat de SEH slechts een onderdeel is van een groter geheel. Bij de huisartsenpost wordt de gehele organisatie beïnvloed door een samenwerkingsverband. Op deze manier bekeken is de lage respons van de kant van de ziekenhuizen dus een onderzoeksresultaat op zich, want het betekent dat ziekenhuizen minder waarde hechten aan dit onderwerp. Dit komt overeen met een onderzoek van Pressman & Wildavsky, waarin zij laten zien dat meerdere prioriteiten of andere belangen leiden tot een lagere participatie in specifieke projecten buiten hun kerntaak. (Pressman, Wildavsky 1984)

De tweede oorzaak is dat de VHN een actievere rol heeft gespeeld in het aanbieden van het onderzoek dan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zo was het DSI voor de ziekenhuizen te downloaden van een site, terwijl de VHN een persoonlijke brief heeft gestuurd. Bovendien had ik als medewerker

van de VHN een grotere bekendheid en zichtbaarheid bij de huisartsenposten, terwijl ik bij de NVZ als buitenstaander minder bekendheid genoot. SEH-managers waren hierdoor minder goed op de hoogte van het bestaan van het onderzoek.

De lage respons van de ziekenhuizen is, uit methodologisch oogpunt, geen sterk punt van het onderzoek. Hoewel het de bedoeling was vooraf om de data van ziekenhuizen en huisartsenpost een op een te kunnen vergelijken is dit in praktijk niet mogelijk gebleken. Door een gebrek aan vragenlijsten van SEH-afdelingen is het niet goed mogelijk om te generaliseren vanuit het ziekenhuis perspectief. Deze tekortkoming is enigszins verzacht doordat ik in de vragenlijsten en interviews ook gevraagd heb naar visies over het handelen van de andere partij (ziekenhuis of HAP, afhankelijk van de respondent) . De verhouding van de data is dus zo dat de primaire data afkomstig zijn vanuit de huisartsenpost, maar dat deze aangevuld zijn met gegevens van de spoedeisende hulp.

Resultaten onderzoekstechnieken

Dankzij de combinatie van beide databronnen was het toch mogelijk om een beschrijving te geven van zowel de SEH-visie op samenwerking, als de HAP-visie op samenwerking. Gevolg van de beperkte SEH-respons is wel dat de focus van het onderzoek meer verschoven is richting de VHN en haar huisartsenposten, dan aanvankelijk de bedoeling was. De impact van de data van de SEH is dat het mogelijk heeft gemaakt dat we thema's bij de samenwerkingen beter met elkaar konden vergelijken en verschillen zien. "Harde feiten" of universele uitspraken over de SEH ontbreken helaas.

Hiernaast bevat mijn onderzoek nog een methodologische controversie. Het gebruik van vragenlijsten wordt over het algemeen niet gedaan in kwalitatieve onderzoeken, omdat het gebruik hiervan betekent dat de uiteindelijke beschrijvingen een soort standaard creëren, met weinig mogelijkheden voor afwijkende opvattingen en gedragingen, welke juist interessant zijn voor het aanscherpen van de inzichten. Toch heb ik er voor gekozen om dit wel te doen, omdat het hierdoor mogelijk was om een algemene landelijke inventarisatie te doen. Om toch te voldoen aan de eisen van kwalitatief onderzoek heb ik enkele maatregelen genomen. Ten eerste kwam het ontwerp van de vragenlijst overeen met een schriftelijk interview. De vragenlijsten waren zeer uitgebreid(ongeveer 45 vragen), om ervoor te zorgen dat over alle locaties ongeveer dezelfde informatie bekend is. Daarnaast waren alle vragen open gesteld, zodat de antwoorden echt voortkwamen uit de lokale situatie van de respondenten.

Ten tweede zijn de vragenlijsten zijn pas opgesteld, nadat een deel van de interviews was afgenomen. Zo was het ontwerp van de vragenlijsten gebaseerd op de beschrijvingen van praktijkdeskundigen.

Ten behoeve van de respons was het voor respondenten mogelijk om een telefonische afspraak te maken voor het beantwoorden van de vragenlijst. In totaal hebben zes respondenten van deze optie gebruik gemaakt.

Tot slot heb ik voor het onderzoek gebruik gemaakt van observaties. Doordat ik enkele maanden aan de VHN verbonden ben geweest als projectmedewerker, heb ik de kans gehad om informatie te verzamelen via congressen, vergaderingen en werkbezoeken. Voor de verslaglegging heb ik continu een opschrijfboekje bij me gehouden waarin ik opvallende dingen direct kon noteren. De hoeveelheid informatie die ik op deze manier heb gekregen was substantieel en omvatte onder andere twee werkbezoeken aan een huisartsenpost, het vijf keer bijwonen van een beleidsoverleg, twee stuurgroepvergaderingen, een Spoedpostconferentie, het landelijke congres van de VHN, een ALV van de VHN en structureel overleg met een senior beleidsmedewerker van de VHN. Bovendien heb ik zoals opgemerkt bij de interviews, zeer veel zorginstellingen van binnen gezien. Ook bij de data die verkregen zijn door observaties zijn de ideeën en belangen van de VHN en haar huisartsenposten oververtegenwoordigd.

Alle data voor het onderzoek zijn verzameld tussen februari en juni 2009.

De data die zijn verzameld voor het onderzoek bieden een algemene optiek, door gebruik te maken van beschrijvingen van specifieke situaties. Door de combinatie van de twee onderzoekstechnieken is het rapport een mix geworden van enerzijds verkennende en diepgravende elementen uit de interviews en anderzijds generaliserende en categoriserende elementen uit de vragenlijsten. Voor een test van de validiteit van de gegevens is in juni 2009 nog een vergadering gepland met de stuurgroep, waarin het onderzoeksrapport besproken is. Verder heeft Christel van Vugt van de VHN kritisch meegelezen.

Overzicht feitelijke situatie

Tot slot is in juni 2009 een algemeen overzicht gemaakt van de stand van zaken bij elke huisartsenpost in Nederland met betrekking tot de samenwerking met een ziekenhuis. Voor de huisartsenposten biedt dit de mogelijkheid om voor specifieke samenwerkingsmodellen informatie in te winnen bij andere huisartsenposten. Meer algemeen is het mogelijk om te staven hoe de stand van zaken is met betrekking tot de samenwerking van huisartsenpost en spoedeisende hulp. Het belangrijkste punt van aandacht bij het overzicht waren de afspraken over de patiëntenstroom en de situering van de verschillende zorgaanbieders ten opzichte van elkaar. In hoofdstuk 10 is het resultaat te vinden van deze bevindingen. Het overzicht is gebaseerd op een model dat ontwikkeld is in samenwerking met

Christel van Vugt. De informatie is verkregen uit de vragenlijsten, interviews, websites van huisartsenposten, persoonlijke ervaring en het bellen van huisartsenposten met onbekende informatie. Na het completeren van de gegevens, zijn ze ter controle toe gemaïld aan alle huisartsendienstenstructuren.

Hoofdstuk 3 De setting

3.1 Organisatie acute zorg

In Nederland is een groot aantal organisaties van invloed op de organisatie van gezondheidszorg. We bespreken in dit hoofdstuk de partijen die nauw betrokken zijn bij het beleid ten aanzien van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Hoewel er verschillende organisaties zijn die zich vanuit de overheid bezighouden met acute zorg, zullen we hier slechts de belangrijkste voor dit onderzoek bespreken. Dit zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

VWS

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maakt wettelijk gezien de kaders voor de gezondheidszorg in Nederland. Vanwege de overtuiging dat de markt zelf de gezondheidszorg moet regelen, heeft zij veel van haar taken gedelegeerd aan de NZa. Hiernaast betaalt VWS een deel van de gezondheidszorg, zoals commercieel niet te verzekeren risico's en een algemene volksverzekering (AWBZ). VWS staat onder druk van publieke / politieke verantwoording, omdat zij in de persoon van de minister politiek verantwoordelijk is. Politieke argumenten zijn dan ook van invloed op het handelen van het ministerie.

Voor het ministerie staat de samenwerking van SEH en HAP op de beleidsagenda in de volgende bewoordingen: *“De doelstelling om de werking van het systeem te verbeteren: Wij gaan in gesprek met partijen zodat waar nodig SEH's en huisartsenposten zich op één locatie vestigen. In aanvulling hierop zullen wij de NZa vragen om bekostiging vorm te geven om kleinschalige organisatie van acute eerstelijnszorg te faciliteren”* (Klink, A. 2008)

NZa

Dit is de Nederlandse Zorgautoriteit. Een zogeheten zelfstandig bestuursorgaan dat een cruciale rol vervult in de Nederlandse gezondheidszorg. De NZa is opgericht in oktober 2006 naar aanleiding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg. (NZa 2009b)

De NZa heeft drie functies:

- ❖ Beheersing van totale kosten via tariefbepaling en bekostiging zorgverleners
- ❖ Bewaking goede uitvoering zorgverzekeringswetten
- ❖ Proactief vaststellen van condities voor goed werkende markten en handhaving daarvan

In een presentatie omschreef de NZa deze drie functies als de rol van respectievelijk marktmeester, toezichthouder en adviseur. Deze functies vult de NZa in principe zelfstandig in. Op zijn eigen website zegt de NZa het volgend over de functie: *“De NZa bepaalt voor een flink deel de eigen agenda. De doelen vergen een proactieve opstelling van de toezichthouder”* (NZa 2009b) De minister van VWS stelt de begroting van de NZa vast en geeft aanwijzingen voor het handelen van de NZa. (NZa 2009b) Tot slot hebben zij een wederzijdse informatieplicht, zodat beiden hun werk zo goed mogelijk kunnen doen. Hierbij wordt er wel een scheiding gemaakt tussen beleid en toezicht.

De meest ingrijpende invloed die de NZa op dit moment uitoefent op de acute zorg is een voorstel tot een nieuwe bekostiging. Het advies tot deze nieuwe bekostiging is in februari 2008 uitgebracht in het rapport *“Met Spoed”*. (NZa 2008) Op dit moment wordt er op verzoek van de minister gewerkt aan een nadere uitwerking van het advies. De voorgestelde nieuwe bekostiging verschilt fundamenteel van de huidige financiering. Het grootste verschil is dat de bekostiging wordt ingericht naar specifieke handelingen in plaats van naar zorgaanbieder. Op dit moment worden de huisartsenposten namelijk gefinancierd als HAP, en de SEH krijgt betaald op dezelfde manier als de rest van de ziekenhuizen. De NZa stelt echter voor om voor de *“acute basiszorg”* een tarief te creëren voor zowel HAP als SEH. Doel van deze nieuwe bekostiging is dat zorgaanbieders betere kwaliteit gaan leveren voor minder geld. Door te stellen dat de SEH en de HAP beiden acute basiszorg kunnen leveren, maakt de NZa impliciet de aanname dat beide zorgaanbieders (voor een groot deel) hetzelfde opereren. De invloed van het voorstel voor de nieuwe financiering is erg groot en dat is logisch gezien de mogelijke verstreckende gevolgen. Veel discussies worden beïnvloed door de onzekerheid over de uiteindelijke gedaante van de nieuwe financiering.

Brancheorganisaties

Tussen het overheidsniveau en huisartsenposten en spoedeisende hulp zit nog een bestuurlijke laag. Dit zijn de brancheorganisaties. Dit zijn verenigingen waarin specifieke zorgaanbieders hun krachten hebben gebundeld. Deze verenigingen hebben twee verschillende functies. Aan de ene kant vertegenwoordigen zij hun leden op landelijk politiek niveau en treden hierbij op als belangen behartiger. Hun tweede functie is om de aangesloten leden te ondersteunen en gezamenlijk beleid te ontwikkelen.

Brancheorganisaties bestaan in veel verschillende vormen. Zo zijn er de wetenschappelijke verenigingen – bijvoorbeeld het Nederlands Huisartsen Genootschap - waarin medische professies afspraken maken over standaarden van behandeling en opleiding. Er zijn ook brancheorganisaties waar zorgorganisaties bij zijn aangesloten. Zo hebben huisartsenposten de Vereniging Huisartsenposten Nederland en zijn ziekenhuizen verenigd in de Nederlandse Vereniging van

Ziekenhuizen. Dit onderzoek komt voort uit de functie van de VHN om beleid te ontwikkelen en ondersteuning te bieden aan huisartsenposten bij verschillende soorten vraagstukken. Hieronder wordt zij nader voorgesteld.

VHN

De organisatie waar het onderzoek voor wordt uitgevoerd, de Vereniging Huisartsenposten Nederland, is de branchevereniging van de huisartsenposten in Nederland. Vijftig huisartsendienstenstructuren zijn lid van de VHN. Gezamenlijk runnen zij ongeveer 130 huisartsenposten.

Zij ondersteunen de huisartsen bij organisatorische vraagstukken en vertegenwoordigen de huisartsenposten op landelijk politiek niveau. (Bijna) Alle huisartsenposten zijn lid van deze vereniging en deze wordt dan ook gefinancierd uit de contributies van haar leden. Het belangrijkste orgaan van de VHN is de ALV, welke ongeveer vier keer per jaar plaatsvindt.

Voor de dagelijkse gang van zaken heeft de VHN acht medewerkers. Zij draagt als organisatie zorg voor het ontwikkelen van beleid en advies op verschillende onderwerpen. Denk hierbij aan financiering, strategie en positionering, de opleiding van professionals, informatievoorziening/ICT en tot slot de kwaliteit.

Vanuit de aard van haar bestaan is de VHN actief bezig met het effectief organiseren van de huisartsenposten. Op dit moment is het standpunt van de VHN dat er gericht gekeken moet worden naar de ontwikkeling van HAP's in de richting van SEH's. Dit omdat het in enkele opzichten een logische ontwikkeling lijkt en het bovendien wordt nagestreefd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Graag heeft zij meer informatie om haar standpunt te kunnen vormen. Een belangrijke bron van informatie is dit onderzoek.

De VHN is dus in twee opzichten een belangrijke actor, namelijk als opdrachtgever en als organisator van huisartsenposten.

Zorgaanbieders

We zijn nu aangekomen bij de instellingen die daadwerkelijk zorg aanbieden aan patiënten. In dit onderzoek zijn de Spoedeisende Hulp en de huisartsenpost, de hoofdrolspelers. Algemene definities of generalisaties zijn gebaseerd op alle data. Als er een afwijking is op deze regel dan heb ik dit gemeld.

Beide zorgaanbieders zullen dan ook uitgebreid aan u voorgesteld worden. Eerst komt de huisartsenpost aan bod.

3.2 De Huisartsenpost

Een huisartsenpost is een benaming voor een locatie van een Huisartsen Diensten Structuur(HDS). Deze HDS is weer een geëvolueerde vorm van een huisartsengroep(Hagro). Deze organisatievormen hebben gemeen dat het samenwerkingsverbanden zijn van huisartsen om op een efficiënte wijze te voldoen aan hun verplichting om 24 uur per dag zorg te kunnen verlenen. De meest gebruikte constructie is er één waarbij een huisarts(met praktijk) zelf de zorg verleent op werkdagen van 08:00 uur tot 17:00 uur. De zorg in Avond, Nacht en Weekend(ANW) is ondergebracht in het samenwerkingsverband. Op deze manier vervullen de huisartsen gezamenlijk hun diensten. De HDS is de meest geavanceerde vorm van samenwerken, waarbij ook facilitaire taken zijn ondergebracht in de organisatie. Denk hierbij aan doktersassistenten, roostering van huisartsen, administratieve ondersteuning van de zorg, huisvesting, automatisering en visiteauto's. In het dagelijkse taalgebruik wordt voor alle organisatievormen de term huisartsenpost(HAP) gebruikt.

Dienst

De huisartsen in Nederland vervullen de rol van eerstelijnszorgvoorziening. Dat wil zeggen dat Mensen die hulp zoeken voor een medisch probleem allereerst naar een dergelijke voorziening gaan. De huisartsenposten leveren de eerstelijnszorg in de Avond- , Nacht- en Weekenduren. (ANW) Tweedelijns voorzieningen zijn voorzieningen waar een patiënt een verwijzing voor nodig heeft. Denk hierbij aan de polikliniek van een ziekenhuis.

Een patiënt kan in principe slechts aanspraak maken op zorg van een HAP indien zijn hulpvraag acuut is. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat dat medisch gezien zo is. De mate waarin iets als acuut wordt getypeerd, wordt gedefinieerd vanuit de patiënt. In principe moet de vraag dusdanig acuut zijn dat deze niet kan wachten tot de normale huisartsenzorg beschikbaar is. Na triage door een doktersassistent (meestal per telefoon) wordt de patiënt verwezen naar de juiste vorm van zorg. Dit kan de volgende vormen omvatten: Behandeling overdag bij de eigen huisarts, behandeling op de HAP of thuis (huisarts legt visite af), verwijzing naar de SEH en tot slot in de vorm van zelfhulpadvies(telefonisch advies door assistent of huisarts).

De manier waarop de zorg geleverd wordt, is op alle posten bijna gelijk. Patiënten bellen naar de post, waar een assistente de telefoon opneemt en triage doet. Naar aanleiding daarvan krijgt de patiënt een zelfzorgadvies, een consult op de post of een visite. Voor elke beslissing zet de huisarts een handtekening. Bij grotere posten is hiervoor een zogeheten regiearts werkzaam. Dit is een huisarts die toezicht houdt op het werk van de assistentes en dit coördineert en autoriseert. Bij kleinere posten

doet de huisarts zowel de consulten als het regiewerk. Toegang verkrijgt de patiënt tot de organisatie door te bellen. Hiervoor heeft elke huisartsenpost een callcenter met gespecialiseerde telefonistes. In sommige gevallen is het callcenter centraal georganiseerd voor meerdere huisartsenposten.

Huisartsenwerk op de post verschilt verder op twee manieren van de dagpraktijk. Ten eerste is hun verhouding met de assistenten van de post anders dan in de dagpraktijk. In de dagpraktijk zijn de assistenten in dienst van de huisarts, maar op de post zijn ze in dienst van de HAP. Dit maakt werken op de HAP moeilijker omdat de huisarts wel medisch verantwoordelijk is, maar de assistenten veel werk zelfstandig uitvoeren. Ten tweede kennen huisartsen in de waarneemstructuur niet alle patiënten die naar de HAP komen. Dit maakt het moeilijker om de aard en de ernst van de hulpvraag in te schatten.

Kwaliteit en professionalisering

In de HAP wordt de zorgkwaliteit vooral gerealiseerd door het intern opleiden van personeel en het maken van protocollen. Op organisatorisch niveau bestaan er medische of kwaliteitscommissies om de kwaliteit te verbeteren. Deze kwaliteitsverbetering is vooral medisch-technisch van aard, maar bevat ook trainingen voor patiëntvriendelijkheid.

Uit de eigen patiënttevredenheidsonderzoeken van de huisartsenposten, blijkt dat de patiënten tevreden zijn met de dienstverlening van de HAP. Dit wordt bevestigd door onderzoek.(Giesen et al. 2008b) Een goed voorbeeld van een systeem voor het verbeteren van de klantvriendelijkheid is de Haakmethode. Dit is een bepaalde manier voor het klantvriendelijk afhandelen van telefoontjes. Daarnaast kennen huisartsenposten certificaten volgens internationale kwaliteitsstandaarden.

Zowel medewerkers als patiënten zijn tevreden over de huisartsenposten, blijkt uit zelf uitgevoerde enquêtes van de huisartsenposten. Wel is men actief bezig op de HAP om de zorg te professionaliseren. De huisartsenposten is een relatief nieuw fenomeen en de huisartsenzorg in de waarneemstructuur is anders dan overdag. Om dit goed vorm te geven is er nog veel werk nodig en veel onderzoek. Veel echter is nog onbekend over de HAP. Hoe kan de telefonische triage verbeterd worden? Waarom komen er van sommige huisartsen veel meer patiënten op de HAP dan van anderen? Hoe moet de organisatie ingericht worden? Welke functies en competenties moeten erbij komen of verbeteren? Allemaal vragen die nu nog onbeantwoord zijn, maar wel van belang zijn voor een goede organisatie.

Samenwerken met andere eerstelijnszorgaanbieders

Huisartsenposten staan niet op zichzelf. Ze hebben contacten met veel verschillende andere zorgaanbieders om een goede kwaliteit van zorg te waarborgen. Een HAP-directeur omschreef de partners van de HAP als een “soort onderaannemers”. Onderstaand is aangegeven met wat voor aanbieders huisartsenposten samenwerken:

- ❖ Thuiszorg. Veel thuiszorg organisaties hebben een “technische dienst”. Vaak hebben huisartsenposten afspraken met deze organisaties om bij patiënten thuis een medische handeling te verrichten die zo laagcomplex is dat het niet zinnig is om een huisarts visite te laten rijden. Daarnaast vallen sommige klachten binnen de specialistische kennis en vaardigheden van de thuiszorg.
- ❖ Meldkamer Ambulance. Met ambulanceorganisaties worden afspraken gemaakt welke hulpverlener actie onderneemt bij welke urgentiecode. Toewijzing geschiedt op basis van de triage van de meldkamer.
- ❖ GGZ(Psychiatrie). Met de GGZ worden afspraken gemaakt over patiënten met spoedeisende psychiatrische klachten.
- ❖ Apotheken. Patiënten die behandeld zijn, hebben vaak medicijnen nodig van een apotheek. Daarom zijn er vaak afspraken gemaakt met apotheken, zodat deze ook 's nachts voor de patiënten goed bereikbaar zijn.
- ❖ SEH. Last but not least hebben veel huisartsenposten een samenwerking met een SEH van een ziekenhuis. Tevens vestigen huisartsenposten zich vaak in het ziekenhuis of op het terrein van het ziekenhuis. Een overzicht van de wijze van vestigen is te vinden in hoofdstuk 10 en in bijlage 1.

Uiteraard is er, inherent aan het systeem van dienst doen, ook een band met de huisartsen en hun praktijken overdag. Managers van HAP en SEH denken erover na om beide organisaties meer van elkaar te laten profiteren. De eerder genoemde facilitaire diensten zouden een idee zijn, maar er wordt ook over nagedacht om de schaalvoordelen die in de ANW gerealiseerd zijn door te trekken naar de dagorganisatie.

Verdere uitspraken over dit onderwerp vereisen meer aandacht en onderzoek.

In sommige gevallen ontwikkelen HDS'en andere activiteiten dan het organiseren van huisartsenzorg in de ANW. Deze activiteiten zijn grofweg onder te verdelen in twee soorten. Ten eerste bestaat er de ketenzorg. Dit is een samenwerkingsverband van huisartsen om chronische ziekten te behandelen, voornamelijk diabetes en COPD. Ten tweede ontwikkelen huisartsenposten in sommige gevallen facilitaire diensten voor de aangesloten huisartsen. Hierbij is te denken aan het organiseren van

opleidingen, het gezamenlijk voeren van een ICT-beleid en administratieve diensten. Een directeur van een HAP verwoordde dit als volgt:

“Omdat de coöperatie geld kost voor de huisartsen is het niet onlogisch dat de organisatie probeert geld terug te verdienen voor de huisartsen”

Belangrijkste management thema's

In de digitale, schriftelijke interviews en in de conventionele interviews is aan de HAP-respondenten gevraagd wat de belangrijkste dingen zijn waar de huisartsenposten mee bezig zijn op managementniveau. Hieronder zijn ze gepresenteerd in willekeurige volgorde.

- ❖ De organisaties besteden veel aandacht aan hun triageassistenten. Ten eerste ervaren de directeurs dat het arbeidsaanbod niet voldoet aan de vraag. Ten tweede wordt er veel tijd en geld geïnvesteerd in een goede opleiding van de assistenten.
- ❖ Het beheersen van de werkdruk, omdat deze in de afgelopen jaren sterk opgelopen is.
- ❖ Het samenwerken met de SEH en andere partners.
- ❖ Het professionaliseren van de organisatie, omdat het fenomeen huisartsenpost relatief nieuw is.
- ❖ De betrokkenheid van de huisartsen, omdat de huisartsenpost voor hen slechts een nevenfunctie is. Voor de huisartsenpost zijn zij echter de kern van het bestaan.

Werkenden

De huisartsen

De huisartsenpost is allereerst en voornamelijk een collectief van huisartsen, die gezamenlijk vorm geven aan hun verplichting om 24/7 zorg te leveren. Zij zijn dan ook verantwoordelijk voor alle medische handelingen op de huisartsenpost. Meestal is de inspraak van de huisartsen geregeld door middel van ledenvergaderingen. Deze worden niet heel goed bezocht, maar geven de huisartsen wel de mogelijkheid om in te grijpen als zij dit nodig achten.

Huisartsen geven geen hoge prioriteit aan het dienstdoen op de huisartsenpost. Vooral de nachtdiensten zijn onpopulair. Een directeur verwoordde het als volgt:

“Huisartsen willen niet per se 's nachts werken. Zij willen spoed doen en daar hoort de nacht ook bij.”

Directeuren nemen waar dat veel diensten worden verkocht aan waarnemers. Deze ontvangen van de dienstdoende huisarts een bedrag om de dienst over te nemen. In het onderzoek bleek dat op

sommige posten maar liefst 80% van de nachtdiensten wordt verkocht aan waarnemers. Een directeur zei over de nachtdiensten:

“Huisartsen zijn die liever kwijt dan rijk. Ze zien dat als een aanslag op hun ritme. 75% van de huisartsen zou meteen instemmen met het aannemen van vaste waarnemers voor de nacht.”

De betrokkenheid van de huisartsen is een belangrijk aandachtspunt voor de managers. De inzet van de huisartsen is nodig voor de huisartsenpost om voort te kunnen blijven bestaan.

Rol assistentes

Op de huisartsenpost zijn, naast huisartsen, ook assistentes werkzaam. Zij ondersteunen de huisarts en doen de telefonische triage. De rol van de assistentes van de huisartsenpost is anders dan de rol die zij overdag vervullen in een huisartsenpraktijk. In de ANW-uren is hun rol als triagist veel belangrijker dan overdag. Zij regisseren het zorgproces, doormiddel van telefonische consulten. Aan de hand van hun inschattingen – ondersteunt door hun triagesysteem – bepalen zij of een patiënt op consult kan komen, of er een visite wordt gereden, of de patiënt zelf zijn klacht moet verzorgen of dat er later naar de eigen huisarts moet worden gegaan. Overigens nemen zij deze beslissingen onder verantwoordelijkheid van de huisarts en tekent deze voor goedkeuring.

Later in het onderzoeksrapport zullen we zien dat de directeuren van de huisartsenposten de assistentes de hoogste werkdruk toekennen, vanwege deze rol bij de toegang tot de organisatie.

3.3 De Spoedeisende Hulp

In Nederland hebben 104 ziekenhuizen een afdeling Spoedeisende Hulp. (Klink 2008a)

De spoedeisende hulp (SEH) is de afdeling van een ziekenhuis die acute zorg levert. Hiervoor is zij 24 uur per dag, zeven dagen per week, 365 dagen per jaar geopend. De spoedeisende hulp behandelt een groot scala aan aandoeningen variërend van levensbedreigende, complexe trauma's tot laagurgente, kleine problemen zoals een snijwond. De norm is dat elke Nederlander binnen 45 minuten een SEH kan bereiken.

Dienst

In tegenstelling tot een huisartsenpost levert een SEH specialistische, acute zorg. De SEH is bovendien puur en alleen gespecialiseerd in acute zorg en kan daarbij beschikken over een groot arsenaal aan extra voorzieningen zoals (soms) een gipskamer, en allerlei methoden voor medische diagnostiek. De patiënt verblijft op de SEH tot alle primaire behandelingen en diagnostiek zijn uitgevoerd. Hierna verlaat de patiënt de SEH. De SEH heeft de volgende mogelijkheden voor follow-up van het bezoek aan de SEH: consult op de polikliniek, consult bij de huisarts, opname in het ziekenhuis, naar huis. Elke behandelkamer van de SEH is voorzien van hoogwaardige medische apparatuur, zoals hartmonitoren, zuurstofmaskers en infusen.

De behoefte aan deze voorzieningen maakt duidelijk dat een SEH niet zonder ziekenhuis kan opereren, tenzij – en dit is puur theoretisch – er speciale spoedziekenhuizen komen, die alleen bestaan uit voorzieningen voor acute zorg. Aan de andere kant hebben de medische specialismen in het ziekenhuis de SEH ook nodig om patiënten met acute aandoeningen op te vangen.

In het onderzoek is aan alle respondenten gevraagd de rol en competentie van de SEH te omschrijven. Onderzoeksmethode was het DSI en de mondelinge interviews.

De respondenten omschrijven de rol en competentie van de SEH de leverancier van specialistische, complexe, urgente en acute zorg. Een andere veelgebruikte omschrijving van de competentie van een SEH is dat deze zorg levert “die niet in de eerste lijn afgehandeld kan worden”. Alle mogelijke aandoeningen worden in principe op een SEH afgehandeld, als ze maar acuut zijn. Het voorbehoud “in principe” moet gemaakt worden, omdat niet elke SEH in staat is om alle soorten aandoeningen te behandelen. SEH's verschillen van elkaar op het vlak van medische expertise. Specialisaties bestaan bijvoorbeeld op het gebied van traumageneeskunde en cardiologie. Patiënten die op een SEH komen die niet de kennis en middelen heeft om hen te behandelen worden overgeplaatst naar andere ziekenhuizen of worden direct op grond van klachten niet op elke SEH.

De SEH vervult als voorpoortaal van het ziekenhuis een belangrijke functie. Het maakt het mogelijk dat patiënten naar een ziekenhuis toe komen met acute klachten. Wanneer een ziekenhuis geen SEH heeft, kan het slechts electieve zorg leveren. De SEH is daarom van groot belang voor de financiële positie van een ziekenhuis.

Een SEH-manager schatte het aandeel van de SEH in de totale omzet van zijn ziekenhuis op ongeveer 40%. Preciezere gegevens dan deze opmerking zijn niet beschikbaar, maar het is duidelijk dat het om een substantieel deel van het budget van een ziekenhuis gaat. Dit geld wordt niet alleen verdiend door de opbrengst van consulten en verrichtingen, maar ook doordat de patiënt klant wordt van de andere afdelingen. Het ziekenhuis kan vervolgens een DBC declareren, met bijvoorbeeld opname, medicatie en andere consulten. Het gebied van waaruit de SEH haar patiënten betreft noemt men (het) adherentie(gebied).

De procedure op de SEH komt ongeveer overeen met die op een huisartsenpost, met dit verschil dat een patiënt niet hoeft te bellen voor een afspraak. Eenmaal aangekomen wordt de patiënt ingeschreven in het systeem. Afhankelijk van de drukte en de grootte van het ziekenhuis wordt de patiënt direct daarna vis-à-vis getrieerd. Eveneens afhankelijk van het ziekenhuis, wordt er tijdens de triage al begonnen met het aanvragen van de diagnostiek. De urgentie van de klachten bepaalt hoe snel er gestart wordt met de behandeling. Voor zeer laagurgente klachten kan deze wachttijd behoorlijk oplopen. Zeker als er zware gevallen – in het vakjargon “horizontale gevallen” genoemd - binnenkomen, krijgen voorrang. De laagurgente zorg overlapt enigszins met de huisartsenzorg, maar niet geheel. Hier komen we later op terug.

De SEH vervult in het zorgstelsel als enige aanbieder de rol van zowel eerstelijns als tweedelijns zorginstelling. Op de SEH komen patiënten met of zonder verwijzing als de medische klacht maar acuut is. Formeel wordt de SEH meestal wel gezien als tweedelijnsvoorziening en is dus een verwijzing. Toegang kan in dat geval verkregen worden door de ambulancedienst (na telefonische triage door de Meldkamer Ambulances) of door een verwijzing van een huisarts. Wanneer de patiënt echter meent direct hulp nodig te hebben kan deze ook direct zelf de SEH bezoeken. Een dergelijke patiënt wordt een “zelfverwijzer” genoemd, refererend aan het feit dat men formeel een verwijzing nodig heeft om behandeld te worden.

Omdat het ziekenhuis een zorgplicht heeft moeten alle patiënten behandeld worden, ongeacht de ernst en aard van hun klachten. Net als bij de HAP wordt de definitie van wat acuut is overgelaten aan de patiënt.

De zorgplicht geldt ook voor mensen die onverzekerd zijn en waar het ziekenhuis dus geen geld voor ontvangt. Voor enkele ziekenhuizen in Nederland is een regeling ontworpen waarbij de SEH een deel van de DBC vergoed krijgt van de staat, zodat er ook medische zorg bestaat voor onverzekerden

Voor behandeling op de SEH is de patiënt een eigen bijdrage/ risico verschuldigd op haar verzekeringspremie. De tarieven van de SEH zijn voor vergelijkbare laagcomplexe zorg in principe hoger dan die van een HAP.

Managementthema's

Ook bij de ziekenhuizen is tijdens het onderzoek gevraagd naar de belangrijkste onderwerpen voor het management van de lokale organisaties. De vier meest voorkomende issues zijn opgenomen in deze sectie van het rapport.

Een belangrijk aandachtspunt is het werven van personeel voor de SEH. Er bestaat een tekort aan verpleegkundigen voor de spoedeisende hulp.

Een tweede aandachtspunt, dat eveneens betrekking heeft op het personeel, is het opleiden van het de medewerkers. Dit vindt plaats op verschillende manieren. Zo worden de verpleegkundigen geschoold in specifieke aspecten van acute zorg, krijgen arts-assistenten en co-assistenten een deel van hun medische opleiding op de SEH en wordt er tot slot gewerkt aan het opleiden van de SEH-artsen.

Het derde belangrijke thema op de SEH's bezig is de invoering van de diagnostische behandelcombinaties (DBC's). Dit is een nieuwe vorm van het financieren van ziekenhuizen, die veel tijd en aandacht vraagt van ziekenhuizen.

De werkdruk en de doorstroom van de patiënten op de spoedeisende hulp zijn ook onderwerpen die veel aandacht krijgen van de SEH-managers. De sterke groei van de vraag naar de medische zorg, gecombineerd met natuurlijke pieken in de vraag maken tot een actueel probleem. Wachttijden voor laagurgente klachten kunnen soms erg oplopen, soms tot drie uur of meer bij grote drukte. Hiernaast lopen ook de doorstroomtijden – dat wil zeggen de tijd die een patiënt op de SEH doorbrengt, inclusief behandeling – erg op door grote drukte.

Samenwerkingsverbanden

Ziekenhuizen zijn, hoewel minder dan de huisartsenposten, bezig met de samenwerking met andere zorgverleners. Zij doen dit minder omdat ze - de spoedeisende hulp in het bijzonder - geen rol als regisseur hebben in de zorg. De contacten van der SEH beperken zich tot de huisartsen(post) en de

ambulancedienst. Deze beide zorgverleners hebben een groot aandeel in de herkomst van de patiënten van de SEH.

De ambulance levert direct patiënten aan de SEH. De meldkamer ambulances trieert patiënten telefonisch, waarna er meestal een ambulance naar de patiënt wordt toegestuurd. Soms wordt een andere hulpverlener ingeschakeld. Als een ambulance wordt gestuurd, wordt de patiënt ter plekke opnieuw getrieerd. Deze keer fysiek. Nadat dit is gedaan en de patiënt stabiel genoeg is om vervoerd te worden, wordt deze zo snel mogelijk naar de dichtstbijzijnde SEH gebracht. In sommige gevallen blijft de patiënt na behandeling thuis en wordt de huisarts ingeschakeld. Voorwaarde hierbij is dat de bezochte SEH in staat is om de patiënt te behandelen. Zware trauma's worden bijvoorbeeld altijd vervoerd naar speciale traumaziekenhuizen.

Ook via de huisartsen krijgt de SEH ook een grote groep patiënten binnen. Deze krijgen een verwijzing omdat de patiënt zorg moet ontvangen die de huisarts niet kan leveren. In het algemeen koppelt de SEH het behandeltraject van de patiënt terug aan de huisartsen.

Werkenden

Onderstaand een globaal overzicht van de werknemers van een Spoedeisende Hulp.

Poortartsen

Ten eerste de zogeheten poortartsen. Dit zijn de arts-assistenten van medisch specialismen zoals chirurgie, interne geneeskunde en cardiologie. Deze specialismen ontvangen direct patiënten van buiten, in tegenstelling tot bijvoorbeeld anesthesisten die alleen op verwijzing van andere medisch specialisten patiënten behandelen.

Deze assistenten werken bij toerbeurt op de SEH en behandelen, in overleg met medisch specialisten, alle patiënten die zorg nodig hebben op hun specifieke vakgebied. Mocht een patiënt complexe klachten hebben, die niet door deze artsen behandeld kunnen worden, dan wordt een specialist gebeld met deskundigheid op het benodigde gebied. Denk hierbij aan een oogarts voor oogandoeningen. Van die arts/assistenten is er altijd één die een coördinerende functie heeft en vanuit een centraal gelegen kamer de bezetting van de kamers en het behandelplan coördineert.

SEH-verpleegkundigen. Op de SEH werken speciaal opgeleide verpleegkundigen die een patiënt ontvangen tot een arts deze heeft gezien. Bovendien voeren zij veel behandelingen uit, onder verantwoordelijkheid van de arts. Denk bij het laatste aan het prikken van infusen en toedienen van medicatie. Artsen zijn verantwoordelijk voor de medische coördinatie, maar de verpleegkundigen zijn

logistiek van groot belang. Zij hebben daarom een belangrijke signalerende en bewakende functie op de SEH. De verpleegkundigen spelen eveneens een grote rol in de coördinatie van de SEH. Sommige verpleegkundigen hebben aanvullende opleidingen gevolgd en mogen eenvoudige medische handelingen zelfstandig uitvoeren. Dit gaat om handelingen zoals hechten. Deze functie wordt nurse practitioner genoemd.

SEH-artsen. Een nieuwe ontwikkeling op de spoedeisende hulp is dat men SEH-artsen opleidt. Dit zijn artsen die opgeleid zijn voor het leveren van alle vormen van acute zorg. De positie is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. De bedoeling is dat zij de vaste artsen worden van de SEH. Waardoor deze afdeling net als alle andere afdelingen van het ziekenhuis haar eigen specialisten krijgt. Medisch gezien zijn SEH-artsen generalisten met een specialisatie in acute zorg. Omdat ze medische generalisten zijn, vertonen ze enige gelijkheid met een huisarts. Aan de andere kant doen zij ook veel complexere zorg dan een huisarts, waardoor ze weer erg lijken op chirurgen en internisten. SEH-artsen zijn altijd in loondienst van het ziekenhuis. Het beroep is nog niet geregistreerd als zelfstandig specialisme, maar de SEH-artsen hebben wel een registratie als arts.

Tot slot moet hier nog opgemerkt worden dat de SEH een onderdeel is van het ziekenhuis. Dit heeft als gevolg dat ook veel anderen in de organisatie taken uitvoeren voor de SEH. Denk hierbij aan mensen die de opname van patiënten regelen, personeel van de röntgenafdeling en administratief personeel.

3.4 Managers

Voor het onderzoek naar de acute zorg is data verzameld bij de managers van de HAP en SEH. Dankzij deze centrale rol worden ze hieronder uitgebreid voorgesteld.

De taken van een manager zijn over het algemeen nogal vaag. Door een coördinerende rol te vervullen en efficiënte taakverdelingen te ontwerpen stijgt de productiviteit van een organisatie enorm. (Pindyck, Rubinfeld 2005) Managers werken dus (een deel van de tijd) niet direct mee aan het vervullen van de taak, maar voeren het werk uit via anderen. (Peters, Waterman 1982) Managers hebben drie rollen in een organisatie (Watson 2001)

- Management als functie: Het is hun taak om te proberen de dagelijkse gang van zaken te sturen, beheersen of veranderen.
- Management als activiteit: Zij voeren een aantal overstijgende coördinerende taken uit die de organisatie sturen.
- Management als mensen: Zij zijn leden van de organisatie die een bepaalde verantwoordelijkheid hebben, namelijk de sturing van de organisatie.

Zij reflecteren constant op hun eigen rol en het welzijn van de gehele organisatie om strategieën te ontwerpen die de organisaties als verzameling mensen effectiever en productiever maakt. (Watson 2001) Deze reflecterende rol is waardevol voor een onderzoek, omdat de managers dus beschikken over veel informatie en gevoelens over de koers van de organisatie.

Hieronder staan globaal de rollen en functies omschreven van de managers in de acute zorg.

Management SEH

Hoewel ziekenhuizen enorm grote organisaties zijn, hebben zij zeer platte organisatiestructuren. De meeste spoedeisende hulpen worden dual gemanaged. Dat wil zeggen dat er een manager verantwoordelijk is voor de medische gang van zaken en een manager die verantwoordelijk is voor de organisatorische gang van zaken.

In grote ziekenhuizen is er boven het hoofd van de SEH nog een zogeheten clustermanager. Deze managers vormen een tussenlaag tussen de Raad van Bestuur en de afdelingshoofden. Uiteindelijk hoofdverantwoordelijke voor het beleid van het gehele ziekenhuis is de Raad van Bestuur. Voor samenwerkingsverbanden zijn dit dan ook de mensen die uiteindelijk een handtekening zetten onder de samenwerkingsovereenkomsten.

Management HAP

Huisartsenposten kennen een erg platte organisatiestructuur, waardoor er relatief weinig managers zijn. Deze hebben korte lijnen met personeel en huisartsen. Een directeur zei hierover het volgende:

“Je kan wel bovenin een gebouw gaan zitten, maar dat werkt natuurlijk niet”.

Het management van de huisartsenpost bevat in alle gevallen een directeur, die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken. Afhankelijk van de grootte van de HDS heeft deze ook locatiemanagers en medisch managers in dienst. Een grote HDS heeft hiernaast enkele stafmedewerkers in dienst voor de (financiële) administratie en de kwaliteit. Boven de directeur kennen de huisartsendienstenstructuren een bestuur of raad van toezicht, die de formele leiding heeft over de gehele organisatie/koepel.

De introductie van de managers in het huisartsendomein is een redelijk recente ontwikkeling. Tot de introductie van de huisartsenpost bestond dit nog niet. Huisartsen deden toen in kleine groepen omstebeurt dienst. Pas door de schaalvergroting die huisartsenpost met zich meebracht kwam er management.

Veel managers worstelen met de vraag hoe zij de huisartsen betrokken kunnen houden bij de post en toch zelf beleid te maken. Globaal zijn er twee verschillende manieren te onderscheiden hoe de directeurs met hun huisartsen omgaan. De ene groep managers ontwikkelt zelf diensten, beleid en ideeën waarna de huisartsen zelf kunnen kiezen of zij deze willen gebruiken. De andere groep mensen ontwikkelt slechts diensten, beleid en ideeën als de huisartsen daar expliciet om vragen.

Deel 2 Algemene principes

In het eerste deel van het onderzoeksrapport hebben we ons onderzoeksonderwerp gedefinieerd en ingeleid. In de delen twee tot en met vier van het onderzoeksrapport zullen we de centrale vraag beantwoorden. Deze centrale vraag is:

Wat zijn de organisatorische ontwikkelingen van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp?

In deel twee van het onderzoeksrapport omschrijven we hoe de organisaties in de acute zorg functioneren.

Allereerst zullen we in **hoofdstuk vier** de theoretische achtergronden bespreken van organisatieontwikkeling

In **hoofdstuk vijf** bekijken hoe de spoedeisende hulp en de huisartsenpost functioneren en zich daarbij tot elkaar verhouden.

Hoofdstuk 4 Organiseren en samenwerken

Nothing endures but Change (Heraclitus, Grieks dichter)

In dit hoofdstuk zoeken we een specifieke benadering van wat organisaties zijn en hoe ze veranderen, om zo te komen tot een beter begrip van de organisatorische ontwikkelingen bij de huisartsenpost en de Spoedeisende Hulp. Hoe vaak komt het namelijk niet voor dat op papier logisch en goed lijkende plannen sneuvelen in het geweld van de praktijk? Een goed plan voor het maken van het plan kan helpen bij het realiseren van gewenste organisatievormen. Overigens zullen we gaandeweg ook bespreken of organisatieverandering nodig is en op wat voor manier de organisaties veranderen.

Organisaties als sociale constructies en gedragspatronen

Wij zullen organisaties benaderen als sociale constructies. (Alvesson, Deetz 2000, Watson 2001, Bate 1994, Bate 1994, Hallet 2003, Parker 1999) Een organisatie is een verzameling van mensen, die ten behoeve van het bereiken van collectieve doelen hun krachten hebben gebundeld. Hun opvattingen, beslissingen, gedragingen en ideeën maken de organisatie tot de entiteit die zij is. Watson verwoordt het als volgt: *“Organizations are sets of ongoing human relationships utilizing various technologies in which people cooperate to achieve tasks which would otherwise not be possible, either at all or from an equivalent resource base”* (Watson 2001)

De gehanteerde opvatting van een organisatie als sociale constructie heeft betekenis voor de manier waarop zij wordt ingericht en veranderd. Het belangrijkste kenmerk van deze benadering is dat organisatiecultuur geen element is van de organisatie: het is de organisatie. (Bate 1994) Cultuur is dan ook geen object: Het is al het samenwerken en –leven van de mensen binnen de organisatie. Ook het technische handelen van de individuen in de organisatie is onderdeel van deze cultuur: Het zijn immers aangeleerde gedragspatronen die men toepast op het werk en leven binnen het geheel. Deze patronen voor handelingen worden door Argyris *“theory’s of action”* genoemd. (Argyris, Schön 1978) De gedragspatronen en de denkpatronen hebben een wederkerige relatie. De taak leidt tot een bepaalde manier van denken, maar het denken bepaalt tegelijkertijd ook hoe de taak wordt uitgevoerd. De collectieve patronen die ontstaan zijn een bijzonder effectieve eigenschap van sociale collectieven: Zonder cultuur zou elk individu continu diep moeten nadenken over zijn manier van handelen en denken, in relatie tot anderen. Doordat er een collectieve code is, kunnen mensen samen werken aan een gemeenschappelijk doel. Cultuur zijn in deze te zien als *“directions for performance”*. (Bate 1994) De gedragspatronen/culturen/ organisaties zijn echter noch statische, noch homogene fenomenen. (Skalen 2004) Dit hoofdstuk beschrijft hoe het begrijpen en gebruiken van de

natuurlijke eigenschappen van een organisatie kan bijdragen aan effectievere en beter stuurbare organisaties. Hiervoor zullen we eerst moeten begrijpen hoe de organisatie haar vorm krijgt en waaraan zij haar identiteit ontleent.

Identiteit en complexiteit

Argyris en Schön onderscheiden drie aangeleerde patronen die een organisatie haar vorm en identiteit geven. (Argyris, Schön 1978) Dit zijn patronen voor:

- ❖ Het maken van collectieve beslissingen(in naam van het collectief)
- ❖ Het delegeren van autoriteit aan individuen om te handelen voor het collectief
- ❖ Het stellen van grenzen tussen de organisatie en de rest van de wereld.

Zoals blijkt uit bovenstaande opsomming is een belangrijk onderdeel van het zijn van een organisatie dat deze een collectieve identiteit ontwikkelt en deze onderscheidt van andere identiteiten. Een organisatie is continu bezig met processen van in- en uitsluiting van (groepen) mensen. Cultuur is een proces waarbij men claims maakt over het wij en zij van de organisatie, gebruikmakend van ideeën over verschillen en overeenkomsten.(Martin 2004) Dit doet zij niet alleen als geheel ten opzichte van de buitenwereld. Ook intern bestaan er vele fractuurlijnen en scheidingen in de organisatie en cultuur.(Parker 1999, Martin 2004)Zoals iedereen weet is een organisatie in praktijk namelijk niet een groot geheel. Een SEH kent bijvoorbeeld verpleegkundigen, chirurgen, managers, arts-assistenten en SEH-artsen, ieder met een klein beetje verschillende ideeën en manieren van gedragen. Paradoxaal fenomeen is dat pogingen om de processen van in- en uitsluiting te veranderen, leiden tot een versterking ervan.(Parker 1999)Een goed voorbeeld van dit fenomeen is het benoemen van de verschillen tussen tweedelijns en eerstelijns gezondheidszorg, als poging om te integreren. Dit leidt tot een grotere cohesie binnen de partijen en een sterkere uitsluiting van anderen identiteiten en groepen.

Organisatiedynamiek

Zoals we nu hebben begrepen zijn organisaties verzamelingen mensen die hebben geleerd om doormiddel van vastgelegde, gedeelde patronen collectief gedrag te vertonen. Dit wekt de suggestie dat cultuur een complex, maar vaststaand patroon is. Deze suggestie bezit een kern van waarheid, omdat cultuur altijd het resultaat is van een leerproces, waarbij men uit ervaringen van het verleden effectieve gedragspatronen heeft ontwikkeld.(Argyris, Schön 1978)

Echter organisaties bestaan bij de gratie van menselijke activiteit die wordt toegepast op het leven van elke dag. Elke keer opnieuw worden de patronen gereproduceerd doordat mensen continu met elkaar

in interactie zijn. Maar doordat mensen continu deze patronen een klein beetje veranderen in interactie met elkaar en een veranderende werkelijkheid ontstaan – al dan niet bewust- variaties rond hetzelfde thema. (Hallet 2003).

Hierbij leert niet de organisatie als geheel nieuwe dingen: Elke onderdeel van de organisatie leert andere dingen over succesvolle interactie en nieuwe omgevingen, omdat zij andere perspectieven, andere ervaringen en andere belangen hebben. (Pressman, Wildavsky 1984) Dankzij de wederzijdse beïnvloeding is elke keer een ander verschil of overeenkomst van belang voor het definiëren en gebruiken van de patronen. (Parker 1999) Vervolgens wordt in een complexe vorm van stilzwijgende onderhandeling besloten hoe de gedragspatronen voortgang vinden in de veranderende wereld. (Hallet 2003) Organisaties zijn dus dynamische dingen, die volgens vastgelegde regels en binnen bepaalde kaders bewegen.

Elk individu heeft een rol in deze dynamiek, omdat hij een deel van zijn eigen identiteit onderbrengt in de collectieve identiteit. Echter verliest hij nooit zijn gehele individuele identiteit in de organisatie. (Parker 1999) Bovendien hebben sommige individuen door hun positie, goede ideeën of charisma een grotere invloed op de organisatie dan anderen. (Hallet 2003)

Deze spanningen zorgen ervoor dat de organisatiecultuur een complex en dynamisch proces is, dat een zekere autonomie bezit door haar ongrijpbare karakter. Maar, doordat mensen met hun ideeën en invloed er onderdeel van uit maken zijn de vorm van de organisatie en haar patronen wel degelijk te beïnvloeden. (Hallet 2003, Parker 1999)

Culturen gebonden aan de tijd

Doordat, zoals we gezien hebben de culturen en dus de organisaties bloot staan aan spanningen van binnenuit en van buitenaf, ontstaat dynamiek in het systeem. Dit betekent dat culturen zich ontwikkelen in de tijd. Elke cultuur kent een opkomst, een neergang en hoogtijdagen. Dit komt omdat het gedragspatroon slechts effectief is, tot de omstandigheden waar het oorspronkelijk voor ontworpen is niet meer van toepassing zijn. (Bate 1994). Op een gegeven moment is een patroon contraproductief geworden, en moeten er aanpassingen plaats vinden. Deze discrepantie wordt "*cultural lag*" genoemd. (Bate 1994). Niet de gehele cultuur hoeft in een enkele keer veranderd te worden: verandering moeten gelijkmatig en gericht worden ingezet om een functioneel geheel te creëren. Het is net als met een auto: Bij een kapotte auto vervangt men immers ook niet de gehele auto, maar slechts de kapotte onderdelen. (Bate 1994) De manager(s) moeten goed na denken welke culturele processen functioneel en geschikt zijn en welke processen disfunctionele relikwieën van vroeger zijn. Bij het veranderen van deze processen is het bovendien een belangrijk aandachtspunt dat de cultuur geen machine is, zoals de genoemde auto, maar dat het menselijke aspect de kern

vormt van de cultuur. Elke aanpassing heeft effect op de gehele organisatie, omdat alles processen onderling verweven zijn. Verandering is op zichzelf een cultureel proces, wat gevoelens, gedachtes en acties oproept bij alle leden van de organisatie. (Hallet 2003)

4.1 Veranderen

Culturen ontwikkelen zich dus continu door interne en externe spanningen, waarbij sommige processen niet meer bruikbaar zijn en andere wel. Verandering is nodig om de organisatie weer up to date te maken. In ons geval is deze verandering ingegeven door een wens van de overheid om huisartsenpost en ziekenhuis te laten samenwerken. Achterliggend idee is dat de zorg goedkoper en beter kan op deze manier. Een duidelijk voorbeeld van een externe invloed, waar de organisatie zich aan moet aanpassen om te overleven.

Samenwerken

De huisartsenposten en de spoedeisende hulp gaan een bewust gestuurd veranderingsproces doormaken. Beide organisaties moeten immers hun denk-, leef-en werkpatronen aanpassen aan een nieuwe situatie. Bovendien is de noodzaak tot verandering ingegeven door invloed van buiten. De vraag is wat er moet gebeuren om deze veranderingen te laten plaats vinden. Paul Bate (Bate 1994) noemt drie essentiële eigenschappen die een organisatieverandering moet hebben, om daadwerkelijk gedragspatronen te beïnvloeden. Dit zijn:

- ❖ Spanning: *“If there is no tension between directions and performance, there is no dynamic for change”.*
- ❖ Interactie. Culturen worden niet veranderd door mensen, maar *tussen* mensen. Eenzijdig gecommuniceerde denkbeelden zijn op zichzelf geen vorm van verandering. Pas als andere mensen er mee aan de slag gaan krijgt het de kenmerken van organisatieverandering.
- ❖ Actie. Verandering is meer dan een ideaal, het is iets dat daadwerkelijk bestaat. Verandering heeft plaats gevonden als mensen handelen naar de nieuwe ideeën en doelstellingen.

Dat het eerste kenmerk van verandering aanwezig is, in deze casus is zeer duidelijk. De minister heeft een bepaald idee, dat nog niet overeenkomt met de huidige werkelijkheid. Omdat de minister de factor is met de grootste macht om richting te bepalen kunnen we spreken van een (grote) spanning voor verandering. (Hallet 2003) Het plan van de minister is nog zeer vaag en ambigu. Hoe de organisaties omgaan met deze plannen bepaalt de uiteindelijke vorm van de organisatie. Een essentiële vraag die we ons moeten stellen, is hoe het plan op te vatten is. Pressman & Wildavsky beschrijven enkele eigenschappen van een plan. (Pressman, Wildavsky 1984) Volgens hen is, naast

enkele andere eigenschappen, elk plan een *statement of intention*. Het feit dat het plan wordt uitgesproken, betekent dat het onderwerp bijzondere aandacht verdient en dat hieraan een bepaalde prioriteit voor actie verbonden moet worden. In dit licht bezien kan ook de opmerking van de minister worden bekeken. Zijn plannen zijn echter vaag en summier en moeten voor implementatie dan ook opgevat worden als slechts het vertrekpunt voor organisatie. (Pressman, Wildavsky 1984)

De precieze plannen moeten in praktijk worden gevormd. Hoewel het in te denken is dat men duidelijkheid verlangt van de minister maakt juist deze vage doelstelling het gemakkelijker om effectieve plannen te creëren. Hoe strakker de regels immers zijn, hoe moeilijker het is om samenwerkingen aan te passen indien zij niet voldoen aan de verwachtingen. (Pressman, Wildavsky 1984) Aan de hand van dit rapport is het mogelijk voor de lezer om thema's te identificeren die gebruikt kunnen worden voor het vormgeven van nieuwe organisatievormen. Daarvoor moeten we eerst begrijpen wat organisatieverandering precies inhoudt.

Organisatieverandering

Het begrip "organisatieverandering" impliceert dat een organisatie twee toestanden kent: Een toestand van continuïteit en orde en daaraan tegengesteld een toestand van verandering en chaos. In werkelijkheid verandert een organisatie continu. Bate onderscheidt twee vormen van verandering (Bate 1994)

- ❖ Cultural development
- ❖ Cultural transformation

Het cultural development is een veranderstrategie gericht op orde. Elke cultuur moet zich continu aanpassen aan nieuwe situaties om hetzelfde te kunnen blijven. Elke keer weer moet een organisatie leren om om te gaan met nieuwe indrukken, situaties en invloeden. Door dit te leren, blijft de cultuur goed functioneren, binnen de kaders die de cultuur stelt. De cultuur voert als het ware een soort versiebeleid, net zoals een ontwerper van computerprogramma's. Elke nieuwe versie is beter dan de oude. Resultaten zijn de cultuurversies 1.1 en 1.2. Dit vertoont overeenkomsten met wat Argyris single loop learning noemt. (Argyris 1996) De nieuwe situatie wordt afgewogen aan de oude normen, waarna de werkelijkheid in lijn wordt gebracht met de norm. Het heet single loop, omdat er alleen feedback is van werkelijkheid naar norm.

Een cultuur kan echter ook zo moeten veranderen dat zij compleet anders moet worden. Er moet een cultural transformation plaatsvinden. Geheel nieuwe patronen van denken en doen zijn vereist en daarom moeten ook de onderliggende normen en aannames van de cultuur veranderen. De

verandering gaat van cultuur A naar Cultuur B. Dus geen versie 1.1, maar een versie 2.0 is het doel. De verschillen tussen wenselijkheid en werkelijkheid zijn in deze gevallen dusdanig groot geworden, dat niet alleen de processen maar ook de normen die eraan ten grondslag liggen verouderd zijn. Het aanleren van zowel nieuwe normen als nieuwe processen noemt men double loop leren. Het heet double loop, omdat zowel de werkelijkheid wordt getoetst aan de norm, als dat de norm wordt getoetst aan de werkelijkheid.

Hoe de huisartsenpost of de spoedeisende hulp de veranderingsprocessen inzetten, of dat men überhaupt besluit tot het veranderen van de organisatie is nog geheel open. Daarom is het gebruik van het concept leren, in dit geval het meest toepasselijk. In de praktijk kan het best bepaald worden welke ontwikkelingen het meest gewenst zijn. Bovendien kunnen de managers de gekozen veranderingsprocessen tot stand brengen in coöperatie met alle betrokkenen. Uit grootschalig onderzoek naar een veranderingstraject blijkt dit draagvlak en kwaliteit van de verandering te verbeteren. (Khan, Bate & Pye 2000)

Maar hoe werkt een dergelijke lerende strategie in de praktijk? Een belangrijke eigenschap hiervan is dat er effectieve nieuwe ideeën worden ontwikkeld voor het functioneren van de organisatie. Maar alleen theoretisch leren is niet genoeg voor de organisatieverandering. Naast de spanning tussen plan en werkelijkheid, heeft verandering nog twee eigenschappen. De cultuur moet niet alleen denkpatronen bevatten maar vooral doepatronen. En zij moet veranderen tussen mensen en niet door mensen. De plannen moeten zich verplaatsen van de tekentafel naar de realiteit. De kwaliteit van een nieuw plan is namelijk precies dat wat het bijvoeglijk naamwoord zegt: Het is nieuw. (Pressman, Wildavsky 1984) Dat betekent dat het perfect is aangepast aan het heden en geen last heeft van invloeden uit het verleden. Zijn kracht is echter ook zijn zwakte: Om het praktisch toepasbaar te maken, moet het ook een link hebben met de realiteit. Het ontwikkelen van het nieuwe idee in de praktijk is een continu, oneindig en complex proces. De organisatie is immers zelf een complex en dynamisch proces, dat zich moeilijk laat begrijpen of beïnvloeden.

Interactie en weerstand

Op het moment dat een organisatie zo ver is dat de verandering van de tekentafel naar de realiteit gaat, ontstaat bijna altijd weerstand. Weerstand wordt over het algemeen gezien als de schaduwkant van verandering. Ik denk ook dat weerstand onlosmakelijk verbonden is aan verandering, maar dat een beter begrip ervan kan leiden tot beter uitgewerkte organisatieveranderingen. Weerstand is namelijk niet alleen hinderlijk gedrag van werknemers, maar kan ook opgevat worden als bron van informatie. (Piderit 2000) Weerstand kan namelijk ook oprecht en juist zijn, en niet een poging om het systeem te frustreren. Sandra Piderit betoogt dat weerstand tegen verandering vaak wrijving is, die

ontstaat doordat het systeem in beweging wordt gebracht. Niet de verandering op zich is het probleem, maar juist de nieuw nagestreefde situatie.

People may resist loss of status, pay, comfort, but these are not the same as resisting change. (Dent, Golberg 1999)

Bovenstaand citaat doet ons beseffen dat een verandering of een plan tot verandering altijd in het nadeel van sommigen is, omdat de doelen veranderen en daarmee samenhangend middelen anders worden ingezet. (Pressman, Wildavsky 1984) Het is logisch dat mensen zich verzetten tegen veranderingen die hen nadelig beïnvloeden. We moeten echter in ons achterhoofd houden dat ook de huidige situatie nadelige effecten heeft, die ten koste gaan van tijd, energie en middelen. (Pressman, Wildavsky 1984) Er is niet voor niets besloten om de organisatie te veranderen.

Het is productiever om verandering te gebruiken als bron van energie en informatie voor het verbeteren van de veranderingsplannen. (Dent, Goldberg 1999) Sandra Piderit heeft een model ontworpen, dat het mogelijk maakt om op deze manier naar weerstand te kijken. (Piderit 2000) Zij laat zien dat weerstand niet eendimensionaal is. Men kan bezuinigingsmaatregelen steunen, omdat dit beter is voor de bedrijfsvoering en tegelijkertijd bang zijn dat de eigen baan verloren gaat. Door dit soort ambiguïteit te begrijpen, is het mogelijk om betere plannen te ontwerpen en daarmee samenhangende veranderingsprocessen in te richten.

Wel kost organisatieverandering een zekere hoeveelheid schaarse middelen en tijd, die ten koste gaan van de tijd en middelen van het normale productieproces. Voortbouwend op de opmerking van Dent en Goldberg (Dent, Goldberg 1999) dat weerstand wordt veroorzaakt door concrete oorzaken, is het duidelijk dat deze kosten voor het verschuiven van het systeem een belangrijke bron van irritatie en frustratie zijn. Juist de personen die het meest betrokken zijn en dus hun gedrag moeten gaan aanpassen, moeten de meeste tijd en middelen investeren. Dit noemen Pressman & Wildavsky "*capture theory*". Hun theorie komt erop neer dat een proces van controle wordt gekaapt door diegene wie zij probeert te veranderen. (Pressman, Wildavsky 1984) Het ontstaan van weerstand doet ons realiseren dat er beperkingen zijn aan de mogelijkheden tot verandering. Sommige dingen van een organisatie kunnen niet veranderd worden, omdat deze zaken het bestaan van de definiëren. (Parker 1999) Tegelijkertijd is het door het ongrijpbare karakter van organisaties soms onmogelijk om vantevoren te bepalen wat voor effecten een verandering gaat hebben. Sterker nog, Harris en Ogbanna betogen dat elke verandering bijeffecten heeft en dat je het succes van de verandering slechts kunt beoordelen aan de hand van de complete nieuwe situatie, inclusief bijeffecten. (Harris, Ogbanna 2002). Uit onderzoek blijkt dat deze neveneffecten, zoals frictie en aanpassing van de plannen, ontstaan als publieke organisaties worden gedwongen om beter te gaan presteren of op een

andere manier hun diensten moeten organiseren. De werkbaarheid van het plan wordt volgens deze studie bepaald, door de mate waarin het plan om kan gaan met deze onvermijdelijke spanningen.(Skalen 2004) Door het betrekken van alle betrokkenen en hen samen te laten werken aan de plannen voor verandering is het volgens Khan en Bate mogelijk om zowel het proces als de uitkomsten van het veranderingstraject te verbeteren. (Khan, Bate & Pye 2000)

De lerende organisatie

Plan en uitvoer zijn dus voortdurend in ontwikkeling en beïnvloeden elkaar. Goede uitkomsten zijn pas te behalen als de plannen goed worden uitgevoerd, maar ook als de plannen op zichzelf goed zijn. Beiden moeten continu verbeterd en op elkaar afgestemd worden. Daarom pleiten Pressman & Wildavsky voor niet alleen het implementeren van het plan, maar daarmee samenhangend ook een strategie om te leren.(Pressman, Wildavsky 1984) Deze strategieën om te leren moeten zowel single loop, als double loop van aard zijn. De organisatie moet zich namelijk herbezinnen op een helemaal nieuwe situatie met daarbij passende nieuwe normen en systemen. Tegelijkertijd moeten effectieve bestaande patronen aangepast worden en de nieuwe praktijken verder geperfectioneerd worden om tot een nieuwe gewenste situatie te komen. Tot slot is het van essentieel belang dat het geleerde in praktijk wordt gebracht in de organisatie. Nieuwe ideeën moeten vertaald worden naar de dagelijkse processen van de organisatie. Dit kan door de “theory of action” vast te leggen in een protocol of de nieuwe taakverdelingen vast te leggen in organogrammen. Maar ook door zaken van symbolische waarde in gebruik te nemen zoals nieuwe huisvesting.(Khan, Bate & Pye 2000)

Samenvattend is het duidelijk geworden dat voor het benaderen van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp een model is gekozen dat benadrukt dat organisaties sociale eenheden zijn die moeten blijven leren om optimaal afgestemde gedrag patronen te hanteren voor het functioneren van de organisatie. Dit lerende, sociale model voor verandering en samenwerking is gekozen, omdat het onmogelijk is om een universeel plan te schrijven voor samenwerkingen van HAP en SEH. Overal is de lokale situatie weer anders en moet de globale lijn aangepast worden aan de ter plekke geldende realiteit. Ik vergelijk lokaal beleid dan ook met afstellen van een raceauto. Elke race wordt gereden met dezelfde auto, met vaststaande kwaliteiten. De auto moet echter per circuit –omgeving en haar lokale omstandigheden- worden afgesteld voor optimale prestaties. Maar hoe de auto precies wordt aangepast aan het circuit is niet alleen afhankelijk van de omgeving, maar ook in grote mate van de persoonlijke voorkeur en rijstiel van de coureur(de manager).

In het vervolg van het rapport zullen we handreikingen bespreken voor het identificeren van de belangrijkste kwesties en vertrekpunten voor het organiseren van de huisartsenpost en de

spoedeisende hulp. De kernvraag voor het organiseren van de acute zorg is voor managers niet: Wat moet er veranderd worden? Maar: Wat moet er gedaan worden? Verandering is een noodzakelijk onderdeel van het proces van organiseren. Organisatie is nooit een afgerond project, maar een continu proces. Organisatiewetenschapper Martin Parker wijst er dan ook op dat het woord werk niet voor niets verwijst naar zowel een proces als een afgerond project. (Parker 1999)

In het volgende hoofdstuk bespreken we de belangrijkste eigenschappen van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Wat doen zij in hun dagelijks leven en welke theory's of action liggen hieraan ten grondslag? Met andere woorden: Wat is hun cultuur?

Hoofdstuk 5 Acute zorg

Dit hoofdstuk behandelt het repertoire van diensten van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp, zodat we een begrip ontwikkelen voor de organisatie van de acute zorg.

5.1 Wat is acute zorg?

Acute zorg is geen product, maar een dienst. In deze zin zijn de SEH en HAP dus dienstverlenende organisaties. Het leveren van diensten is een essentieel andere bezigheid dan het verkopen van producten. Anders dan producten zijn diensten ongrijpbaar. De afnemer van de dienst krijgt geen tastbaar iets in handen, het resultaat van een dienst is een *toestandverandering* bij een klant. (Gastelaars 2003) Ten grondslag aan de ingezette interventie die de toestandverandering moet bewerkstelligen ligt een professionele beoordeling van wat moet gebeuren; In dit geval de diagnose. Maar ook de vraag van de klant ligt ten grondslag aan de toestandverandering.

Hieronder zijn, vrij naar van der Aa en Elfring, nog enkele kenmerken opgenoemd van een dienst, met een voorbeeld uit de acute zorg. (Aa, Elfring 2003)

<u>Goederen</u>	<u>Diensten</u>	<u>Voorbeeld medische dienst</u>
Tastbaar	Ontastbaar	<i>“Gezondheid”</i>
Productie en consumptie gescheiden	Productie en consumptie tegelijkertijd	<i>Bloedprikken</i>
Klant en producent gescheiden	Klant medeproducent	<i>Anamnese voor diagnose</i>
Creatie toegevoegde waarde in fabriek	Creatie toegevoegde in interactie met cliënt	<i>Terugkoppeling van patiënt over effecten behandeling</i>
Eigendomsoverdracht bij verkoop	Eigendomsoverdracht onmogelijk	<i>Consult</i>

Zoals uit bovenstaande blijkt, is een zeer belangrijke eigenschap van een dienst dat de klant erbij is betrokken. Waar, wanneer en door wie de dienst wordt geleverd, is hiermee gelijk van groot belang. In de kern is dit het probleem van dit onderzoek: Hoe kan de gezondheidszorg zo worden georganiseerd, dat een patiënt met een acute hulpvraag op de juiste manier wordt behandeld, op de juiste plaats, door de juiste persoon op het juiste moment?

Inherent het bovenstaande vraagstuk is dat de vraag van de patiënt en het aanbod van de organisatie goed op elkaar afgestemd te zijn. Hoe is het onder deze voorwaarden mogelijk om goede acute zorg aan te bieden?

Hechte relatie vraag en aanbod

Omdat in dit onderzoek acute zorg wordt benaderd als dienst, moet de kwaliteit ervan eveneens beoordeeld worden op basis van kwaliteitskenmerken van een dienst. Vanwege de eerder genoemde ongreepbaarheid en complexiteit is kwaliteit moeilijk te meten.

De managers van zowel HAP als SEH, evenals andere mensen die geobserveerd zijn in het onderzoek nemen als uitgangspunt voor het organiseren van de zorg een zogeheten klant-/patiëntperspectief. Bij het hanteren van een dergelijk perspectief wordt de patiënt centraal gesteld bij het organiseren van de diensten. Zoals blijkt uit de DSI's (voornamelijk van HAP afkomstig) wordt dit gedaan door als uitgangspunt voor het aanbieden van de dienst de *hulpvraag* van de patiënt te gebruiken. Met andere woorden: De klant stelt een bepaalde vraag, die de organisatie moet oplossen. Dit uitgangspunt voor de publieke dienstverlening is afkomstig uit het bedrijfsleven en de verwachting is dat deze tendens nog enkele jaren zal aanhouden. (Noordegraaf 2004, Saltman 2002, Ates 2004). Inherent aan deze benadering is dat de kwaliteit van zorg eveneens wordt gedefinieerd uit het oogpunt van de patiënt. In de interviews met zowel huisartsenpost als spoedeisende hulp kwam echter aan bod dat deze managers vonden dat de patiënt niet echt in staat was om de kwaliteit van zorg te beoordelen. Zowel een HAP-manager als een SEH-manager redeneerden in een interview dat een gemiddelde patiënt de kwaliteit van zorg slechts evalueert met het criterium of genezing heeft plaatsgevonden. Indien dit niet het geval is, is de zorg slecht. Deze beperkte vaardigheid van de klant om de kwaliteit van dienstverlening te beoordelen maken het bovendien erg lastig voor de patiënt om goed zijn vraag te bepalen.

Specifieke medische deskundigheid is nodig voor het optimaal vervullen van de rol van patiënt, maar deze competenties zullen bij de meeste patiënten ontbreken. Hiermee samenhangend is de positie van de patiënt erg afhankelijk van de zorgverleners die hem moeten helpen. Dit is wat Gastelaars noemt een *overlevingsprobleem*. (Gastelaars 2003) De patiënt werkt mee aan het zorgverleningproces, maar dit is gedwongen en passief. De patiënt vraagt immers hulp, omdat deze niet in staat is om zelf zijn probleem op te lossen. De patiënt is dus slechts één van de partijen die van invloed zijn op de dienstverlening. (Gastelaars 2003) Slechts het hanteren van een patiëntenperspectief is daarom niet altijd houdbaar voor het vormgeven van diensten. Problematisch is daarom dat de visie van de politiek op goede acute zorg neemt wel ondubbelzinnig de patiënt als uitgangspunt neemt voor de

dienstverlening. (Klink, Bussemaker 2008). Zorgaanbieders en beleidsmakers moeten dit uitgangspunt vervolgens vertalen naar goede zorg.

Zowel de vraag van de patiënt als de mening van de professionals bepaalt dus hoe de dienstverlening vorm krijgt. Beide aspecten komen in het rapport daarom uitgebreid aan bod. In hoofdstuk zes bespreken we welke vraag naar acute zorg er precies is. In hoofdstuk zeven bespreken we welke invloed de eigenschappen de aanbieders hebben op de acute zorg.

Uitgangspunt voor het organiseren van goede acute zorg

Voor een goed begrip van de dienstverlening stellen we in deze sectie van het rapport een definitie op van acute zorg. Deze definitie wordt opgesteld vanuit het oogpunt van managers, omdat zij degene zijn die onderzocht zijn. Dit heeft twee gevolgen voor de vorm van de definitie.

Ten eerste is het een aanbod definitie, maar herbergt de definitie zowel elementen van vraag als van aanbod. Dit vloeit voort uit de coördinerende, overstijgende rol die managers spelen in organisaties. (Watson 2001)

Ten tweede betekent dit dat de definitie een optimalisatie van de acute zorg nastreeft. Ook deze eigenschap vindt zijn herkomst in de gebruikte onderzoeksgroep. Managers hebben als taak om de organisatie te laten voortbestaan in de toekomst. (Watson 2001) Dit voortbestaan in de toekomst wordt gelegitimeerd door het uitvoeren van een maatschappelijke taak, die zijn oorsprong vindt in een maatschappelijke behoefte. (Gastelaars 2003) De maatschappij eist van organisaties dat deze hun taken zo goed mogelijk uitvoeren. (Noordegraaf 2004) De taak van managers is dus om een zo goed mogelijke organisatie te realiseren, zodat het voortbestaan van de organisatie maatschappelijk (en hiermee waarschijnlijk ook economisch) gelegitimeerd is. De dienst die geleverd moet worden is dus *goede acute zorg*. De vraag is wat goede acute zorg is.

De maatschappij stelt in de persoon van de minister dat als uitgangspunt voor de kwaliteit van zorg de hulpvraag van de patiënt moet worden genomen. (Klink, Bussemaker 2008) Dit komt overeen met definities van kwaliteit van dienstverlening uit de literatuur, die kwaliteit definiëren als de ervaren kwaliteit minus de verwachtingen (Aa, Elfring 2003) Als de ervaring van de klant de kwaliteit bepaalt dan heeft dit voornamelijk betrekking op de bejegening en de uitkomsten van de zorgverlening. Welke factoren van de dienstverlening zijn hierbij bepalend voor de ervaring van de kwaliteit? Op basis van een jarenlang onderzoek onder klanten van dienstverlenende bedrijven zijn hiervoor verschillende hoofddimensies onderscheiden van de kwaliteit van dienstverlening. (Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990) Hierbij verschilt het per type dienstverlenende organisatie wat de belangrijkste dimensies van kwaliteit zijn voor hun specifieke bedrijfsvoering.

Naar aanleiding van het onderzoek heb ik twee dimensies uit het totaal van vijf eruit gelicht die voor de kwaliteit van de acute zorg bepalend zijn. Dit heb ik gedaan door uit de vragenlijsten en de interviews te destilleren hoe de managers de relatie met de patiënten te omschrijven. Deze generalisatie is gebaseerd op data afkomstig van zowel huisartsenpost als spoedeisende hulp. Ten eerste is de mening van de respondenten dat een patiënt verwacht *“dat hij goed geholpen wordt.”* De medisch-technische expertise moet optimaal georganiseerd zijn. Deze medisch-technische expertise is te vergelijken met de dimensie *zekerheid*. Dit betekent dat een patiënt van een acute zorg instelling verwacht dat hij bekwaam geholpen wordt, zonder gezondheidsrisico's. Eventueel zou de zin *“goed geholpen”* nog betrekking kunnen hebben op de dimensie *hoffelijkheid*, maar deze dimensie speelt een minder grote rol in de beleving van de respondenten. De andere dimensie van de kwaliteit is dat volgens respondenten de patiënt kan vertrouwen op de geboden zorg. Dit komt overeen met de dimensie betrouwbaarheid: Met andere woorden: wordt de dienst betrouwbaar en accuraat geleverd, zoals de patiënt dat verwacht. (Aa, Elfring 2003). Deze opvatting heeft uiteraard ook een link met de dimensie zekerheid.

Samenvattend is goede acute zorg betrouwbaar en wordt geleverd met de grootst mogelijke bekwaamheid. Tot nu toe hebben we ons echter alleen gericht op een definitie van kwaliteit. Maar de overheid wil dat de gezondheidszorg niet alleen kwalitatief goed is, maar ook betaalbaar blijft. (Klink 2008a) Dit gecombineerde streven wordt in het vakjargon *“doelmatig”* genoemd. Dit betekent dat de grootst mogelijke expertise te duur is. Niet zorg aanbieden met alle mogelijke middelen is het doel, maar zorg aanbieden met voldoende/ de juiste middelen is het doel.

Zoals we eerder zagen, is voor de levering van een dienst de patiënt nodig. Deze mag dus niet ontbreken in de definitie. Pas als deze op de juiste manier om hulp vraagt bij de juiste organisatie kan de patiënt goed geholpen worden. De zorgaanbieder kan pas medische expertise en betrouwbaarheid leveren, als dit in coöperatie met de patiënt gebeurt. Deze medewerking hoeft echter niet actief te zijn en is dus enigszins betrekkelijk.

Tot slot ontbreekt er nog één element aan de definitie van goede acute zorg. Namelijk het medisch acute aspect. De patiënt moet zijn medische hulpvraag dusdanig ervaren dat hij van mening is dat medische behandeling ervan zo snel mogelijk plaats moet vinden. Dit acute aspect van de zorg voegt aan de definitie toe dat de zorg op het juiste moment plaats moet vinden. Immers, elke klacht direct behandelen is niet nodig, maar klachten die medisch gezien direct ingrijpen nodig hebben moeten wel meteen behandeld worden. Hier is dus gekozen voor een benadering van zorg die doelmatigheid nastreeft.

Definitie van acute zorg

Kort samengevat is goede acute zorg te definiëren als een

- ❖ Toestandsverandering van een persoon die naar aanleiding van een
- ❖ Hulpvraag die op basis van de beoordeling van de patiënt
- ❖ Van spoedeisende medische aard is en
- ❖ In directe aanwezigheid en
- ❖ Betrekkelijke coöperatie met de patiënt wordt afgehandeld
- ❖ Met de juiste medische expertise en betrouwbaarheid.
- ❖ Op het juiste moment

Hieronder zullen we bespreken hoe de dienstverlening is georganiseerd en welke functies de huisartsenpost en de spoedeisende hulp vervullen voor het realiseren van goede acute zorg.

5.2 Wat doen de huisartsenpost en de spoedeisende hulp?

Hoewel SEH en HAP alle twee acute zorg leveren, bestaan er grote verschillen in wat zij doen.

HAP

Huisartsenvoorzieningen worden bemand door medisch generalisten, die van heel veel een beetje weten.

De respondenten van de HAP omschrijven de rol en competentie van de HAP als regisseur en poortwachter van de Nederlandse gezondheidszorg buiten kantooruren. Als poortwachter filteren zij de zorgvragen die binnenkomen. Omdat alle patiënten (in principe) eerst langs een huisartsenvoorziening gaan, heeft een huisarts ook de regie voor het doorsturen naar andere voorzieningen. Daarnaast vinden de directeuren de zorg die wordt aangeboden door de HAP laagdrempelig, goed bereikbaar, goedkoop (in vergelijking met andere zorgvoorzieningen) en goed.

SEH

De spoedeisende hulp wordt bemand door medisch specialisten die van een beetje heel veel weten. De managers van de SEH omschreven in DSI'en en interviews hun rol en competenties als specialistische, complexe, urgente zorg maar ook "*zorg die niet in de eerste lijn kan*". Een toevoeging van twee SEH-managers was dat zij meenden dat SEH's ook de leverancier waren voor "*topklinische zorg*".

Op basis van de omschrijvingen van de HAP en de SEH vervullen zij beide verschillende taken, waarbij er wel enige overlap bestaat gezien de formulering “zorg die niet in de eerste lijn kan”.

De taakverdeling van HAP en SEH is formeel heel duidelijk: In principe behandelen de generalisten de klachten, tenzij deze meer specialistische expertise en middelen behoeven. (Klink 2008a) Hun dienstverleningen zijn dus oorspronkelijk complementair aan elkaar ontworpen.

Verschillen

Een duidelijkere analyse van overeenkomsten en verschillen laat beter zien hoe deze taakverdeling in praktijk in zijn werk gaat. Tijdens het onderzoek heb ik me consequent afgevraagd wat de overeenkomsten en verschillen zijn tussen HAP en SEH.

Op basis van de observaties, interviews en literatuur ben ik tot onderstaand overzicht van verschillen gekomen.

- ❖ De HAP is een eerstelijnsvoorziening, de SEH is formeel een tweedelijnsvoorziening. Dit betekent dat alle patiënten zich eerst melden bij een huisartsenvoorziening. De SEH krijgt (in principe) op verwijzing zijn patiënten aangeleverd, welke dus al geselecteerd zijn op diagnose en urgentie.
- ❖ De HAP en de SEH hebben beiden een andere filosofie van zorg. Een huisarts gaat ervan uit dat zijn patiënt gezond is, tot het tegendeel bewezen is. De SEH gaat ervan uit dat een patiënt ziek is tot het tegendeel bewezen is. Dit cultuurverschil wordt altijd genoemd, als men het over een samenwerking van HAP en SEH heeft.
- ❖ Een HAP en een SEH werken op andere tijden. Waar een HAP slechts buiten kantoortijden open is, is een SEH 24/7 open. De SEH “concurrereert” dus overdag met een huisartsenpraktijk en in de ANW met een HAP. De nachtsituatie is voor een SEH eveneens anders, omdat deze dan opereert met beperktere capaciteit.
- ❖ De prijs voor consulten zijn verschillend. Een spoedeisende hulp vraagt veel meer geld voor een consult dan een huisartsenpost.
- ❖ De plaats van de behandeling is van invloed op de geleverde zorg. Beide organisaties hebben andere voorzieningen achter de hand. Zo kan een SEH bijvoorbeeld een gipskamer of een röntgenapparaat inzetten, terwijl een huisarts hierover geen beschikking heeft. Een HAP heeft daarentegen de beschikking over het volledige zorgdossier en kan op de persoon gerichte integrale zorg leveren.
- ❖ Er is een verschil in de afhandeling van klachten. De afhandeling van klachten in een ziekenhuis is over het algemeen arbeidsintensiever, waardoor vooral laagurgente klachten langer moeten wachten. Op een huisartsenpost worden deze klachten vaak sneller behandeld,

maar er bestaat de mogelijkheid dat mensen met zeer laagurgente klachten hun eigen huisarts moeten bezoeken tijdens kantooruren.

- ❖ De HAP en de SEH hebben de entree van de klant in hun organisatie anders vorm gegeven. Om terecht te kunnen op de huisartsenpost moet een patiënt- in principe- eerst bellen voor hij behandeld kan worden. Na telefonische triage wordt er aan de behandeling een bepaalde prioriteit gegeven, waarna de patiënt zich kan melden. Op de SEH komt de patiënt altijd fysiek binnen in de organisatie. Na binnenkomst(ambulance, zelfverwijzing of verwijzing) begint de behandeling. De triage bij de HAP gaat telefonisch, bij de SEH fysiek.
- ❖ De triagesystemen van beide instellingen verschillen. De HAP gebruikt de NHG-wijzer, waar de SEH's meestal het ESI of het MTS gebruiken. Deze systemen verschillen van elkaar in de wijze waarop ze diagnoses stellen en welke prioriteit ze toekennen aan bepaalde aandoeningen. Het voert te ver om deze verschillen op deze plaats verder uit te werken.
- ❖ Beide instellingen leveren acute zorg, maar bezitten binnen de acute zorg wel hun eigen unieke diensten. Zo rijdt een SEH geen visites, maar worden alle patiënten naar het ziekenhuis toe gebracht. De spoedeisende hulp beschikt aan de andere kant wel over de apparatuur en kennis om bijvoorbeeld botbreuken te behandelen.
- ❖ De SEH is slechts een voorportaal waar de patiënt wordt gestabiliseerd en zijn eerste behandeling ontvangt, terwijl huisartsen patiënten integraal en langdurig begeleiden. Kortom: het verschil in dienstverlening wordt veroorzaakt door een andere tijdstraject van behandelen.
- ❖ Een huisarts heeft een integrale rol in de zorg, waarbij elke aandoening wordt gezien en een behandeltraject wordt uitgezet. Hierbij regisseert de HAP het zorgtraject van de patiënt. Hiervoor hebben huisartsenposten goede contacten met bijvoorbeeld de thuiszorg. De SEH levert slechts een afgesloten dienst, waarna het behandeltraject verder gaat zonder bemoeienis van de SEH. Kortom: De huisarts richt zich op een hele patiënt, de SEH richt zich op een aandoening.
- ❖ Er bestaat een verschil in de hoeveelheid middelen die de SEH en de huisarts nodig hebben voor de behandeling van een patiënt. De huisarts heeft minder middelen nodig.(Dale et al. 1996, Murphy et al. 1996) Of dit van invloed is op de kwaliteit is afhankelijk van het type patiënt dat wordt behandeld. (Fisscher, 2003)

Overeenkomsten

Zoals we zien zijn de spoedeisende hulp en de huisartsenpost organisaties met een uiteenlopende dienstverlening. Ondanks deze verschillen kennen de instellingen een klein grijs gebied waarin ze

beiden opereren. Voor patiënten is het in dit gebied moeilijk om een goed onderbouwde keuze te maken voor huisartsenpost of spoedeisende hulp. Bijvoorbeeld bij acute infecties of benauwdheidsklachten kan er zowel voor de huisartsenpost als de spoedeisende hulp worden gekozen. (Giesen 2007) Dit laatste is misschien niet de formeel wenselijke weg, maar de patiënt zal wel de door hem gevraagde zorg ontvangen. Binnen het dienstenaanbod vindt er ook een beweging plaats van de SEH en de HAP naar elkaar toe.

- ❖ De belangrijkste overeenkomst is dat de SEH niet alleen een tweedelijnsvoorziening is, maar soms ook functioneert als eerstelijnsvoorziening. Het is voor patiënten mogelijk om met acute klachten rechtstreeks de SEH te bezoeken. Deze groep- zogeheten zelfverwijzers – zijn volgens onderzoeken te behandelen op de SEH, maar zouden ook goed door een huisarts kunnen worden gezien, tegen lagere kosten. (Giesen et al. 2007) De directe toegankelijkheid van de SEH is in sommige gevallen overigens een groot goed. Voor een verdere uitwerking van dit probleem wordt de lezer verwezen naar hoofdstuk 7.
- ❖ De aanstelling van SEH-artsen betekent dat er ook op de SEH medische generalisten gaan werken, die gespecialiseerd zijn in spoedzorg. Ongeacht of deze laagurgent of hoogurgent is. Deze SEH-artsen doen zelfs een stuk van hun opleiding bij huisartsen en schurken in die zin tegen huisartsenzorg aan, hoewel het wel degelijk een ander beroep is.
- ❖ Huisartsen zijn door het oprichten van de huisartsenposten bewuster bezig met het leveren van acute zorg. In deze zin bewegen zij zich dus richting SEH. Een goed voorbeeld hiervan is het ABC-denken. Dit is een methode om de eerste diagnose te stellen bij een acute patiënt.
- ❖ Van nature bestaat er een overlap tussen patiënten die door de SEH worden gezien, en patiënten die door de huisartsen worden gezien. Overleg en het gezamenlijk coördineren van een behandeltraject zijn dan vereist.
- ❖ De ontwikkeling van het Nederlandse Triage Systeem om in de toekomst uniform te kunnen triëren en de patiënt te verwijzen naar de juiste zorgaanbieder.

Hoe zou de kwaliteit van dienstverlening kunnen verbeteren van de acute zorg?

De belangrijkste conclusie die we kunnen trekken uit bovenstaande omschrijving is dat er een groot verschil bestaat tussen de zorg die het ziekenhuis en de huisartsenpost leveren, maar dat er ook enkele kleine overeenkomsten bestaan. Om te voldoen aan de definitie van goede kwaliteit is het cruciaal dat de patiënt de juiste medische expertise en betrouwbaarheid kan verkrijgen op het juiste moment. Gezien de verschillende functies die de beide zorgaanbieders uitoefenen is een kernvraag voor het vormgeven van het zorgmodel of de patiënt op de juiste plaats wordt behandeld.

Deel 3 Sturing Organisaties

In dit deel van het onderzoeksrapport komen de onderzoeksdata aanbod. In een uitgebreide beschouwing gaan we dieper in op de aard van de dienstverlening die HAP en SEH bieden. We zullen ons richten op de vraag hoe acute zorg in praktijk wordt georganiseerd en welke uitdagingen en knelpunten er bestaan voor het bewerkstelligen van goede zorg.

De indeling van dit rapport is opgedeeld in drie onderling samenhangende hoofdstukken.

In **hoofdstuk zes** wordt de rol van patiënt besproken en zijn vaardigheden om deze rol te vervullen.

In **hoofdstuk zeven** wordt de zorg besproken vanuit het oogpunt van de professionals.

Tot slot komen in **hoofdstuk acht** de overheidsregels aanbod die sturing geven aan de acute zorg.

Hoofdstuk 6 De Spoedeisende Patiënt

In het vorige hoofdstuk zagen we hoe de patiënt een cruciale positie vervult in het zorgproces, maar dat deze rol pas ingevuld kan worden als de organisaties zijn ingericht op de eigenschappen van de patiënt. In dit hoofdstuk bespreken we de vraag naar acute zorg en welke vraagstukken dit oproept voor het managen van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Uit een overstijgend gezichtspunt zou dit hoofdstuk ook de microbenadering van de acute zorg genoemd kunnen worden.

6.1 Patiënten in de acute zorg

Hieronder zijn enkele korte karakteristieken weergegeven van de patiënten die de SEH en de HAP bevolken.

Alle huisartsenposten in Nederland samen kregen in het jaar 2008 ongeveer 3,9 miljoen zorgvragen te verwerken. Alle spoedeisende hulpen waren goed voor 2,8 miljoen patiëntencontacten. (Schrijvers et al. 2008) Deze zorgvraag neemt al enkele jaren sterk toe. Uit de Atlas van de Spoedzorg (Schrijvers et al. 2008) blijkt dat huisartsenposten in de regio Utrecht in de periode van 2004 tot 2008 29% meer patiënten te verwerken hebben gekregen. Voor SEH's lag dit percentage op 23%. Het is de verwachting dat de zorgvraag in de komende jaren verder gaat toenemen. De atlas van de Spoedzorg noemt een percentage van 7% per jaar voor huisartsenposten. (Schrijvers et al. 2008) Dit percentage is gebaseerd op een onveranderd beleid en meelopende financiële groei. Verder sluit dit groeibeeld incidenten uit, zoals een grote vliegcrash of een pandemie. De cijfers zijn speculatief van aard, maar geven wel aan dat de vraag zal blijven groeien. Hiervoor zijn enkele redenen. De vraag naar huisartsenzorg in het algemeen groeit sterk. (NZa 2009a) Bovendien is beleid van de minister erop gericht om meer zorgvragen af te handelen in de eerste lijn. De HAP zou als huisartsenvoorziening hierdoor nog verder groeien ten koste van patiëntencontacten van de SEH. (Schrijvers et al. 2008). Op dit moment neemt echter de vraag naar eerstelijnszorg wel toe, maar de vraag naar tweedelijnszorg neemt nog niet af. (NZa 2009a) Ook demografisch is er een toename te verwachten van het aantal spoedzorg contacten, namelijk door de vergrijzing. (Schrijvers et al. 2008)

Er bestaat één mogelijke remmende factor voor dit groeibeeld. De huisartsenpost is een nieuwe organisatie, die een geheel nieuwe dienst levert. Het zou kunnen dat deze nieuwe dienst de markt nu verzadigd heeft, zodat de groei stagneert. (Schrijvers et al. 2008) Hoe de zorgvraag gaat toenemen is verder onzeker. Het beleid van de overheid is erop gericht om dit vooral in de eerste lijn plaats te laten vinden.

De vraag naar acute zorg is het hoogst in het weekend overdag. Dan krijgt een zorgaanbieder gemiddeld 8,1 patiëntencontacten per uur. (Schrijvers et al. 2008) Dit wordt voornamelijk veroorzaakt

doordat de “gewone huisarts dicht is”. Immers 22,8% van de weekendbezoekers van de HAP geeft aan dat ze dan niet naar de eigen huisarts kunnen. (Giesen 2009) Mijns inziens is er nog een andere verklaring dat mensen in het weekend vaker medische hulp zoeken bij een instelling voor acute zorg. In het weekend is er een lange periode geen reguliere (huisartsen) zorg voor handen. Wanneer zich bijvoorbeeld op een vrijdagavond klachten ontwikkelen, kan men vaak niet wachten met behandeling tot de maandag.

Een andere factor van belang voor het hoge aantal weekendbezoekers die veel respondenten noemen van zowel HAP als SEH en- die bevestigd wordt door onderzoek- is het grote aantal letsels dat ontstaat bij de vrijetijdsbesteding. (Giesen et al. 2008b)

Doordeweeks tussen 00.00 uur en 7.59 uur is het aantal contacten het laagste, namelijk gemiddeld 0,7 per uur. (Schrijvers et al. 2008).

Bevolking HAP

Zoals gezegd heeft het grootste deel van de patiëntenpopulatie geen zorgvraag die acuut behandeld hoeft te worden. Dit is opvallend, omdat een HAP in principe voor een patiënt alleen bereikbaar is voor klachten die niet kunnen wachten tot de reguliere (huisartsen)zorg voor handen is. Toch is bij de huisartsenposten maar liefst 49,7% van de spoedzorg uitstelbaar tot volgende dag.(Schrijvers et al. 2008) Mensen krijgen dan de triagecode U4 toebedeeld, wat betekent dat er geen tijdsdruk bestaat om de behandeling te starten. De aard van de medische klachten zelf is zeer divers, al meldt de grootste groep-26,4%- zich met infecties. (Giesen et al. 2007)

Ongerustheid is de belangrijkste reden om de HAP te bezoeken, gecombineerd met de eigen inschatting dat men moet spoed een huisarts moet bezoeken. Beide motivaties worden in meer dan de helft van de gevallen genoemd door bezoekers van de HAP.(Giesen 2009) Overdag geen tijd, of een vraag om een second opinion speelt geen rol in het bezoeken van een HAP. (Giesen 2009) Een kwart van de patiënten contacteert de HAP omdat medische informatie willen. (Giesen 2009)Dit kan samenhangen met de eerder genoemde ongerustheid of de mening dat men een huisarts nodig heeft. Sommige respondenten in dit onderzoek hebben het gevoel dat de HAP een uitbreiding is geworden van de reguliere huisartsenzorg. Dit kan ondersteund worden met cijfers: 21% van de bezoekers aan een huisartsenpost, zegt deze te moeten bezoeken vanwege het feit dat de eigen huisarts onbereikbaar is. (Giesen 2009) Tot slot is de motivatie van mensen in rurale gebieden groter om de HAP te verkiezen boven de SEH. (Giesen et al. 2007)

Bevolking SEH

Een SEH krijgt veel letselgevallen te verwerken. Dit bedraagt ongeveer 60% van de totale productie. In de andere gevallen is de samenstelling van de klachten op de SEH net zo divers als die van de HAP. (Schrijvers et al. 2008). Ook op de spoedeisende hulp vallen bijna alle (98%) zorgvragen in de laagurgente categorie. (Schrijvers et al. 2008)

Ruim 70% van de SEH-bezoekers gaat naar huis na behandeling. Ongeveer een kwart van de patiënten wordt opgenomen in het ziekenhuis. (Schrijvers et al. 2008) Gemiddeld meer dan 40% van de SEH patiëntenpopulatie is zelfverwijzing. Dit kan oplopen tot 80% bij binnenstadsziekenhuizen in grote steden. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008) Dit is opvallend, omdat de SEH als tweedelijnsvoorziening formeel alleen patiënten behandelt die op verwijzing van andere zorgverleners de SEH bezoeken. In de literatuur wordt genoemd dat zelfverwijzing komt door gemakzucht of de perceptie dat de klacht zeer dringend is. (Giesen et al. 2007) Patiëntenmotivaties in Nederland zijn de overtuigingen dat de HAP de gepresenteerde klachten niet kan behandelen, of dat men aanvullende diagnostiek nodig denkt te hebben voor de afhandeling van de hulpvraag. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008) Hoewel de precieze cijfers niet duidelijk zijn, is de algemene overtuiging dat een groot deel van de zelfverwijzers ook door een huisarts behandeld zou kunnen worden. (Giesen et al. 2007, Moll Van Charante, Bindels 2008). Ziekenhuismanagers in mijn onderzoeksgroep die een hoog percentage zelfverwijzers kennen bevestigen deze stelling.

Laagurgente klachten

De meeste aandoeningen zijn volgens de triagesystemen van huisartsenpost en spoedeisende hulp laagurgent. Slechts 4,7% van de zorgvragen van de huisartsenposten valt in de categorieën zeer spoedeisend of levensbedreigend. Op de spoedeisende hulp valt 1,9% van de zorgvragen in de hoogste twee urgentieklassen van de SEH. (Schrijvers et al. 2008) Overigens moet men wel bedenken dat deze hulpvragen voor de patiënt wel urgent waren. Pas achteraf kon beoordeeld worden dat de hulpvraag niet onmiddellijke medische behandeling behoefde. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008)

Het is duidelijk dat het overgrote deel van de patiënten- HAP en SEH- zorg verlangt voor laagurgente klachten. Een HAP-directeur omschreef de verwachting van de patiënt van de HAP dan ook als *“snel antwoord op vaak niet-acute vraag”*. Een korte omschrijving van de patiëntenpopulatie komt er op neer dat de patiënten meestal laagurgente klachten hebben en dat zij hulp zoeken omdat zij ongerust zijn.

Het organiseren van de patiëntenstroom moet zich dus voornamelijk richten op deze categorie patiënten. Deze stelling wordt bevestigd door verschillende bronnen. (Giesen et al. 2008b, Giesen et al. 2007)

6.2 Grondslag hulpvraag

We constateerden in de cijfers een grote groei van de zorgvraag, die gezien de bijzonder kleine groep hoogurgente klachten, wordt veroorzaakt door de stijging van het aantal patiënten met laagurgente medische aandoeningen. Deze stellingname wordt bevestigd door de ervaringen van de managers uit het onderzoek, die een veranderde oriëntatie van patiënten op zorg bespeurden. Gegevens hierover zijn verzameld door in beide versies van de digitale schriftelijke interviews en in alle conventionele interviews deze stelling te bespreken. De huisartsenpost was oververtegenwoordigd in het DSI, maar er werden geen tegenstrijdigheden ontdekt tussen de antwoorden van de HAP-managers en die van de SEH.

Veranderde rol patiënten

Volgens de respondenten is de vraag naar medische zorg toegenomen en veranderd. De autonome groei is hiervan een oorzaak, alsmede een verandering van het gedrag van patiënten. Alle respondenten ervaren, zonder uitzondering, dat mensen sneller contact zoeken met een zorgaanbieder. De managers spreken van een *hulpeis* in plaats van een hulpvraag. In de woorden van een respondent is dit het *consumentisme*. Op een huisartsenpost zei een respondent het volgende over het geven van zelfzorgadviezen bij laagurgente klachten:

“We hebben gezegd dat de assistentes niet de discussie moeten aangaan. Dat verlies je toch en je voelt je de hele dienst rot daarover. Ze hebben nu wel redelijk wat communicatietraining gehad en kunnen goed omgaan met verbale agressie.”

Bovenstaande is een citaat van een huisartsenpost, maar op de SEH speelt hetzelfde probleem:

“(..)Erg veel verbale agressie. En dat zijn vaak patiënten die niet zo urgent zijn, maar eigenlijk niet willen wachten en dan hier op een SEH komen.”

Uit bovenste opmerkingen kan de conclusie worden getrokken dat er frictie ontstaat wanneer patiënten in hun ogen niet zo snel behandeld worden als zij verwachten. Een aanvullend signaal voor het bestaan van deze frictie was volgens enkele huisartsenmanagers het verschijnsel dat mensen hun klachten aandikten tijdens de triage, in de verwachting op deze manier sneller aan de beurt te komen. Daadwerkelijke agressieve uitbarstingen van deze frictie zijn erg zeldzaam. (Giesen et al. 2008a) De data van genoemd onderzoek zijn echter verzameld tussen 2001 en 2002. De visie van respondenten

dat het gedrag van patiënten is veranderd, vraagt om een nieuwe studie naar agressief gedrag, zodat we meer weten van de omvang en oorzaak van het probleem.

Geld lijkt geen rol te spelen in de eis van mensen om een duur consult aan te vragen. Deze confrontatie komt vaker voor op de SEH, omdat men hier een deel van het eigen risico kwijt is. Een SEH-manager vertelde over de rol van geld in de overweging van patiënten het volgende:

“Wat de mentaliteit is, ook onder heel veel jongeren, dat als er wordt verteld dat het duurder is dat mensen zeggen: O, maar daar ben ik toch voor verzekerd? Ik kom nu hier en ik wil nu hier gezien worden. Heel veel patiënten weten dat ze hun eigen risico kwijt zijn, maar dat interesseert ze niet.”

Bovendien speelt hun imago een rol in een steeds groeiende vraag. Veel HAP-directeuren merken namelijk op dat het steeds drukker wordt op de huisartsenpost, omdat de Nederlandse bevolking bekend raakt met het fenomeen en zijn weg weet te vinden. Ook SEH-managers merken op dat de SEH een goed en toegankelijk imago heeft, waardoor mensen makkelijk met een gezondheidsprobleem naar een hulpverlener toe stappen. Uit de interviews bleek dat vooral SEH's die in een de binnenstad van een grote stad zijn gelegen, merken dat mensen even het ziekenhuis binnenlopen met een klein medisch probleem. De nabijheid van medische voorzieningen is inderdaad bewezen als een bepalende factor bij het zoeken van medische hulp. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008, Moll Van Charante, Van Steenwijk-Opdam & Bindels 2007)

Door het ontstaan van frictie zien we dat de organisaties moeite hebben met de feitelijke vraag van de patiënten. Hulpvragen die niet medisch urgent zijn, worden door de respondenten omschreven als *“oneigenlijke vraag”, “ruis”* of *“onzin”*. De term oneigenlijk wordt door de Van Dale als volgt gedefinieerd: *on-ei-gen-lijk bn, bw niet overeenkomstig de bedoeling.* (Dale 2009) Medici en patiënten hebben dus een ander beeld van de bedoeling van een acute zorginstelling. Men kan stellen dat patiënten het verkrijgen van medische zorg zien als een *recht*. Rechten zijn vreemde dingen. Er kan een verschil bestaan tussen wat mensen doen en wat hun officiële recht is. Dus tussen hun informele rechten en hun formele rechten. (Stone 2001) In de acute zorg bestaat, zoals we zien, een discrepantie tussen dat wat de organisaties mensen toedichten aan zorg en dat wat mensen aan zorg verlangen. Gezondheidszorg is een speciaal type recht, namelijk een *positief substantief recht*. (Stone 2001) Dat wil zeggen dat mensen het recht hebben om iets te bezitten of het te verkrijgen. Dit betekent dat een tweede partij de houder van het recht moet voorzien in het datgene waar de houder van het recht aanspraak op kan maken. In dit geval gezondheidszorg.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten hoge verwachtingen hebben van de zorgvoorzieningen in ANW-uren. In een Engels onderzoek uit 2009 zijn deze eisen van de patiënten onderzocht. (Campbell et al. 2009) Patiënten beoordelen de zorg als excellent, als de telefoon binnen 30 seconden opgenomen wordt, men veel minder dan een uur hoeft te wachten op een visite aan huis en binnen 20 minuten behandeld wordt op locatie.

Het bestaan van frictie, gecombineerd met de hoge eisen van patiënten creëert de hypothese dat de verwachtingen van de patiënten misschien wel hoger zijn, dan wat hen geboden kan worden. Er is dus een verschil tussen dat wat maatschappelijk afgesproken is en dat wat de maatschappij daadwerkelijk wil.

Patiënten blijken actief hun recht op te eisen om medisch behandeld te worden, ongeacht de ernst van de klachten naar medische definitie. Rechten hebben dan ook een speciale functie: ze mobiliseren nieuwe politieke allianties, transformeren sociale instituties en verduidelijken de grenzen van gemeenschappen (Stone 2001) De bestaande zorginstanties merken deze spanning. De spanning draait om het begrip spoed en daarmee samenhangend de tijd en plaats waar de patiënt behandeld wil worden.

Dit stelt de organisatie van de acute zorg voor grote vraagtekens. Is de patiënt en zijn vraag om hulp het uitgangspunt voor het toetreden tot de organisatie of is nog steeds de medische definitie leidend voor de toetreding tot de instelling? Gezien de invloed van het gedrag van de patiënten is het daarom interessant om te bekijken wat aan dit gedrag ten grondslag ligt. Welke competenties bezit de patiënt om te beoordelen hoe hij invulling moet geven aan zijn noodzakelijke rol in het zorgproces?

6.3 De incompetente patiënt

Natuurlijke eigenschappen patiënt acute zorg

Mensen hebben een prikkel nodig om acute hulp te zoeken. Dit is vaak een veranderde lichamelijke toestand die als negatief wordt ervaren. Deze verandering moet bovendien zo ervaren worden dat deze acute aandacht en/ of verzorging nodig heeft. Sociologe Marja Gastelaars noemt een dergelijk probleem een *overlevingsprobleem*. (Gastelaars 2003) Dit impliceert eveneens dat het probleem een bepaalde urgentie bezit voor de patiënt, gezien de term acute zorg. Organisaties hebben echter eigen systemen voor het beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en deze spelen een grote rol in het toetredingsproces. Naar aanleiding van deze inschatting worden er immers diensten aangeboden. Hoe dit toetredingsproces wordt vormgegeven door de organisaties wordt besproken in het volgende hoofdstuk. Welke competenties de patiënt heeft om zijn rol te vervullen zullen we hier zien.

De wetenschappelijke literatuur neemt aan dat patiënten niet beschikken over de bedoelde vaardigheden. (Gastelaars 2003, Aa, Elfring 2003, Maister 2003)

Ten eerste heeft een patiënt last van de *“problems of comprehension”*. (Gastelaars 2003) Mensen zijn slecht geschoold in medische zaken en laten zorg voor hun gezondheid altijd over aan zeer goed opgeleide derden. Dit is problematisch gezien de rol die de patiënt vervult in het proces:

“Patients make medical decisions all the time. The most important and difficult one of all is to go to the doctor” (Slack 2004:376)

Het valt veel respondenten daarom op dat patiënten niet goed op de hoogte zijn van het zorgstelsel en niet weten wanneer en met wat voor klachten ze hulpen moeten zoeken. De hulpvragen zijn vaak zeer eenvoudig en niet spoedeisend. Een typerend citaat van een HAP is het volgende:

“Assistentes worden helemaal debiel van iedere keer hetzelfde zeggen. Er zou daarom een spotje moeten zijn met die standaardvragen. En pas als er dat aan de hand is moet u bellen.”

De respondenten beoordelen dus het medisch inzicht van de patiënten als onvoldoende. De stelling dat dokters en patiënten verschillen in de perceptie van medische urgentie is aangetoond in wetenschappelijk onderzoek. (Schwartau et al. 2006) Patiënten schatten de medische urgentie van hun klachten veel hoger in, dan dat hun behandelende artsen dat doen. Slecht in 52% van de onderzochte consulten kwam de urgentiebepaling van de arts overeen met die van de patiënt. Overigens was het in deze zin opvallend dat hoe slechter de relatie van de arts was met de patiënt, hoe verder de urgentie-inschattingen uiteenliepen. Bij een slechte patiënt-arts relatie was de urgentieclassificatie van de arts veel lager dan die van een patiënt. In een ander onderzoek blijkt dat slechts 12% van de patiënten de urgentie van hun klacht lager schatten, dan dat de arts dat deed. (Gifford, Franaszek & Gibson 1980) In hetzelfde onderzoek kwam overigens naar voren dat van de groep die de artsen classificeerden als hoogurgent(zorg binnen enkele minuten) 25% van deze urgente patiënten dacht dat behandeling minimaal een uur kon wachten.

De conclusie lijkt dan ook gerechtvaardigd dat het slechte medische inzicht van de patiënt gevolgen heeft voor de zorgvraag. Toch verwachten de organisaties dat patiënten in staat zijn om goede beslissingen te nemen over het zoeken van hulp voor hun medische problemen.

De organisaties ondernemen wel actie om het gedrag van patiënten bij te sturen. Vooral huisartsenposten zijn bezig om de patiënten op te voeden, om dit probleem op te lossen. In het

onderzoek kwam ik bij zeer veel HAP'en initiatieven tegen om patiënten te informeren over hun rol. Een directeur zei het volgende over haar eigen aanpak:

“We moeten steeds blijven communiceren en veel te veel maatregelen treffen die niet helpen. Beter en strakker triëren helpt niet, je moet mensen uitleggen waarom het niet zo moet. Dat gebeurt te weinig. Sire had allang spotjes moeten maken. Kijk, media is wel duur maar op regionaal niveau kost het niks. Je krijgt een heel interview voor niks. Een goed communicatieplan om dit probleem te tackelen, of in ieder geval in de klauwen te houden: Dat moet elke post hebben.”

Het tweede probleem waardoor patiënten niet in staat zijn om de goede keuzes te maken zijn de *problems of attention*. (Gastelaars 2003) Dit betekent dat mensen informatie niet goed tot zich door laten dringen. Ik ben van mening dat dit van toepassing is op de acute zorg.

De confrontatie met pijn, een verminderde lichamelijke toestand, angst en onzekerheid over de ernst van de aandoening maakt dat mensen geen goede afwegingen maken. Het uitsluiten van risico's of angst voor ernstige gevolgen is de belangrijkste reden voor ouders van kinderen om contact te zoeken met een zorg instelling in de ANW-uren. Dus niet de ernst van de aandoening is de reden voor het zoeken van hulp, maar de angst voor ernstige gevolgen is de beslissende factor om hulp te zoeken.

(Hugenholtz, Bröer & van Daalen 2009) Dit effect is overigens ook in herhaald psychologisch onderzoek aangetoond. De dreiging van negatieve effecten op het welzijn van mensen is de sterkste prikkel voor het ondernemen van actie. Veel sterker dan bijvoorbeeld een mogelijk positief effect op het eigen welzijn. Deze risicovermijding is dus wat we voor een deel terug zien in de acute zorg.

(Laibson, Zeckhauser 1998, Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007)

Daarnaast hebben mensen cognitief nog een eigenschap die hen prikkelt om actie te ondernemen bij gezondheidsklachten. Mensen schatten namelijk een kans in al naar gelang zij een mogelijke uitkomst in geheugen kunnen roepen. (Laibson, Zeckhauser 1998) Door de grote maatschappelijke aandacht voor medische missers - hoewel zeldzaam – zien patiënten extreme gevolgen als reële mogelijkheid.

(Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007, Bügel, Veenema 2002) Deze twee psychologische eigenschappen van mensen vergroten de prikkel om bij ongerustheid of onzekerheid hulp te zoeken bij een zorginstelling. De naar aanleiding van deze gegevens geformuleerde hypothesen komen overeen met een artikel van Nexøe, Halvorsen en Kristiansen dat bespreekt welk effect risicobepalingen hebben op zorgvraag en aanbod. Ook zij omschrijven het slechte medische inzicht van patiënten en hun risicomijdende gedrag van patiënten in hedendaagse gezondheidszorg. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007)

Kortom: Patiënten ontberen de mogelijkheden om goed onderbouwde keuzes te maken, maar worden wel geprikkeld om snel hulp te zoeken. Bovendien ervaren patiënten het als hun recht om snel hulp te kunnen zoeken.

De onduidelijke situatie voor de patiënt

Enige nuancering is echter wel vereist in dit verhaal. Voor de patiënt is het Nederlandse systeem voor spoedzorg enigszins verwarrend. (Grol et al. 2005, Moll Van Charante, Bindels 2008) Er zijn twee factoren die de beslissingen van de patiënten compliceren.

Ten eerste de onduidelijke verdeling tussen SEH en HAP. Patiënten kunnen niet altijd een goed onderscheid maken tussen zorgvragen die in het ziekenhuis afgehandeld moeten worden en zorgvragen die door een huisarts afgehandeld kunnen worden. Het ziekenhuis functioneert namelijk soms als eerste lijn, waardoor van de patiënt een goede inschatting gevraagd wordt waar zijn zorgvraag het beste op zijn plaats is. Uit onderzoek blijkt dat patiënten een behandelaar zelf selecteren op basis van een aantal somatische criteria en verwachtingen. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008) De keuzes die gemaakt worden door de patiënt zijn gezien zijn beperkte competenties niet altijd juist. Bovendien leveren de HAP en de SEH vanuit het gezichtspunt van de leek gelijke prestaties, zonder dat de patiënt inzicht kan verkrijgen in mogelijke verschillen.

De andere reden voor de onduidelijke verdeling van HAP en SEH is het verschil in toegang. Toegang tot een huisartsenorganisatie krijgt men door het bellen naar de praktijk of de HAP, terwijl je altijd zelf een SEH moet bezoeken. Eventueel kan dit laatste ook door het bellen van een ambulance. Extra lastig element bij de toegang tot de organisatie is het verschil in openingstijden. Een SEH is de hele dag open, terwijl er tussen de dagpraktijk en de HAP een verschil bestaat. Dit verschil in toegang is extra groot voor twee bijzondere groepen patiënten. Deze werden genoemd door respondenten van HAP en SEH in grote steden, wanneer groepen "oneigenlijke" patiënten ter sprake. Beide groepen hebben een minder goede toegang tot de huisartsenzorg en zijn dus genoodzaakt een SEH of HAP te bezoeken voor eenvoudige zorg. De bedoelde patiëntcategorieën zijn uitwonende studenten en allochtonen, die het Nederlands slecht beheersen. De eerste categorie heeft vaak nog een huisarts in de woonplaats van de ouders, waardoor ze in hun studiestad hulp moeten zoeken bij een ziekenhuis. Een manager van een SEH in een grote studentenstad schatte dat ongeveer 25% van zijn zelfverwijzers afkomstig is uit deze categorie. De tweede categorie bestaat uit slecht Nederlands sprekende mensen, die daardoor moeite hebben met de telefonische toegang tot de huisartsenzorg. Beide groepen bezoeken dus onnodig vaak de duurdere SEH.

De tweede reden dat het systeem onduidelijk is voor patiënten is dat het huisartsendomein mijns inziens onduidelijk is.

Dit komt doordat er twee instellingen bestaan die huisartsenzorg leveren: namelijk de HAP en de dagpraktijk. Beide hebben andere vestigingsplaatsen, andere telefoonnummers en leveren andere zorg. Op een HAP wordt namelijk geen electieve huisartsenzorg gedaan.

Ik denk dat de scheiding wordt gecompliceerd omdat de overgang tussen de twee plaats vindt op een tijdstip, die veel mensen als gewone werktijd beschouwen. De meeste bedrijven zijn immers ook tot zes uur geopend.

6.4 Patiëntenperspectieven

Op dit moment wordt er steeds op een wisselende manier naar patiënten gekeken door de zorgaanbieders. Soms wordt de klant als koning gezien, zoals het gezegde voorschrijft. Andere keren wordt de klant als lastige indringer gezien en ook als dusdanig behandeld. Oorsprong van de perspectieven is verschillend. De klant als koning is afkomstig uit modern denken over arbeidsorganisatie, bijvoorbeeld: (Peters, Waterman 1982, Aa, Elfring 2003, Ates 2004). De patiënt als indringer zien is een perspectief dat voortkomt uit de grote groep patiënten die spoedzorg wil, maar waarvan de klachten medisch gezien niet spoedeisend zijn.

Een goed voorbeeld van dit ambigue perspectief spreekt uit het onderzoek van Paul Giesen uit 2007 naar de houding van huisartsen ten aanzien van spoedzorg. (Giesen et al. 2007) De huisartsen zagen 75% van de patiënten die zij behandelden als niet-urgent. Dat is een bijzonder hoog percentage, zeker gegeven het feit dat maar liefst 51% van de huisartsen buiten kantooruren geen patiënten willen behandelen, waarvan zij dit medisch gezien niet nodig vinden. Ook uit de beschrijvingen van de managers bleek dat er op twee afwisselende manieren naar de patiënten wordt gekeken bij het verlenen van acute zorg.

Patiënten zelf lijken echter ook een duidelijke visie te hebben op de spoedzorg. Ten eerste worden de zorgaanbieders gecontacteerd voor een groot aantal klachten, waar bij de behandeling relatief weinig spoed mee gemoeid is. Uit de cijfers van de Atlas van de Spoedzorg blijkt dat de patiëntenaantallen in het algemeen stijgen en gezien het feit dat ongeveer 90% van de patiënten van beide zorgaanbieders in de laagste twee urgentiecategorieën valt zijn deze verantwoordelijk voor de groei. Op basis van cijfers uit de Atlas van de Spoedzorg. (Schrijvers et al. 2008) De huisartsenpost hebben een complementaire populatie, volgens verschillende onderzoeken. (Giesen et al. 2007, Moll Van Charante, Van Steenwijk-Opdam & Bindels 2007, IJzermans et al. 2002) Deze wordt veroorzaakt door de beeldvorming van de patiënt bij de zorgaanbieder. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008) Het beeld van patiënten is dat de zorgaanbieders laagdrempelig zorg aanbieden, waarbij ieder zijn eigen specialisatie heeft. Precieze inschattingen van de patiënt zijn discutabel gezien zijn beperkte

competenties voor het maken van goede keuzes: Men lijkt de laatste jaren uit ongerustheid sneller te kiezen voor contact met een zorginstelling.

De spoedeisende patiënt

De groeiende groep patiënten, welke voor een groot deel niet de keuzes maakt die de zorgaanbieders wensen zorgt voor een uitdaging van de HAP en de SEH. Een HAP-directeur verwoordde de confrontatie met deze uitdaging als volgt:

“Wij kunnen het begrip Spoedzorg gewoon niet meer overeind houden. De burger wil zorg!”

Naar aanleiding van dit hoofdstuk kunnen we concluderen dat de spoedzorg, naast het feit dat men doelmatig moet opereren nog een tweede uitdaging heeft: Het hoofd bieden aan de steeds toenemende werkdruk.

Tegelijkertijd bestaat er ook een knelpunt dat het onmogelijk maakt om de oorzaak van de werkdruk weg te nemen: De beperkte competenties van de klant in combinatie met zijn (opgeëiste) recht op zorg. Het antwoord op deze uitdaging is daarom te vinden bij de aanbieders. Hoopgevend is een onderzoek dat aantoont dat organisatieverandering grotere en makkelijker te bereiken positieve gevolgen heeft op de gezondheid van een populatie, dan pogingen om maatschappelijke oriëntaties te veranderen. (Lee et al. 2007).

In het volgende hoofdstuk bespreken we vanuit het perspectief van de aanbieders wat de organisatorische ontwikkelingen zijn op de huisartsenpost en de spoedeisende hulp.

Hoofdstuk 7 Zorgaanbod

“It's not the hours you put in your work that counts, it's the work you put in the hours. “

(Sam Ewing, Amerikaanse honkballegende)

Vanuit een overstijgend gezichtspunt is dit hoofdstuk te zien als de meso-benadering van de acute zorg. Ik had er voor kunnen kiezen om dit hoofdstuk centraler te stellen in de bespreking van de onderzoeksdata. Dit is immers het niveau van organisatie waar tijdens het onderzoek naar is gekeken. Ik heb de positie van dit hoofdstuk echter gebaseerd op retorische overwegingen: Het is voor de lezer denk ik gemakkelijker om de inzichten te verwerven via een thematische opbouw.

We zullen zien hoe de organisaties omgaan met de twee uitdagingen die de acute zorg kent; De werkdruk en een doelmatige organisatie van zorg. Aan het einde van het hoofdstuk komen we terug op positie van de aanbieders in de acute zorg en welke gevolgen dit heeft voor de uitdagingen en mogelijke knelpunten.

7.1 Werkdruk

In hoofdstuk zes zagen we dat de patiëntenstroom voor de huisartsenpost en de spoedeisende hulp zich ontwikkelt tot een steeds grotere groep, die meer eist maar over het algemeen medisch gezien een lage urgentie heeft. Deze groei blijkt voor de onderzochte aanbieders een grote werkdruk te veroorzaken. Dit is onderzocht door in de DSI's en interviews te vragen naar de werkdruk en de ervaringen van de patiënten hiermee.

Hoewel de vraag naar zorg altijd onzeker en grillig is, is er globaal wel een trend te ontdekken in de werklust. Een HAP is het drukst van ongeveer vijf uur 's middags tot tien uur 's avonds volgens de HAP-directeuren. De SEH's zijn druk vanaf een uur of elf in de ochtend tot acht uur 's avonds volgens de ziekenhuismanagers. Daarna blijven de SEH's nog wel enkele uren druk, omdat het behandelen van patiënten veel tijd vergt in vergelijking met de HAP. Deze indeling komt overeen met de cijfers van Schrijvers met betrekking tot de patiëntenstroom. (Schrijvers et al. 2008)

De soms erg hoge pieken blijken voor de managers zorgen op te leveren met betrekking tot de kwaliteit. Men noemt de werkdruk altijd “hoog” (geen uitzondering onder HAP-directeuren), terwijl er grote verschillen bestaan in het aantal patiënten per tijdstip. De druk in de weekenden overdag is het allerhoogst, terwijl de nachten doordeweeks juist erg rustig zijn. (Schrijvers et al. 2008)

Een manager van de SEH zei het volgende over de stroom patiënten naar haar afdeling:

“Voor hetzelfde geld zitten we hier de hele dag met vijf man duimen te draaien. Dat is overigens nooit, behalve ’s morgen tussen half acht en acht uur. Vanaf negen uur gaat het lopen en vanaf elf uur gaat het helemaal lopen. Dus echt leeg zijn we vrijwel nooit.”

De drukte heeft voor de SEH gevolgen voor de dienstverlening:

“Tot nu toe zijn er gelukkig nooit gevaarlijke situaties geweest. Als patiënten echt ziek aankomen en ze in de gaten gehouden moeten worden en we hebben binnen geen plek, dan vragen we of ze plaats willen nemen voor de balie, zodat de administratie ze in de gaten kan houden. Maar goed, dat is niet iets wat wij willen. Dat is uit nood geboren. “

Op een SEH is de werkdruk voor werknemers altijd verschillend. Elk type patiënten wordt door andere artsen gezien. Dit leidt tot grote verschillen in pieken en dalen tussen verschillende werknemers. Voor de extra drukte in het weekend noemen de SEH-managers enkele oorzaken, zoals alcohol- of drugsgelateerde letsels, sportletsels en een grotere aanloop omdat huisartsen dicht zijn. Huisartsenposten zijn uiteraard wel open, maar deze hebben toch een lagere capaciteit dan de dagzorg. De toegenomen zorgvraag is daarom voor de gehele SEH een belangrijk (toekomstig) aandachtspunt. Dit kwam ook naar voren in de belangrijke managementissues, waarnaar gevraagd werd in het DSI's en interviews bij de ziekenhuizen.

Op de huisartsenposten wordt de werkdruk altijd als hoog ervaren. De open vraag uit het DSI leverde in 100% van de gevallen een antwoord op dat duidde op een hoge werkdruk. Hierbij nuanceerden velen deze aanduiding, door te melden dat het vooral in de doordeweekse nachten erg rustig is.

“Vooral zaterdag is het heel druk. We werken dan echt met maximale bezetting en zelfs dat is eigenlijk niet genoeg.”

Ook op de huisartsenpost heeft de drukte al gevolgen voor de kwaliteit:

“En dan wordt de wachttijd al langer en dan krijg je ook bozere mensen aan de lijn. Of ze komen langs omdat de telefoon niet wordt opgenomen. Artsen hebben het ook druk. Die zeggen dat het bijna niet meer verantwoord is op een drukke zaterdag.”

Over het algemeen zeggen de directeuren dat de triage-assistentes de hoogste werkdruk hebben. Dit vanwege hun functie als filter voor de organisatie. Elke hulpvraag komt bij hen terecht. Dat is ook waarom sommige respondenten hen een grote rol toebedelen bij het omgaan met de drukte. Zij kunnen immers de patiëntenstroom sturen.

Ook voor huisartsen is de druk groot. Ten eerste zijn zij medisch verantwoordelijk voor de triage, waardoor een hogere druk op de triagisten ook betekent dat de druk voor de huisarts oploopt. Ten tweede moeten zij continu patiënten zien, met weinig pauzes. De grote werkdruk voor triage-assistentes en huisartsen wordt bevestigd door een artikel van Giesen en anderen over het functioneren van de HAP.(Giesen et al. 2008b)

De mogelijkheid om de capaciteit snel en flexibel op te schroeven is dus van belang voor het adequaat leveren van zorg. Het is echter ook wenselijk om in de daluren de capaciteit terug te brengen. Een SEH-manager meldde dat er doordeweeks tussen 00.00 uur en 08.00 uur evenveel patiënten komen als dat er zorgverleners zijn. De vraag is dan zo klein dat het bijna niet meer rendabel is om open te blijven, hoewel het onmogelijk is om tijdelijk te sluiten. Zowel HAP als SEH is aan het kijken hoe deze uren efficiënter ingedeeld kunnen worden. Voor deze efficiëntere bedrijfsvoering wordt er onder andere gekeken naar samenwerking tussen HAP en SEH. Later in dit hoofdstuk komen deze maatregelen verder aan bod.

Al met al is het flexibel organiseren van het aanbod een belangrijk kwestie voor de onderzochte managers, waarbij vooral de hoge werkdruk de respondenten zorgen baart.

Mogelijk gevolgen

In de literatuur heeft dit verschijnsel van te grote drukte bij het leveren van acute zorg een naam. Het wordt *“crowding”* genoemd en het wordt gedefinieerd als *“an ED (emergency department, red.) is crowded when inadequate resources to meet patient demands lead to a reduction in the quality of care.”* (Moskop et al. 2009a) Deze opvatting van de kwaliteit van zorg komt overeen met onze definitie van kwaliteit uit het hoofdstuk acute zorg, omdat beide definities wijzen op het belang van voldoende/ juiste middelen voor het leveren van een goede kwaliteit.

De precieze omvang van de werkdruk is moeilijk te meten of te duiden. Daarom omschrijft Moskop het fenomeen *“crowding”* met de metafoor van een olifant. (Moskop et al. 2009a) Iedereen kan zien dat de olifant in de wachtkamer een grote impact heeft, maar we kunnen moeilijk schatten hoe groot en hoe zwaar de olifant precies is.

Respondenten maken zich zorgen over de drukte; huisartsenposten meer dan spoedeisende hulp.

Meest relevant voor een onderzoek dat als uitgangspunt de organisatie heeft, is de invloed van de hoge werkdruk op het functioneren van haar personeel. In verschillende onderzoeken is aangetoond dat een hoge werkdruk sterke negatieve gevolgen heeft op het personeel. (Rondeau, Francescutti 2005) Langdurig werken met overbevolkte wachtkamers confronteert medisch personeel continu met ethische overwegingen of mensen wel zo lang kunnen wachten op zorg. Het resulteert in verminderde baantevredenheid, frustratie, woede, depressiviteit en uiteindelijk burn-out. Respondenten bevestigen dat ze dergelijke effecten van de werkdruk soms herkennen. Deze hoge werkdruk is niet alleen kwantitatief. De managers merken dat de stijging van de ervaren werkdruk groter is dan de daadwerkelijke groei van de patiëntenstroom. Dit wordt door managers *intrinsieke* of *emotionele* werkdruk genoemd. Hieronder zijn enkele factoren genoemd die volgens de onderzochte managers (HAP en SEH) bijdragen aan de werkdruk:

- ❖ Het feit dat de druk stijgt, maakt dat mensen de werklast negatiever ervaren. De relatieve werkdruk zou een grotere invloed kunnen hebben dan de absolute werkdruk. Met andere woorden: de toename van de werkdruk wordt negatief ervaren, niet de werkdruk an sich. Een typerend citaat is het volgende: *“Ze moeten wel meer diensten draaien, maar elke dag één dienst meer maakt niet zoveel uit op 250 huisartsen. Is dat echte werkdruk of emotionele werkdruk?”*
- ❖ Voortbouwend op bovenstaande kan het zijn dat huisartsen de werkdruk als negatief ervaren, omdat zij een groter belang hebben bij de dagdiensten. 's Nachts meer of harder werken is dus niet in hun voordeel. Het dienstdoen wordt getypeerd als een nevenfunctie, bovenop hun drukke reguliere praktijk.
- ❖ Oneigenlijke vragen geven irritatie. Laagurgente klachten, die medisch gezien niet direct behandeling hoeven, maar wel tijd vergen van de organisatie wekken irritatie bij personeel als deze druk zijn.
- ❖ Het feit dat de triage “alleen fout kan gaan” wordt genoemd als stressverhogende factor. Verkeerde beoordelingen zijn immers gevaarlijk. Dit principe blijft altijd van kracht, ook als de drukte oploopt en de kans op fouten dus groter wordt door vermoeidheid en tijdgebrek.
- ❖ Voor huisartsen is de hele aard van het dienstdoen veranderd. De *“verwachting was vroeger altijd; ik heb een patiënt, daarna kan ik even een krant lezen. Die diensten waren vroeger nog niet zo druk.”*
- ❖ Veel respondenten merken dat personeel moeite heeft om om te gaan met de agressieve benadering van patiënten. Dit zou een negatief effect kunnen hebben op het werkplezier, waardoor de druk als hoger wordt ervaren. Ook het werken met angstige en zieke mensen, kan van invloed zijn op de gemoedstoestand van het personeel in de acute zorg.

Als mogelijke gevolgen in de toekomst van de grote werkdruk en de daarmee samenhangende effecten op het personeel worden door de literatuur de volgende zaken genoemd.

Allereerst, en meest zorgelijk in een acute zorginstelling zouden te drukke wachtkamers gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van zorg:

- ❖ Crowding en dus drukte vergroot het aantal medische fouten: Vooral door het ontbreken (te laat komen) van medische zorg, niet door fouten in het proces zelf. (Vicellio et al. 2008) Patiënten verlaten de wachtruimte ongeacht de ernst van hun ziekte. Op deze manier kunnen zij schade oplopen door een te late of zelfs onbehandelde aandoening. (Vicellio et al. 2008, Bernstein et al. 2009)
- ❖ Laagurgente klachten moeten erg lang wachten met alle ongemak van dien. (Moskop et al. 2009a). Bovendien lijden patiënten onnodig lang pijn door de grote drukte. (Bernstein et al. 2009)
- ❖ Zeker op een SEH bestaat er een medische noodzaak voor een goede doorstroom. Eén Amerikaanse en twee Australische studies tonen aan dat crowding een significante invloed had op de stijging van het aantal doden op een SEH. (Moskop et al. 2009a)

Bovenstaande gevolgen zijn gebaseerd op Amerikaanse onderzoeken, niet op Nederlandse. Toch is het goed om te realiseren welke gevolgen een te hoge werkdruk zou kunnen hebben. Een angst van de respondenten is bijvoorbeeld dat het personeel bij zeer grote drukte minder goed bedreigende ziektebeelden kan herkennen. Er zijn overigens geen aanwijzingen dat deze consequenties zich nu al voordoen bij de onderzochte organisaties. De managers maken zich vooral zorgen met het oog op de toekomst.

De hoge werkdruk kan gevolgen hebben voor de tevredenheid van patiënten. Uit een Amerikaans onderzoek uit 2008 blijkt dat “crowding” een negatieve invloed heeft op de tevredenheid over de SEH. (Pines et al. 2008). De SEH bleek ook een grote rol te spelen in de tevredenheid van de patiënt over het gehele behandeltraject. Te lange “boarding-times” - de tijd die het kost om patiënten op te nemen – leiden tot een lagere patiënttevredenheid over de SEH én met de totale ziekenhuisopname. Omdat de patiënten niet zijn ingesloten in mijn onderzoek, is onbekend hoe de Nederlandse situatie is. Uit het DSI blijkt dat de patiënten de zorg van de SEH en de HAP goed waarderen, namelijk ruim boven de 7. Ook ander onderzoek toont aan dat patiënten tevreden zijn over de zorg van huisartsenpost (Giesen et al. 2008b) en de SEH (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008) Aan de andere kant blijkt ook uit het hoofdstuk van de Spoedeisende Patiënt, dat agressief gedrag voorkomt in

verband met lange wachttijden. Dit is een indicatie dat de patiëntentevredenheid (sterk) afneemt bij lange wachttijden.

Het omgaan met de werkdruk, voornamelijk veroorzaakt door de pieken en dalen in de vraag, is al met al een aandachtspunt bij het organiseren van de acute zorg.

7.2 Afstemmen aanbod op vraag

Het organiseren van het aanbod van diensten is voor elke dienstverlenende organisatie een noodzakelijke, maar moeilijke taak. Vooral het aanpassen van de capaciteit op de vraag is erg lastig. Acute zorg kun je immers niet preventief produceren en opslaan om goed te kunnen leveren bij hoge pieken. (Aa, Elfring 2003) Maar het is tevens onwenselijk om ervoor te kiezen om een deel van de patiënten zorg te ontzeggen. Acute zorg moet dus altijd in voldoende mate beschikbaar zijn. Tegelijkertijd moet de zorg zo goedkoop mogelijk worden aangeboden.

De vraag van dit hoofdstuk is dan ook hoe het aanbod zo goed mogelijk kan worden aangepast aan de vraag.

Onderzoek naar het aanbieden van passend aanbod aan patiënten laat zien dat er drie vormen bestaan van een mismatch tussen de vraag en het aanbod in de gezondheidszorg. (Fisher, Wennberg 2003) Dit zijn:

- ❖ Verkeerd gebruik
- ❖ Overmatig gebruik
- ❖ Onderconsumptie

Beide zorgaanbieders ondernemen zeer veel initiatieven om deze drie vormen van niet-passend aanbod voor patiënten tegen te gaan en dus de goede kwaliteit te realiseren die we omschreven in de definitie als “juiste medische expertise” en “juiste moment”. Hierbij krijgen overmatig gebruik en verkeerd gebruik veel meer aandacht dan mogelijke onderconsumptie. Dit wordt veroorzaakt door de hoge werkdruk. De gevoelde druk is hoger op de kleinere en dus meer kwetsbare huisartsenpost. Een directeur vertelde het volgende over haar zorgen:

“ Men denkt: Het management vindt het vast prettig als we meer productie draaien, maar dat is helemaal niet zo. Daar zit echt niemand op te wachten. Het is juist iets waar ik me grote zorgen om maak, omdat het maakt dat mensen met minder plezier dienst doen en dus zich minder betrokken voelen, of ja het niet meer aan kunnen. Daar zit ik niet op te wachten. “

Het resultaat van deze zorgen is de inzet van beleidsmiddelen om vraag en aanbod op elkaar aan te passen. In het onderzoek zijn drie categorieën beleidsmatige instrumenten onderscheiden.

1. Men kan proberen om patiënten af te houden. Dit gebeurt door het opwerpen van drempels.
2. Men kan de capaciteit uitbreiden. Dit kan op twee manieren: Namelijk door de productiviteit te verhogen en door meer mensen in te zetten.
3. Men kan proberen om de vraag beter te spreiden. Het spreiden van de zorgvraag kan door de tijd en door de zorgvraag te spreiden over zorgaanbieders.

Afhouden van patiënten

Het afhouden van patiënten in de acute zorg is een controversiële, maar veelgebruikte manier om de werkdruk binnen de perken te houden. De controverse wordt veroorzaakt door twee verschillende, maar onderling verbonden overtuigingen. Ten eerste is een belangrijke kwaliteit van de acute zorg dat deze altijd beschikbaar is. We hebben dit gezien bij onze definitie van goede acute zorg die uitging van de hulpvraag van de patiënt. Ten tweede is het te allen tijden aanspraak kunnen maken op medische zorg onderdeel van de beroepsethiek van medici. Het opwerpen van drempels kan zelfs gevaarlijk zijn: Onderconsumptie leidt tot medische complicaties, omdat de snelheid van behandeling het mogelijke succes bepaalt. (Moskop et al. 2009a) De werkdruk zou echter te hoog oplopen als men geen patiënten afhield. Hierdoor zou de kwaliteit van zorg eveneens in gevaar zou komen. Hier een balans tussen vinden is erg moeilijk.

De meest opvallende drempel in de acute zorg is de (telefonische) triage van de HAP. Patiënten moeten met hun hulpvraag bellen naar de huisartsenpost, waarna naar gelang de ernst van de klacht een behandeling wordt ingezet. Dit kan bij kleine klachten betekenen dat de patiënt een zelfzorgadvies krijgt of later naar de eigen huisarts moet en dus niet direct gezien wordt door een arts. Op een SEH worden er ook mensen afgehouden door de triage, maar niet zo duidelijk als op de HAP. Hier vertelt men mensen met zeer laagurgente klachten dat ze zeer lang moeten wachten op behandeling of er wordt voor hen de HAP gebeld. Een SEH-manager zei:

“Soms stuurt een arts-assistent mensen weg, omdat het echt te druk is. Maar zonder dat een patiënt gezien is, wordt deze niet naar huis gestuurd. Dan bellen wij even de huisartsenpost. En dat is onze manier om de patiënten daar even te lozen.”

Het ontwikkelen van betere selectiecriteria kan een bijdrage leveren aan het op een acceptabele manier afhouden van patiënten. Bijvoorbeeld in de vorm van het “reverse triage system”. Het is de

bedoeling van dit systeem om criteria te ontwikkelen om mensen weg te sturen met een minimaal risico op calamiteiten. (Kelen et al. 2006) Dit onderzoek zou een goede aanvulling kunnen zijn op de zelfzorgadviezen.

Een andere methode om patiënten af te houden is het zoeken van de publiciteit. Wederom wordt deze maatregel voornamelijk genomen door huisartsenposten. De huisartsen proberen door het publiciteitsbeleid mensen inzicht te geven in het doen en laten van de huisartsenpost. De grote drukte wordt in de regionale media onder de aandacht gebracht, in de hoop dat mensen terughoudender zijn met het bezoeken van zorginstellingen. De aanname van directeurs is de volgende:

“Als assistenten werken volgens bepaalde principes en regels dan kun je niet nalaten om ook de patiënt een beetje op te voeden.”

Een ander, in dit geval intern, opvoedingsmiddel is bijvoorbeeld het maken van lijstjes met veelgebruikers. Een HAP-directeur vertelde het volgende over dit instrument:

“We laten ook aan de huisarts zien wie er veel bellen. Als dat gewoon zieke mensen zijn dan is dat goed. Maar als het mensen zijn die vaak hiernaartoe bellen, maar nooit bij de eigen huisarts komen dan zit er iets niet goed.”

De bedoeling is dat huisartsen deze patiënten aanspreken op hun overmatige gebruik van de HAP, waardoor ze minder snel/vaak komen. Deze middelen proberen dus het knelpunt van de incompetente patiënt op te lossen om de werkdruk in toon te houden.

Tot slot een maatregel die op enkele spoedeisende hulpen wordt genomen. Op sommige SEH's is de afdeling gesloten, tenzij men een verwijzing heeft. Van oudsher was deze constructie erg zeldzaam, maar door de introductie van de samenwerkingen met de HAP is dit populairder geworden. De HAP fungeert dan als voorportaal voor de SEH. De patiënt wordt dan eerst getrieerd door de huisartsenpost, voordat deze verder kan naar het ziekenhuis. Wanneer de HAP het echter ook erg druk heeft, is dit slechts een verplaatsing van het werkdrukprobleem en geen oplossing.

Een actueel thema bij het tegengaan van overconsumptie is het inbouwen van financiële drempels. (Folkerts 2009) Dit was dan ook een vraag die gesteld is in beide versies van het DSI. De ziekenhuizen hebben onvoldoende gerepsondeerd hierop, dus deze zijn buiten beschouwing gelaten.

Een eigen bijdrage voor HAP wordt door de HAP-respondenten verschillend beoordeeld. De meesten zien wel wat in het inbouwen van een drempel, maar zien grote bezwaren met het oog op de kwaliteit. Zij zijn bang dat een algemene maatregel voor een eigen bijdrage leidt tot onderconsumptie. Een eigen bijdrage voor laagurgente(dus specifieke) klachten wordt door veel HAP-directeuren toegejuicht, maar als praktisch onhaalbaar beoordeeld. Grootste probleem is dat de definitie van laagurgent in dit geval bij de professional zou komen te liggen. Het bestempelen van een klacht als te laagurgent zou bij patiënten tot grote onvrede kunnen leiden.

Bovendien zou de afweging zelf ook leiden tot een onmogelijke juistheid van de beoordeling. Verschillende bronnen tonen aan dat ook de urgentieschattingen van medici niet perfect zijn.(Schwartau et al. 2006, Gifford, Franaszek & Gibson 1980) Daarom zou deze maatregel te subjectief zijn om als rechtvaardig te worden gezien door de maatschappij.

Ten tweede levert de eigen bijdrage een enorme administratieve rompslomp op, die niet in verhouding staat tot het oplossen van het capaciteitprobleem volgens vele managers. Misschien kost deze administratie wel zoveel arbeid dat het zowel qua tijd als qua kosten een onrendabele maatregel is.

Verder vraagt het instellen van een regel dat patiënten een zekere oriëntatie op de toekomst hebben om hun handelen te beïnvloeden. (Stone 2001) Deze toekomstoriëntatie is in de acute zorg zeer onwaarschijnlijk gezien de grote onzekerheid en ongerustheid van patiënten. Tot slot blijkt uit ervaringen van andere landen dat het direct verschuiven van zorgkosten richting burgers geen democratische legitimiteit kent. (Laugesen 2005)

Verhogen productie

De derde mogelijkheid voor het omgaan met de werkdruk is de categorie maatregelen die betrekking heeft op het (flexibel) verhogen van de productie.

De eerste oplossing voor een dienstverlenende organisatie is flexibel personeelsbeleid. (Aa, Elfring 2003)Voor huisartsenposten is dit maar zeer beperkt mogelijk. Managers van huisartsenposten merken dat huisartsen niet bereid zijn om extra diensten te draaien bovenop hun bestaande uren. Ziekenhuizen zijn veel beter in staat dan huisartsenposten om hun personeel flexibel in te zetten. Dit zijn namelijk veel grotere organisaties dan huisartsenposten. Bij grote drukte wordt de hulp ingeroepen van verpleegkundigen en medici uit andere delen van het ziekenhuis, waardoor zij makkelijker kunnen schuiven met de bezetting. Bovenstaande verschil verklaart mijns inziens voor een groot deel de hogere werkdruk op huisartsenposten.

De tweede oplossing voor het verhogen van de productie is het verhogen van de productiviteit. Om de kwaliteit en de productiviteit te verhogen ontwikkelen de huisartsenzorg en de spoedeisende hulp nieuwe functies en werkprocedures om de kwaliteit en de doorstroom te verbeteren. De twee belangrijkste voorbeelden zijn de SEH-arts en de nurse practitioner/ kortelijns verpleegkundige. De eerste is opvallend, omdat deze oorspronkelijk bedoeld was om de kwaliteit te verhogen. De SEH werd namelijk vroeger bemand door arts-assistenten van verschillende disciplines, samen met gespecialiseerde SEH-verpleegkundigen. Dit betekende dat de minst ervaren artsen werkten aan de zwaarste gevallen. Een ander nadeel was dat er bij complexe gevallen veel verschillende mensen aan een patiënt werkten, waardoor de patiënt minder goed gevolgd werd en er veel tijd nodig was voor overleg. Om de kwaliteit en de productiviteit van de SEH te verhogen heeft men besloten tot het opleiden van SEH-artsen. De onderzochte SEH-managers zijn erg enthousiast over de SEH-arts en noemen het aannemen ervan als instrument voor kwaliteitsverbetering. Zij noemden daarnaast twee opvallende positieve neveneffecten van het aanstellen van SEH-artsen. Ten eerste blijkt uit de praktijk dat de SEH-artsen minder tijd en diagnostiek nodig hebben voor het stellen van diagnoses. Ten tweede verbetert de supervisie op de afdeling en is de monitoring van de patiënt beter geregeld, doordat de SEH-artsen een vaste functie hebben. Deze zaken verhogen de medische kwaliteit, maar ook de snelheid van de behandeling en daarmee de doorstroom en de productiviteit van de afdeling.

De nurse practitioner is een fenomeen dat zowel op de SEH als op de HAP voorkomt. Deze nurse practitioner is een verpleegkundige met extra opleidingen en bevoegdheden, waardoor zij eenvoudige medische handelingen zelfstandig kan uitvoeren. Deze bevoegdheden zijn altijd streng geprotocolleerd, om de kwaliteit van werken te garanderen. De complexe of zeer specialistische patiënten worden nog altijd behandeld door een arts. Elke patiënt ontvangt dus genoeg aandacht en het niveau van expertise dat nodig is voor het afhandelen van de zorgvraag. Deze functiedifferentiatie heeft het voordeel dat ook laagurgente klachten snel geholpen kunnen worden. In de oude situatie moesten zij immers wachten tot alle meer urgente klachten afgehandeld waren door de artsen. Op de SEH heeft het zelfstandig laten werken van verpleegkundigen nog een extra voordeel. Zij hoeven minder te wachten op artsen waardoor hun arbeidsuren dus efficiënter zijn, aldus een SEH-manager die beschikking heeft over een grote groep nurse practitioners.

Tot slot biedt deze functiedifferentiatie een kostenbesparing voor de SEH, omdat het werk van de verpleegkundigen goedkoper is dan het werk van de arts. Hierbij moet wel de kanttekening geplaatst worden dat de gespecialiseerde verpleegkundigen een hoger uurloon hebben dan de "gewone" verpleegkundigen en dat er ook tijd en dus geld vrijgemaakt moeten worden voor de

coördinatie van het verpleegkundige werk. Een consult wordt dus wel goedkoper, maar blijft duurder dan manuren van een gewone verpleger.

Alle huisartsenposten werken met callcenters, waarbij één callcenter voor meerdere posten de triage doet. Bij een grotere post vertelde een directeur dat door deze ontwikkeling de triage-assistentes minder andere taken kregen en zich hierdoor puur toededen op het telefoneren. Moderne telefoonsystemen bieden overigens ook mogelijkheden om telefoontjes van een post die het te druk heeft op te nemen in een post die het minder druk heeft.

Ten slotte perfectioneren de huisartsenposten de functie van regiearts. Hierdoor wordt de coördinatie beter en is eveneens de controle op de medische beslissingen die worden genomen strakker geregeld. (Giesen, Halink 2007)

Een interessante strategie voor de telefonische triage is dat één huisartsenpost de zogeheten NAW-telefonisten heeft geïntroduceerd. Deze noteren van alle inkomende telefoontjes naam, adres en woonplaats. Hierna worden ze teruggebeld door de triagisten. De wachtrij blijft op deze manier altijd vrij voor spoedgevallen en de triage-assistentes kunnen de meest urgente klachten als eerste afhandelen.

Het ziekenhuis ontwikkelt eveneens nieuwe methoden om de doorstroom en de productiviteit te verbeteren. Zo is een recente vinding het observatorium. Dit is een ruimte in het ziekenhuis om patiënten van de SEH neer te zetten, terwijl opname of diagnostiek geregeld worden. Volgens Moskop een goede maatregel voor het verbeteren van de doorstroom.(Moskop et al. 2009b)

De laatste mogelijkheid voor het verhogen van de productie is het creëren van zogeheten fast-track-units (Vicellio et al. 2008) Dit is een productie-eenheid van de SEH, waarin alleen laagurgente klachten worden behandeld. In een samenwerking tussen HAP en SEH vervult de HAP meestal deze rol.

Spreiden

Als een organisatie problemen heeft met pieken en dalen in vraag en aanbod, dan is het logisch dat men probeert om deze pieken en dalen weg te nemen. Het is immers gemakkelijker om een contante capaciteit te leveren. (Aa, Elfring 2003) Spreiding van de vraag kan op twee manieren.

Ten eerste kan men proberen om met anderen samen te werken, zodat de werkdruk wordt verdeeld over meerdere organisaties. Huisartsenposten werken samen met andere aanbieders van eerstelijnszorg om de patiënten toe te kunnen wijzen aan de meest geschikte hulpverlener. Zo bestaan er vaak afspraken met de thuiszorg voor routinevisites, wordt er samengewerkt met de GGZ voor psychiatrische patiënten, bestaan er contacten met ambulancemeldkamers voor de verdeling van

de ritten en tot slot worden (dienst)apotheken betrokken bij de zorgverlening voor een snelle toediening van medicatie.

Spoedeisende hulpen werken minder samen met andere zorgaanbieders. Hun mogelijkheden voor spreiding beperken zich tot het ombuigen van zorg naar de eerstelijns. Uit de onderzoeksdata bleek dat inderdaad de hoge werkdruk voor de SEH een reden was om in sommige gevallen samen te gaan werken met de plaatselijke huisartsenpost. De HAP wordt dan de fast-track van de SEH. Een andere mogelijkheid is dat de HAP en de SEH specifieke zorgproducten onderbrengen in een aparte zorgeenheid. Kleine snijwonden kunnen bijvoorbeeld gezamenlijk afgehandeld worden. De spreiding van patiënten is niet alleen beter in tijden van grote drukte, maar ook tijdens rustige perioden. In deze tijden is het volledig operationeel hebben van verschillende zorgaanbieders onnodig en dus duur. (Giesen et al. 2007) Samenwerken op deze momenten betekent dat er minder personeel nodig is waardoor de zorg goedkoper wordt, maar dat toch de beschikbaarheid en kwaliteit van de voorziening gegarandeerd blijven.

De tweede mogelijkheid voor spreiding van de werkdruk, is het spreiden van patiënten in de tijd. Huisartsenposten doen dit al door het maken van afspraken naar aanleiding van telefonische triage. Een universele ergernis van zowel spoedeisende hulp- als huisartsenpostmanagers is de bereikbaarheid van huisartsen overdag. Het effect hiervan is te zien op de patiëntenpopulatie van in ieder geval de huisartsenpost: 21% van de bezoekers aan een huisartsenpost, zegt deze te moeten bezoeken vanwege het feit dat de eigen huisarts onbereikbaar is. (Giesen 2009) Sommige respondenten in dit onderzoek hebben dan ook het gevoel dat de HAP en de SEH een uitbreiding zijn geworden van de reguliere huisartsenzorg. De oplossing is ook duidelijk, volgens een ziekenhuismanager:

“Als je de basis groter maakt, dan los je al heel veel problemen op. Veel mensen kunnen alleen maar terugvallen op de HAP, als de huisarts overdag niet bereikbaar is. Of ze omzeilen de huisarts en gaan naar de SEH. Bijna 50% van onze patiëntenaantallen zijn zelfverwijzers!”

Hierbij moet aangemerkt worden dat deze visie voortkomt uit de managers van de huisartsenpost en de SEH: Of het mogelijk en wenselijk is voor huisartsen om deze bereikbaarheid te verhogen weten we niet. Wel is in enkele onderzoeken aangetoond dat de bereikbaarheid van huisartsen in de reguliere zorg ondermaats is. (NZa 2009a)

7.3 Het probleem oplossen of er mee om leren gaan?

Alle bovenstaande maatregelen probeerden op de een of andere manier de vraag te verminderen of deze zo snel mogelijk af te handelen. Ze proberen hierbij in de hand te houden dat ongeruste mensen met niet-spoedeisende klachten gebruik maken van medische voorzieningen. Voor de motivatie van de patiënten is het belangrijker dat men bang is voor ernstige gevolgen in de toekomst, dan dat men aan de klachten in het heden denkt. De angst is leidend, niet de aard van de aandoening. (Hugenholtz, Bröer & van Daalen 2009, Bügel, Veenema 2002) Een vraag die Bügel en Veenema daarom stellen is de vraag of ongerustheid dan misschien een gezondheidsprobleem is? (Bügel, Veenema 2002) Ik persoonlijk ben geneigd om te concluderen van wel.

Essentieel voor de bepaling van de patiënt om hulp te zoeken bij een instelling voor acute zorg is de vraag of zijn klachten spoed vereisen. Dit vergt nog een tweede afweging bovenop de vraag of de klachten überhaupt behandeling nodig hebben. Gezien de beperkte competenties van de patiënt is de kans erg klein dat deze twee "juiste" beslissingen neemt. Tot nu toe hebben we echter continu besproken hoe lastig die ongerustheid is en welke negatieve gevolgen het heeft voor het systeem als mensen continu ongerust zijn.

Toch heeft de ongerustheid van de patiënten een functie voor de acute zorg. Als mensen nooit ongerust zouden zijn, vragen zij nooit of te laat om medische zorg. Dat de afweging achteraf niet goed was, konden de meeste patiënten (maar ook de zorgverleners) niet weten vantevoren! (Moll van Charante) Mijns inziens is overigens ook niet aangetoond dat de ongerustheid ongegrond was, als de diagnose uitwijst dat de patiënt geen ernstige aandoening heeft.

Ongerustheid is de informatiebron voor de eerstelijnsgezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt zelfs dat juist deze laagdrempeligheid en informatieverstrekking bij ongerustheid direct leidt tot een verbetering van de gezondheid van de populatie die hier aanspraak op kan maken! (Lee et al. 2007) De eerstelijns is dus ontworpen om op te treden als aanspreekpunt voor mensen die vage klachten hebben, of ongerust zijn. Pas na medisch onderzoek/ consultering weten patiënt én zorgverlener wat er aan de hand is. De juiste zorg verlenen vereist dus beschikbaarheid en energie van de aanbieder om een goede kwaliteit en doelmatige zorg te leveren, maar ook een duidelijke beoordeling van de spoed die de klachten vereisen omdat anders de werkdruk te ver oploopt.

Triage

Triage is bij uitstek de manier om een mix te maken tussen ongerustheid op een veilige manier tolereren en het afwijzen van klachten die geen directe behandeling behoeven. De triage is het

beoordelen van patiënten op wetenschappelijke criteria om hen een bepaald behandeltraject te laten volgen.(eigen omschrijving) Triage kan zowel fysiek(HAP en SEH), als telefonisch(HAP).

De telefonische triage is van groot belang als aanspreekpunt voor ongeruste patiënten op de HAP: Op dit moment wordt nog de helft van de consulten daar telefonisch afgehandeld. (Giesen et al. 2008b)

De introductie van de HAP in Nederlandse zorglandschap is hierbij een belangrijke reden waarom er meer telefonisch advies wordt gegeven. Dit blijkt uit een casestudy in Almere.(Van Steenwijk-Opdam et al. 2007)

Telefonische triage is een instrument met veel potentie gebleken in de afgelopen jaren. Er is veel onderzoek naar triage en veiligheid gedaan en de conclusies hiervan zijn dat het over het algemeen goed gaat. Wel bestaat er een behoorlijke foutmarge, waarvan niet rechtsreeks is aangetoond dat deze direct gevaar oplevert voor patiënten. Het gaat hierbij om zowel overschatting als onderschatting van klachten. (Derkx et al. 2009, Giesen 2007) Hoopgevend is dat er een duidelijke correlatie gevonden werd tussen goede training in triage en de correcte beoordeling van gevallen. (Giesen 2007) Ook een goede regiearts kan de kwaliteit van de telefonische triage verbeteren. (Giesen, Halink 2007) Hoewel de telefonische triage dus een zekere foutmarge kent, is niet overtuigend aangetoond dat in alle gevallen fysieke consulten beter zijn.(Fisher 2003) Officieel is het standpunt van de VHN dat iedereen mag bellen naar de HAP, maar dat alleen behandeling volgt als dat nodig is. Dit gaf aanleiding voor enige frictie(zie hoofdstuk 6) maar het wordt ondersteund door huisartsenposten. Een directeur legde het als volgt uit:

“Veel mensen verwachten geruststelling. En dat is niet erg, bellen mag best als ze ongerust zijn. Mensen moet je wel kunnen uitleggen dat ze kunnen wachten als ze gerustgesteld zijn.”

Hier bestaat dus enige tolerantie ten aanzien van de ongerustheid van de patiënten.

Maar voor de huisartsenposten is het een nadelige tendens dat men meer consulten is gaan eisen en minder genoeg neemt met telefonische afhandeling van de hulpvraag. (Giesen et al. 2008b) Omdat de huisartsenposten alleen maar op afspraak werken oefenen de fysiek aanwezige patiënten een behoorlijk druk uit. Patiënten zijn op dit moment aanwezig in de organisatie en nemen genoeg met een zelfzorgadvies of een afspraak op een later tijdstip.

Een HAP-directeur zei hierover het volgende:

“Men ziet een lege wachtkamer en dan is de patiënt niet meer te remmen. Die wil per se gezien worden.”

Fysieke consulten zijn duurder en kosten meer tijd dan telefonische triage. Doelmatige zorg wordt direct en indirect minder mogelijk, omdat verzekeraars meer consulten moeten uitkeren en de organisaties hun capaciteit moeten uitbreiden om de hogere werkdruk te bedwingen.

In deze zin is een samenwerking van HAP en SEH nadelig voor een HAP, omdat deze dan de zelfverwijzers van de SEH gaat behandelen. (Hoofdstuk 10, zie ook (Kamphuis et al. 2007, van Uden, Crebolder 2004) Zorgelijk was dat niet alleen de kwantiteit van de patiëntenstroom toenam, maar dat hierbij het aantal telefonische consulten met de HAP halveerde. Bewijs hiervoor bestaat in Haarlem en Maastricht. (Moll Van Charante, Bindels 2008) Of dit in alle gevallen gaat gebeuren is onbekend. Wel is duidelijk dat een samenwerkingsvorm niet toegankelijker beoordeeld wordt door patiënten (Moll Van Charante, Bindels 2008). Al met al is triage een instrument voor selectie dat voor een deel goed gaat, maar altijd een zekere foutmarge kent. Wat de beste manier is om te triëren en door wie dit gedaan moet worden is echter niet geheel duidelijk. (Kelen 2006, Derkx et al. 2009, Giesen 2007) Doel van het instrument is om op een doelmatige wijze zorg aan te bieden en de werkdruk enigszins te beheersen. De triage wordt een groter discussiepunt wanneer huisartsenpost en SEH gaan samenwerken, omdat ze gezamenlijk vorm moeten geven aan toegang van de organisaties. Punten van discussie zijn welk systeem er wordt gebruikt, wie de eerste intake doet en hoe “streng”er wordt getrieerd.

Onderliggende vraag wat de organisaties als “onterechte patiënt” typeren. De voornaamste categorie patiënten die al dan niet onder de term “onterecht” vallen zijn de zelfverwijzers van de SEH. Maar is het altijd onterecht dat een patiënt de SEH bezoekt?

Zelfverwijzers

Zelfverwijzers zijn mensen die zich in eerste aanleg melden op de SEH, terwijl zij zich volgens de officiële norm eerst moeten melden op de HAP of bij de huisarts.

De minister stelt dat er actie moet worden ondernomen om deze deficiëntie van het huidige systeem weg te werken. Hij heeft juni 2008 in zijn brief “Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit” (Klink, Bussemaker 2008, Klink 2008a) het volgende aan de Tweede Kamer geschreven:

“Om het probleem van “zelfverwijzers” op te lossen en de keten van acute zorg te verbeteren willen we waar nodig stimuleren dat SEH’s en huisartsenposten uit de regio van de betreffende ziekenhuizen binnen drie jaar op dezelfde locatie gevestigd zijn. (.....) Wij gaan dit stimuleren door de komende maanden met partijen hierover in gesprek te gaan.”

Zelfverwijzers worden als een probleem gezien, omdat behandeling hiervan over het algemeen duurder is, terwijl uit onderzoek blijkt dat 70% ook door de goedkopere HAP had kunnen worden geholpen. (Giesen et al. 2007) Enkele Britse onderzoeken toonden aan dat de zorg door huisartsen

voor een groep patiënten met voorgeselecteerde 'eerstelijnsproblemen' even veilig was als de zorg door SEH-artsen of specialisten maar met minder middelen werd uitgevoerd en tegen lagere kosten. (Dale et al. 1996, Murphy et al. 1996)

Het fenomeen zelfverwijzers heeft dus betrekking op de uitdaging doelmatigheid. Maar zijn deze zelfverwijzers dan zo'n probleem voor de acute zorg?

Gebaseerd op cijfers van Schrijvers uit een landelijke meetweek is 45% van de patiënten van de SEH een zelfverwijzer. (Schrijvers et al. 2008) Dit komt overeen met het feit dat 7% van de Nederlandse bevolking elk jaar een SEH bezoekt als zelfverwijzer. (Giesen et al. 2007) Op het totaal van de zorgvraag buiten kantooruren is dit ongeveer 1/7 van het aantal patiënten. In absolute zin gaat het om meer dan een miljoen patiëntencontacten. Het probleem is dus in absolute zin erg groot.

De zelfverwijzer heeft bovendien meestal een laagurgente aandoening. Zo is het percentage van de zelfverwijzers dat opgenomen moet worden slechts 1/5 van het aantal verwezen patiënten dat wordt opgenomen. (Schrijvers et al. 2008) Bovendien is het aandeel van de zelfverwijzers in de zeer hoogurgente categorie ongeveer half zo groot als het totaal. (Schrijvers et al. 2008) Deze verhouding is in zekere zin logisch, omdat de huisarts(enpost) optreedt als filter voor de zorgvraag op de SEH. Patiënten gaan op verwijzing naar de SEH als ze dusdanig ziek of gewond zijn dat hun klachten specialistische zorg behoeven. Deze gegevens voeden de gedachte dat zelfverwijzers onnodig aanspraak maken op de dure specialistische zorg van de SEH.

Een vraag die in dit geval komt boven drijven is de vraag waarom mensen dit doen? Erik Pieter Moll van Charante heeft hier onderzoek naar gedaan. (Moll Van Charante, Riet & Bindels 2008)

De meeste mensen die zichzelf verwijzen naar de SEH doen dit omdat zij denken op deze plek de beste zorg te ontvangen. Voornamelijk jonge mannen, waarvan velen een botbreuk hadden, bezochten de SEH uit eigen beweging. Maar liefst 90% van de patiënten verklaarde te denken op de SEH de meest adequate zorg te krijgen voor de gepresenteerde hulpvraag. 36% van deze mensen zei dat zij de SEH sowieso moesten bezoeken vanwege het feit dat zij verwachten diagnostische faciliteiten te moeten gebruiken of dat zij zeer specialistische medische zorg nodig hadden. Het feit dat men gerichte redenen heeft om de SEH te bezoeken en tevreden is over de zorg roept de vraag op voor aanbieders van zorg of dit gedrag te rechtvaardigen is. Zeker gezien het feit dat bijna 69% aangeeft hetzelfde te handelen onder gelijke omstandigheden.

Impliciet aan de overtuiging dat 70%-80% van de patiënten onterecht zichzelf op de SEH melden is dat 20%-30% van de patiënten zich terecht melden op de SEH. Het blijkt dat niet alleen voor patiënten, maar ook voor aanbieders zelfverwijzing soms te legitimeren is.

Ten eerste zijn sommige keuzes van patiënten juist erg goed en omzeilen zij door direct te kiezen voor de SEH de kosten en het tijdsverlies van een consult op de huisartsenpost. Dit komt de doelmatigheid van het systeem juist ten goede. Bij twee proeven met een SEH die gesloten werd voor zelfverwijzers nam het aantal verwijzingen met 45% toe, waardoor de dubbele consulten leiden tot extra kosten. (Moll Van Charante, Bindels 2008)

Ten tweede hebben lang niet alle zelfverwijzers te verwaarlozen aandoeningen. Ongeveer 1/5 van de patiënten in de twee hoogste urgentie categorie is op de SEH gekomen uit eigen beweging. (Schrijvers et al. 2008) Dit betekent dat zij de HAP hebben overgeslagen, waardoor zij sneller hulp kregen voor hun bedreigende aandoening.

Directe toegankelijkheid van de SEH is dus in sommige gevallen erg goed. Zowel voor kwaliteitsverbeteringen als voor kostenbeperkingen. De harde, uniforme regels zijn dus niet goed toepasbaar op de werkelijkheid. Een bepaalde mate van flexibiliteit en ambiguïteit in het systeem zijn noodzakelijk voor optimale doelmatigheid.

7.4 Aanbodperspectieven

Dit hoofdstuk was een lang hoofdstuk, dat leidde van een hoge werkdruk tot methodes en technieken van de acute zorgaanbieders om tegelijkertijd toegankelijkheid te garanderen en drempels te creëren. Achterliggend idee blijft het leveren van de juiste zorg: Dus de juiste zorg op het juiste moment.

Voor de professionals is het bijna onmogelijk om een sluitend apparaat te ontwerpen, waarbij elke patiënt precies in een categorie past. Het garanderen van toegankelijkheid en tegelijkertijd selecteren, evenals de balans tussen goed en goedkoop kosten managers en professionals vele hoofdbreken.

Een belangrijke reden voor de mismatch tussen vraag en aanbod wordt veroorzaakt door de grilligheid en de slechte stuurbaarheid van het patiëntgedrag, zoals we zagen in het vorige hoofdstuk.

Onzekerheid en slecht medisch inzicht zijn hiervan de oorzaken. Omdat deze eigenschappen geworteld zijn in de kern van het zijn van een patiënt moet het antwoord op de groeiende vraag komen van de zorgaanbieders.

Zoals we tot nu toe hebben gezien streven de managers na dat de werkdruk beperkt blijft en de doelmatigheid zo groot mogelijk is. Het perspectief van de managers is ambigu: Er worden twee dingen tegelijkertijd nagestreefd. Maar in sommige gevallen is doelmatigheid geen ambiguïteit of paradox, maar een werkelijk dilemma omdat de twee concepten die het begrip vertegenwoordigen onvereenigbaar zijn. Doelmatigheid is dus zowel een uitdaging van de acute zorg, als een knelpunt voor een optimale bedrijfsvoering. In onderstaande tabel een overzicht van de twee verschillende assen van het begrip doelmatigheid.

<u>Kwaliteit/Effectiviteit</u>	<u>Goedkoop/Efficiënt</u>
Beschikbaarheid	Selectie patiënten
Specialistisch	Generalistisch
Ziek tot tegendeel bewezen is	Gezond tot tegendeel is

Men hoeft geen aanstoot te nemen aan bovenstaande indeling: Het zijn twee denkpolen; De 1^e lijn streeft ook kwaliteit na en de 2^e lijn streeft ook efficiëntie na. De praktijk is juist een complexe mix van bovenstaande afwegingen.

Beide zorgaanbieders hebben wel een andere kerncompetentie, waarbij ze samen zorg dragen voor een doelmatige organisaties van zorg. De SEH richt zeer meer op de hoogwaardige zorg, met goede toegang, terwijl de HAP goedkoper werkt en patiënten selecteert. Dit is het vaak genoemde cultuurverschil tussen eerste en tweede lijn. De SEH ziet volgens de respondenten de patiënt als ziek tot het tegendeel bewezen is, de HAP ziet de patiënt als gezond tot het tegendeel bewezen is. Beiden hanteren dus een verschillende “theory of action” voor het uitvoeren, maar ook het ontwerpen van hun taak. Hier is sprake van een wederkerige relatie tussen denken en doen die alomtegenwoordig is onder de aanbieders van acute zorg. Beide benaderingen hebben hun verdiensten voor het systeem, mits er genoeg ruimte bestaat om te switchen van de ene benadering naar de andere.

Patiënten spelen in op deze taakverdeling. In veel onderzoeken is aangetoond dat de patiëntenpopulaties ondanks niet de altijd de juiste keuzes, wel complementair zijn. (Moll Van Charante, Van Steenwijk-Opdam, Bindels 2007, Giesen et al. 2007) De wrijving ontstaat doordat er geen harde lijn te trekken is om tegelijkertijd goed en goedkoop te werken. Het nastreven van optimale doelmatigheid kan slechts bij benadering: Niet van elke patiënt kan vooraf beoordeeld worden op welke manier de meest passende zorg geleverd kan worden voor die specifieke casus.

Dit hoofdstuk liet zien hoe moeilijk en complex het is voor aanbieders van acute zorg om diensten te leveren die consequent betaalbaar, kwalitatief hoogwaardig, bereikbaar en toegankelijk zijn voor alle patiënten en op elk tijdstip. Het laatste hoofdstuk van dit deel van het onderzoeksrapport bespreekt de financiële regels die eveneens een grote invloed hebben op de geleverde diensten.

Hoofdstuk 8 Bekostiging

In de hoofdstukken zes en zeven is de relatie tussen vraag en aanbod aan bod gekomen. Hierin blijken enkele spanningen te bestaan, die van invloed zijn op de organisatie van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp in relatie tot elkaar. Er is echter nog een derde perspectief dat de managers van de acute zorg als uitgangspunt nemen voor het organiseren van de dienstverlening. Dat is het financiële perspectief. Vanuit een overstijgend oogpunt zou dit ook het macroperspectief op acute zorg genoemd kunnen worden.

De bekostiging en daarmee samenhangende wettelijke regels geven prikkels voor bepaalde organisatievormen, terwijl andere vormen verboden zijn of ontmoedigd worden. In dit hoofdstuk komt de invloed van de bekostiging op de ervaringen en gedragingen van de managers aan bod.

8.1 Huisartsendomein

Honorarium huisarts

Een belangrijk en controversieel onderwerp in de acute zorg is het honorarium van de huisartsen in de ANW-diensten. De huisartsenposten directeurs rapporteren moeilijkheden met het tarief omdat de huisartsen hier ontevreden mee zijn.

Het honorarium voor een huisarts die ANW-dienst draait, bedraagt €50,20 per uur. Dit bedrag is een vergoeding voor gewerkte uren. Anders dan in de dagsituatie is in dit tarief geen bedrag ingesloten voor de kosten van de huisartsenpraktijk. Maar ook als de toelage voor praktijkkosten worden weggelaten krijgt een huisarts in zijn dagpraktijk meer geld.

Huisartsen vinden dit honorarium in de ANW-uren te laag. Men is van mening dat “zelfs een loodgieter” meer verdient. Men vindt het bedrag niet alleen in absolute zin te laag. De huisartsen ervaren het als onbevredigend dat zij buiten kantooruren minder verdienen dan in de dagsituatie, terwijl dit in de meeste andere branches andersom is. Ook in vergelijking met andere medisch specialisten wordt hun inkomen laag gevonden.

De onvrede van de huisartsen richt zich niet alleen op het bedrag dat ze ontvangen. Het is ook een meer principiële kwestie. In de tijd dat het honorarium tot stand is gekomen, was de werkdruk een stuk lager dan deze nu is. Een HAP-directeur zei hierover het volgende:

“De drukte zijn ze niet gewend, dat hadden ze niet verwacht. En daarom beginnen ze ook te mekkeren over het honorarium. Ze zeggen: Dat geld, ja dat heb ik nooit als werktarief bedacht.”

De financiering voor de huisartsen zou volgens de respondenten moeten voldoen aan het feit dat ze betaald willen worden naar werken. Een HAP-directeur formuleerde deze wens als volgt:

“Daarom is het ook belangrijk dat de artsen worden betaald naar werk; Niet een uurtarief maar een tarief per verrichting. Dan wordt hard werken ook daadwerkelijk beloond.”

Uiteraard heeft een dergelijk tarief per verrichting ook nadelen, die hier niet zijn uitgewerkt omwille van de ruimte.

De onvrede over het honorarium groeit, wanneer HAP en SEH samenwerkingsafspraken gaan maken. Over het algemeen zijn deze samenwerkingen erop gericht om een deel van de patiëntenstroom af te buigen richting de huisartsenpost. Er staat echter geen extra vergoeding tegenover deze hogere werkdruk. Overigens zijn de huisartsenpostdirecteuren van mening dat het verhogen van de vergoeding slechts een tijdelijk positief effect zou hebben en dus geen oplossing is. De belangrijkste verbetering die men wil is dat de huisarts “loon naar werken” krijgt.

Ontevredenheid over de tarieven heeft een direct effect op de betrokkenheid van huisartsen bij de HAP en dus de acute zorg in de ANW-uren. Zij hebben in de huidige situatie een groot financieel belang bij het werken in hun dagpraktijk. De nachtdiensten zijn financieel het meest onaantrekkelijk. Wanneer zij hun nachtdiensten zelf draaien, kunnen zij de volgende dag niet (volledig) werken, waardoor zij in hun eigen praktijk minder verdienen en minder kwaliteit leveren. Een oplossing om dit te ondervangen is het inhuren van waarnemers. Deze waarnemers vragen echter meer dan €50,20 per uur en dat verschil moet de huisarts uit eigen zak betalen. Huisartsen verliezen dus inkomen door het draaien van nachtdiensten.

Tot slot moet nog een andere ontwikkeling genoemd worden ten aanzien van de inkomens van huisartsen. Directeuren van posten noemden dit in enkele interviews als nuancering voor de onvrede van de huisartsen. De wens van de NZA en VWS om zorg van de tweede naar de eerste lijn te verplaatsen is in de reguliere huisartsenzorg niet in het nadeel geweest van de huisartsen. Een gemiddelde huisarts draait 50.000 euro meer omzet dan twee jaar geleden. (NZa 2009a) Dit vergroot het (financiële) belang dat huisartsen hebben bij het leveren van dagzorg. Dit zou eventueel ten koste kunnen gaan van de betrokkenheid en bereidheid om dienst te doen.

Zoals we zagen in hoofdstuk 3.2 is de betrokkenheid van de huisartsen een belangrijk aandachtspunt voor de HAP, omdat de nevenfunctie van de huisarts de kern is van de HAP. Het onaantrekkelijke tarief in de ANW vergroot de affiniteit van de huisartsen met de HAP in ieder geval niet. Relativerend

feit is dat uit onderzoek blijkt dat financiële kwesties slechts een beperkte invloed hebben op het functioneren van mensen met een publieke dienstverlenende functie. Functionarissen hebben een grote intrinsieke motivatie om hun taken goed uit te voeren. Dit “public service ethos” bepaalt in hoge mate de arbeidsmotivatie en- satisfactie. (Boyne, Jenkins & Poole 1999)

De huisartsenpost

De financiering voor de huisartsenpost is pas relatief recent gerealiseerd. In de ANW wordt er gewerkt met een min of meer vast budget. Dit budget wordt vastgesteld aan de hand van een tarief per inwoner, een compensatie voor de zorgconsumptie van de inwoners, een variabele beschikbaarheidsvergoeding en de zogeheten plusmodule voor organisatie-innovatie. Vervolgens wordt het budget gedeeld door het aantal consulten om de prijs per consult vast te stellen. Dit consult wordt gedeclareerd bij de zorgverzekering van de behandelde patiënt. Hoe meer consulten een huisartsenpost dus doet, hoe minder een consult kost. Op een bijeenkomst voor financieel medewerkers van huisartsenposten verwoordde iemand deze praktijk als volgt:

“De huisartsenpost als productiebedrijf wordt beloond om zo min mogelijk te produceren”.

Een enkele directeur noemt de voordelen van deze budgetfinanciering:

“Als HAP zijn wij gefinancierd op een manier waarbij het niet uitmaakt of wij meer of minder patiënten krijgen. Het gaat alleen over kwaliteit en verbeteringen aanbrengen. En dat vind ik helemaal geweldig.”

Toch geeft het leeuwendeel van de respondenten aan dat zij erg ontevreden zijn met de huidige manier van financieren.

Een groot deel van de aanvullende opmerkingen op digitale schriftelijke interviews hadden betrekking op de manier van financieren. Het meest belangrijkste argument dat genoemd werd voor de onvrede met de financiële constructie was het gebrek aan compensatie voor oplopende werkdruk. Het ontbreken van extra middelen bemoeilijkt investeringen in personeel en kapitaal om de werkdruk in de hand te houden. Dit laatste is tegenstrijdig met de wens van de overheid om meer zorgvragen in de eerste lijn af te handelen. (Klink 2008a) Een specifieke potentiële kwaliteitsverbetering die wordt bemoeilijkt is de samenwerking van huisartsenpost met de SEH, vanwege de te verwachten werkdrukverschuiving richting de huisartsenpost. (van Uden, Crebolder 2004) Een directeur van een HAP verwoordde zijn frustratie omtrent deze onmogelijkheid als volgt:

“We hebben nu een stuurgroep om te kijken met ziekenhuis en zorgverzekeraar en de HAP, want er is de intentie om te komen tot een centrum van Spoedzorg. Maar we zijn afhankelijk van Den Haag, want zolang er een financieel schot is, is het niet haalbaar. “

Tot slot is zoals we zagen de positie van de huisarts binnen de HDS niet optimaal en mist de HAP de mogelijkheden om dit op te lossen.

8.2 Ziekenhuisfinanciering

De ziekenhuizen kennen een hele andere financiering dan de huisartsenzorg. Binnen deze financiering speelt de SEH een bijzondere rol. De ziekenhuizen zitten qua bekostiging van de SEH namelijk in een lastige spagaat. Enerzijds hebben ziekenhuizen een enorm financieel belang bij het openhouden van hun spoedeisende hulp. Het ziekenhuis kan namelijk zowel direct als indirect veel geld verdienen aan de SEH. De directe inkomsten zijn afkomstig uit consulten op de SEH, de indirecte inkomsten zijn afkomstig uit de opbrengsten van de follow-up behandelingen die een patiënt meestal ondergaat in het ziekenhuis waar deze de SEH heeft bezocht. Dit laatste levert aanzienlijk meer geld op dan de directe opbrengsten van de SEH bleek uit de interviews. Zelfs als het consult op de SEH zelf niet kostendekkend is, kan het ziekenhuis door het ter hand nemen van het vervolgtraject geld verdienen. Als we het op deze manier bekijken is een SEH een soort marketinginstrument van het ziekenhuis. Helaas is mij niks bekend over wetenschappelijk onderzoek naar de verhouding tussen directe en indirecte kosten. Evenmin is er onderzoek gedaan naar de SEH als instrument voor het binnenhalen van patiënten. Wel bleek uit de data dat de SEH om deze redenen voor de SEH-managers een belangrijke positie heeft in het ziekenhuis.

De SEH kan dus een bron van inkomsten zijn, maar is tegelijkertijd een erg dure voorziening voor het ziekenhuis. De afdeling moet met een overcapaciteit (reden: veiligheid bij piekbelasting) 24 uur per dag, zeven dagen per week geopend zijn. De dienst is dus te allen tijden beschikbaar, maar dit betekent niet dat er genoeg patiënten komen om rendabel te opereren. De wettelijke normen voor bereikbaarheid zijn opgesteld vanuit de positie van de patiënt. Dit betekent echter dat er in dunbevolkte gebieden te weinig patiënten kunnen zijn voor een rendabele bedrijfsvoering. Deze verliesgevende SEH's worden in stand gehouden doormiddel van een beschikbaarheidtoelage. Extra complicerende factor voor een zelfvoorzienend financiële huishouding is dat niet elke patiënt die wordt behandeld winstgevend is voor een SEH. Sommige patiënten hebben zulke eenvoudige klachten

dat het in stand houden van de voorziening meer kost dan de prijs van het aparte consult. Samenvattend heeft een SEH een behoorlijk volume nodig aan patiënten om voor een ziekenhuis rendabel te zijn, maar de SEH moet altijd geopend zijn ongeacht of er voldoende volume beschikbaar is voor een rendabele bedrijfsvoering.

De SEH heeft last van de paradox van de beschikbaarheid. Uit het oogpunt van kwaliteit en duidelijkheid voor de patiënt, moet er een SEH binnen handbereik zijn van iedere inwoner van Nederland, ongeacht of dit rendabel is. Gevolg is dat het voor de meeste SEH's niet mogelijk is om doelmatig te opereren. Dit kan gaan gelden voor de gehele voorziening, evenals sommige uren waarop de afdeling geopend is. Uit het oogpunt van de kosten bestaan er enkele suboptimale oplossingen voor het in stand houden van de SEH's. Zo kiezen spoedcentra ervoor om zelf - bijvoorbeeld met Nurse Practitioners - laagurgente zorg te leveren. Dit is in principe niet de meest kostenefficiënte oplossing voor het afhandelen van de laagurgente klachten, vanwege de hoge prijs voor het consult van de SEH. Uit onderzoek blijkt wel dat deze maatregel voor patiënten acceptabel is uit kwalitatief oogpunt. (Herzlinger 2004)

Een goedkopere maatregel zou op dit moment zijn om laagurgente zorg over te laten aan huisartsenvoorzieningen. Maar het uitbesteden van de laagurgente zorg aan huisartsen leidt tot inkomensverlies van het ziekenhuis en vereist extra investeringen van de verzekeraar. Bovendien is niet alle laagurgente zorg inwisselbaar voor zorg van de HAP, zoals we zagen in hoofdstuk 5. Wederom valt op dat een goede kwaliteit een aanzienlijke hoeveelheid geld kost en er dus grenzen zitten aan het streven naar doelmatigheid.

De bekostiging op zichzelf is ook een knelpunt bij het organiseren van de zorg zoals we zagen in de vorige twee paragrafen. Het stelt strakke kaders voor managers met complexe problemen, waardoor sommige oplossingen worden uitgesloten.

8.3 Met Spoed en marktwerking

De overheid eist echter wel gezondheidszorg die steeds doelmatiger werkt. Zoals omschreven in hoofdstuk 3 heeft de NZa een nieuwe vorm van bekostiging voorgesteld in haar rapport "Met Spoed". De twee belangrijkste kenmerken van dit voorstel, die nauw met elkaar verbonden, zijn de functionele bekostiging en de marktwerking. Beide elementen van de financiering kunnen rekenen op felle weerstand vanuit de zorgaanbieders.

Allereerst de functionele bekostiging. Hiermee bedoelt de NZa dat zorg niet langer gefinancierd wordt naar organisaties (zoals het budget voor de HAP), maar naar verrichting. Deze verrichtingen zouden in

principe door elke zorgaanbieder uitgevoerd kunnen worden. Het is echter nog onbekend wat acute basiszorg precies is: Welke verrichtingen gaan hieronder vallen? Is elke zorgaanbieder in staat om elke verrichting te gaan leveren op een verantwoorde manier? Gezien de tot nu toe geconstateerde verschillen in zorg tussen de HAP en de SEH is de aanname van de NZa dat de organisaties dezelfde zorg leveren twijfelachtig.

Het tweede element is dat de SEH en de huisartsenpost met elkaar zouden gaan concurreren om patiënten met laagcomplexiteit, laagurgente klachten. Dit noemt de NZa acute basiszorg. Het tarief dat hiervoor gaat gelden is naar alle waarschijnlijkheid lager dan dat van de gespecialiseerde spoedzorg die een SEH aanbiedt.

De ziekenhuismanagers zijn bang dat zij zorg moeten gaan aanbieden tegen een tarief dat voor hen niet rendabel is. Zij zouden hierdoor moeten besluiten om deze zorg niet meer aan te bieden, of onder de kostprijs. Beide opties zijn voor hen geen reële mogelijkheid, omdat dit tot enorme kostenderving leidt. SEH-managers vertellen dat hun zeer specialistische zorg peperduur is en voor een deel wordt gefinancierd uit de opbrengsten van de laagcomplexiteit zorg.

Een andere mogelijkheid is dat de SEH enorm gaat bezuinigen voor het aanbieden van goedkope consulten, wat de kwaliteit niet ten goede komt volgens de managers.

Een derde optie die ik zelf nog als theoretische mogelijkheid zie, is dat er instellingen ontstaan die alleen maar deze acute basiszorg gaan bieden. Dit zou betekenen dat er een derde speler in het veld komt, naast HAP en SEH, en dit zou de situatie voor de patiënt niet duidelijker maken.

Voor de huisartsenpost zou deze marktwerking tot gevolg kunnen gaan hebben dat zij alle acute basiszorg moeten gaan leveren, wat een enorme stijging van hun productie noodzakelijk maakt. Dit heeft twee mogelijke nadelen: Ten eerste vereist dit een enorme groei in medisch kapitaal en personeel, waarvan de vraag is of deze voldoende beschikbaar zijn. Zeker gezien de huidige werkdruk is dit een onwenselijke ontwikkeling voor de HAP.

Ten tweede zou de huisartsenzorg misschien nieuwe vaardigheden moeten gaan verwerven, omdat zij geconfronteerd wordt met zorgvragen die eerder op de SEH werden behandeld.

Een minderheid van de huisartsenmanagers zien de nieuwe financiering wel zitten, omdat zij verwachten hun positie te kunnen versterken en meer loon naar werken te krijgen.

Dat de NZa marktwerking probeert te introduceren in de acute zorg is op zichzelf opmerkelijk. Een economisch handboek omschrijft dat sommige publieke diensten niet doelmatig aangeboden kunnen

worden doormiddel van marktwerking. (Pindyck, Rubinfeld 2005). Dit zijn diensten die voldoen aan minstens één van de twee volgende twee kenmerken.

1. De dienst is *non-exclusive*. Dit betekent dat er niemand mag worden uitgesloten van de dienst. Dit is het geval bij de acute zorg. De overheid stelt zelf normen voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van acute zorg, welke geen enkele inwoner van Nederland uitsluiten van de zorg.
2. De dienst is *non-rival*. In economische termen betekent dit dat het hebben er van geen effecten heeft op de marginale kosten per klant van de dienst. Ook aan dit criterium voldoet de acute zorg in zekere mate. Wederom is de beschikbaarheidsfunctie hiervoor verantwoordelijk. Omdat elke Nederlander spoedzorg tot zijn beschikking moet kunnen hebben, betekent dit dat er instellingen worden gecreëerd op veel verschillende plaatsen. Vervolgens is het maar van beperkte invloed hoeveel patiënten zij behandelen, omdat onrendabele bedrijfsvoering wordt gecorrigeerd door beschikbaarheidtoeslagen.

De acute zorg voldoet dus aan beide kenmerken voor het onmogelijk zijn om de prestaties van de dienst te maximaliseren doormiddel van marktwerking. Tot slot is er ook specifieke literatuur die aantoont dat marktwerking in de gezondheidszorg negatieve gevolgen heeft voor de kwaliteit van het systeem als geheel. Porter en Teisberg benadrukken dat het ontbreken van sterke competitie één van de twee hoofdoorzaken is dat Europese gezondheidszorg gemiddeld beter en goedkoper is dan Amerikaanse. (Porter, Teisberg 2006)

De oorzaak van de beperkte mogelijkheden tot marktwerking zit ingesloten in de beschikbaarheidsfunctie. Als we redeneren volgens de definitie van goede acute zorg uit hoofdstuk 5 is deze beschikbaarheidsfunctie essentieel voor het leveren van goede zorg. Zonder normen voor beschikbaarheid en bereikbaarheid is het onmogelijk om de zorg te leveren op het juiste moment. Urgente klachten worden dan te laat behandeld, waardoor de balans tussen goed en goedkoop opschuift richting goedkoop. Het is de vraag of dit maatschappelijk aanvaardbaar is. Op dit moment wordt er nog gewerkt aan het definitieve voorstel voor de financiering, nadat de minister enkele aanwijzingen heeft gegeven voor verdere uitwerking van (Klink 2008b) Dit zou daarom kunnen afwijken van de voorgestelde financiering uit "Met Spoed". Dit maakt wel dat alle aanbieders van acute zorg op dit moment erg voorzichtig bij het ontwikkelen van plannen, omdat de voorgestelde nieuwe bekostiging deze plannen direct onwerkbaar zou kunnen maken.

Ook als we naar doelmatigheid kijken vanuit een economisch perspectief is het streven naar doelmatigheid soms een onoplosbaar dilemma.

8.4 De zorgverzekeraar

Naast ziekenhuis en huisartsenpost bleek nog een derde partij essentieel te zijn voor de organisatievorm. Dit is de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar blijkt in de praktijk negatieve financiële prikkels voor samenwerking op te heffen. Voorbeelden dat deze afspraken op grote schaal bestaan zijn te zien in bijlage 1.

Opvallend is dat respondenten melden dat de zorgverzekeraar in enkele gevallen zelfs de initiator is van gesprekken tussen SEH en HAP. De zorgverzekeraars doen dit om de kwaliteit voor hun verzekerden te verbeteren en eveneens hopen zij minder geld uit te geven aan acute zorg volgens de respondenten. Over het algemeen zijn deze financiële afspraken van tijdelijke aard, omdat alle partijen in het veld al enkele jaren op een nieuwe bekostiging van de acute zorg wachten, zoals voorgesteld door de NZa in "Met Spoed".

De zorgverzekeraars zorgen voor het opheffen van enkele negatieve aspecten van het knelpunt bekostiging. Zij voorzien namelijk tijdelijk in een bedrag om het ziekenhuis te compenseren voor het inkomensverlies en een bedrag om de HAP te compenseren voor de hogere werkdruk. Dit is opmerkelijk, omdat op korte termijn de zorg dus niet goedkoper wordt. De verwachting is dat op langere termijn deze samenwerkingen wel goedkoper gaan uitpakken voor de zorgverzekeraars. De actieve rol van de zorgverzekeraars is een ontwikkeling, waarvan ik denk dat de oorzaak ligt bij het invoeren van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel in januari 2006.

Voor huisartsenpost, SEH en zorgverzekeraar is het een belangrijke ontwikkeling omdat dit betekent dat deze partij een rol speelt in de totstandkoming van zorgmodellen. Hierbij streven ook de verzekeraars doelmatige zorg na.

Uit de woorden van de respondenten is af te leiden dat kwaliteit en kostenvermindering een even grote rol spelen in de initiatieven van de verzekeraar. Gekoppeld aan de literatuur is dit een interessant gegeven, omdat uit onderzoek blijkt dat zorgverzekeraars meestal betere marktprestaties leveren door trucs uit te halen. (Herzlinger 2004) Het onderzoek toont drie manieren waarop zorgverzekeraars betere financiële resultaten behalen, zonder betere kwaliteit te leveren.

- ❖ Zij selecteren hun klanten. Op deze manier verzekeren zij minder zieke mensen en hoeven ze dus ook minder uit te keren voor consulten en behandelingen.
- ❖ Zij kortingen geven op volumes. Op deze manier worden de kosten van het systeem alleen verschoven. De zorgverzekeraar en de patiënt betalen minder, maar de zorgaanbieder moet

bezuinigen om zijn afspraken waar te maken. Dit is een kwaliteitsvermindering, terwijl er over het geheel geen betere financiële prestaties worden geleverd.

- ❖ Instellingen contracteren die toch al goedkoop werken. Ze nemen dus geen initiatieven tot het doelmatiger laten werken van alle zorgaanbieders.

Deze drie gedragspatronen komen in de Nederlandse situatie niet voor, omdat dat onmogelijk is. Ten eerste is het in de Nederlandse wet verboden om patiënten te selecteren. Iedereen moet behandeld en verzekerd worden, dus verzekeraar en aanbieder hebben er belang bij dat deze behandeling goed en goedkoop is. (Zorgverzekeringswet 2006)

Ten tweede is het in de Nederlandse wet verboden voor zorgverzekeraars om meer dan 10% korting te geven aan verzekeringnemers. (Zorgverzekeringswet 2006) Hierdoor blijft er ruimte voor zorgaanbieders om de kwaliteit van hun diensten te verhogen, waardoor mensen minder ziek zijn en de kosten voor de hele gezondheidszorg omlaag gaan. (Porter, Teisberg 2006)

Tot slot kunnen Nederlandse verzekeraars niet de keuzemogelijkheden van patiënten voor elementaire zorgvoorzieningen beperken, omdat zij met elke aanbieder hiervan een contract moeten sluiten. Huisartsenzorg en de spoedeisende hulp zijn dusdanig elementaire voorzieningen dat zij zeker onder deze verplichting vallen. (Zorgverzekeringswet 2006) De kwaliteit is dus gegarandeerd.

Dankzij deze wettelijke voorwaarden kunnen zorgverzekeraars alleen meer concurrentievoordeel halen door de zorg goed en goedkoop te organiseren. Door het op gang helpen van zorginnovaties - zoals de samenwerking van HAP en SEH - zijn zij hier actief mee bezig. Implicatie van deze constatering is dat samenwerkingsverbanden voor HAP en SEH tot stand kunnen komen door nauw overleg met de zorgverzekeraar. Tijdelijk heffen de zorgverzekeraars een negatief aspect van het knelpunt bekostiging op!

8.5 Het financiële perspectief

Zoals besproken in dit hoofdstuk creëert de huidige financiering enkele spanningen op tussen dat wat de managers wensen en dat wat mogelijk is. Het is normaal dat taakgerichte organisaties tekortkomingen hebben in hun formele constructies. De werkelijkheid is namelijk flexibeler en complexer dan dat de regels dat zijn die erop toegepast kunnen worden. (Stone 2001) Een eigenschap van regels is daarom dat zij mensen dwingen tot gedrag dat zij niet willen vertonen. (Stone 2001) Uit onderzoek blijkt dat deze formele constructies de arbeidsmotivatie frustreren, door het uitoefenen van controle en dwang op professionals die een zelfstandig professioneel oordeel willen vellen over de

beste manier om hun werkzaamheden uit te voeren. (Boyne, Jenkins & Poole 1999) Het is deze spanning die we hebben opgemerkt in dit hoofdstuk. Wederom kent het perspectief dat gebruikt wordt ambiguïteit.

Professionals hebben zelf ideeën hoe de organisatie ingericht moet worden om een zo goed mogelijke dienstverlening te bewerkstelligen voor hun specifieke situatie. De overheid is echter genoodzaakt om normen en prikkels af te geven voor het vertonen van bepaald gedrag dat de doelmatige organisatie van het gehele systeem ten goede komt. Deze tegenstelling veroorzaakt frictie.

In een notendop zijn de prikkels in de financiering er primair op gericht om kosten te besparen met in acht neming van enkele garanties voor de kwaliteit. De professionele organisaties zijn er primair op gericht om optimale kwaliteit te leveren, tegen een goede prijs. Een HAP-directeur drukte zijn wens als volgt uit:

“Geld moet de zorg volgen en niet andersom.”

De overheid stelt op basis van een “zero-based- analyse” dat zij graag zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn wil verschuiven. (NZa 2008, NZa 2009a) De hiermee gepaard gaande hogere werkdruk maakt het noodzakelijk om te investeren in personeel en kapitaal voor de eerstelijns om deze substitutie organisatorisch mogelijk te maken. Maar de huidige bekostiging voorziet niet in deze gecombineerde stijging van productie en fondsen. Aan de andere kant is het voor ziekenhuizen moeilijk om hun SEH rendabel te laten functioneren als zij de laagurgente spoedzorg moeten gaan afstoten.

Managers kunnen niet altijd in het belang van een doelmatigere zorg denken, omdat dit ten koste gaat van de organisatie of van de belangen van de mensen in de organisatie. De huidige organisaties zijn echter binnen de mogelijkheden van de financiering optimaal ingericht en de ambiguïteit zit in dit geval dus niet zozeer in de overwegingen van de zorgaanbieders, maar meer bij de beleidsmakers. Zij willen in het belang van de zorg andere dingen dan dat er mogelijk is voor de organisaties.

Een knelpunt van het systeem is dat als we het vanuit een economisch perspectief bekijken beschikbaarheid en dus kwaliteit, versus goedkoop werken onvereenigbaar zijn. Daarnaast is de aard van de bekostiging ook een knelpunt voor de organisatie van zorg. Een economisch perspectief op organisaties leert ons dat elke organisatie wordt beperkt door schaarste aan middelen die organisaties dwingen tot keuzes. (Pindyck, Rubinfeld 2005) Ook in de acute zorg is dat het geval. Bovendien is de bekostiging in dit geval dusdanig ingericht dat er door de verstrekking van middelen bepaald gedrag wordt aangemoedigd, terwijl ander gedrag onmogelijk wordt. Hoewel volstrekt natuurlijk zijn deze beperkingen complicerend en in sommige zelfs frustrerend voor de onderzochte managers.

De conclusie van dit deel van het onderzoeksrapport is dat de dienstverlening in de acute zorg bloot staat aan enkele uitdagingen die niet gemakkelijk zijn op te lossen door de complexe, ambigue eisen die een doelmatige organisatie van acute zorg stelt.

Deel 4 Praktijk

In deel vier van het onderzoeksrapport zullen we bekijken hoe HAP en SEH in praktijk vorm geven aan hun relatie.

In **hoofdstuk 9** komt aan bod hoe de complexe mix van vraag, aanbod en overheidsregels resulteert in de huidige stand van zaken. Welke uitdagingen en knelpunten kent de huidige acute zorg?

Hoofdstuk 10 behandelt de actuele stand van zaken van de samenwerking gezien vanuit het perspectief van de huisartsenpost.

Hoofdstuk 11 beschrijft de samenwerkingsprocessen van HAP en SEH en laat zien hoe deze processen leiden tot de actuele stand van zaken.

Hoofdstuk 12 bevat de conclusies van het onderzoek en zal antwoord geven op de vraag hoe de huisartsenpost en de spoedeisende hulp zichzelf zullen ontwikkelen in de (nabije) toekomst.

Hoofdstuk 9 Vertrekpunten en discussiepunten

“De dingen die je niet kan veranderen moet je accepteren! Of moet je de dingen die je niet kan accepteren veranderen?”(Theo Maassen)

In de vorige hoofdstukken is besproken hoe de acute zorginstellingen de puzzels oplossen die hen worden opgelegd door hun plichten voor het leveren van hun diensten. Het organiseren is zoals we hebben gezien een complex, moeilijk en dynamisch proces.

De organisatie wordt uitgedaagd om de dienst zo doelmatig mogelijk aan te bieden en oplossingen te bedenken voor een steeds hogere werkdruk.

Knelpunten die de managers constateren zijn de huidige bekostiging, de onverenigbaarheid van de twee concepten van doelmatigheid en ten derde de beperkte competenties van de klant. In dit hoofdstuk wordt het krachtenveld nader geanalyseerd en zullen we aan de hand daarvan enkele uitgangspunten formuleren.

Is er een “juiste oplossing”?

Een belangrijke vraag die managers en beleidsmakers zichzelf stellen is de vraag wat de beste manier is om vorm te geven aan aanbieders van acute zorg. In hoofdstuk vijf hebben we een definitie opgesteld voor optimale acute zorg als dienst. Dit is

Een toestandsverandering van een persoon naar aanleiding van een hulpvraag die op basis van de beoordeling van de patiënt van spoedeisende medische aard is en in directe aanwezigheid en betrouwbare coöperatie met de patiënt met de juiste medische expertise, betrouwbaarheid en op het juiste moment wordt afgehandeld.

In de hoofdstukken 6 tot en met 8 hebben we gezien dat goede acute zorg geen gemakkelijk te organiseren taak is. Het blijkt dat de werkelijkheid bijzonder complex is en een verweven en afhankelijk geheel is dat vol zit met tegenstrijdigheden en ambiguïteit. De sociale constructie die tot stand komt door organisatieprocessen heeft dus twee kenmerken:

1. Het proces is volledig menselijk, maar daardoor niet volledig rationeel. (Watson 2001)
2. Het proces draait om keuzes. Bewuste gecreëerde constructies, zoals we dat in hoofdstuk vier hebben besproken. (O'Leary 2004, Hallet 2003, Stone 2001)

Zowel proces als uitkomst van de (organisatie van) dienstverlening krijgt vorm door het maken van keuzes. Hieronder zullen we bespreken welke twee knelpunten er bestaan met betrekking tot het maken van keuzes.

9.1 Managen is mensenwerk

Subjectiviteit

Acute zorg vraagt volgens de definitie een bepaald idee van de “juiste” momenten, betrouwbaarheid en medische expertise. Dit “juist” is in essentie een concept van goed en fout, welk per definitie vastgesteld wordt vanuit de subjectiviteit van mensen. (Watson 2001, Stone 2001)

Een rationele organisatie en bijbehorend management is dus een onbereikbaar ideaal. Binnen de organisatie komen alle beslissingen tot stand doormiddel van een politiek proces, waarbij alle belanghouders doormiddel van gekleurde representaties van feiten en meningen een visie creëren (Stone 2001) en daaruit voortvloeiende organisatieprocessen en –hardware. (Khan, Bate & Pye 2000) Een duidelijk dilemma van goed en fout in de acute zorg is het genoemde cultuurverschil tussen SEH en HAP. Zorgverleners van beide instanties handelen anders, omdat zij andere dingen goed en fout vinden. Deze opvattingen over goed en fout kunnen afkomstig zijn uit de socialisatie in de organisaties, maar ook doordat men in de opleiding bepaalde normen aanleert.

Beslissingen van goed en fout zijn niet eenvoudig. Fischer laat zien dat bij beslissingen over gezondheid mensen andere dingen kunnen waarderen in dezelfde casus. Een goed voorbeeld is een zaak waarbij een patiënt kan kiezen tussen het verliezen van een been of langer doorleven. Wil de patiënt doorleven zonder benen? Is het het dan wel waard? Of wil de patiënt dood? Maar is het dat wel waard? Een moeilijke afweging, waarbij het ook nog kan zijn dat de mening van de arts en de patiënt verschillen. (Fisher, Wennberg 2003)

Op een hoger niveau in de organisatie draait het ook telkens om deze afwegingen van wat goed is voor een patiënt. Denk hierbij aan de discussie of patiënten wel of niet zelfstandig naar een SEH mogen komen.

Onzekerheid

Het tweede complicerende verschijnsel in menselijke beslisprocessen is onzekerheid. Perfecte dienstverleningen, maar ook bijvoorbeeld sluitende patiëntcategorieën zijn onmogelijk. Dit wordt veroorzaakt doordat beslissingen in de medische wereld altijd worden gemaakt onder de voorwaarde

risico. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007) Hierbij is risico de kans (statisch concept) op een slechte uitkomst (subjectief concept).

Beslissingen nemen die inschattingen van risico vergen zijn zeer moeilijk. Ten eerste is er een **statistische** onmogelijkheid om altijd correcte beslissingen te nemen. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007) Dit wordt veroorzaakt doordat elke beslissing een individueel geval is in plaats van een lange reeks. Deze individuele casus kent dus alle mogelijke uitkomsten, hoewel sommige waarschijnlijker zijn dan anderen. Maar welke uitkomst zich in een specifieke geval gaat voordoen weet je nooit van tevoren. Wederom is het beste voorbeeld de directe toegankelijkheid van de SEH. Soms kan deze levens redden, terwijl op landelijke schaal zelfverwijzers worden gezien als groot probleem.

Het tweede probleem van het toepassen van statistiek op beslissingen is dat mensen er niet goed in zijn. Er is in een klein aantal onderzoeken aangetoond dat medici en patiënten beslissingen nemen die niet conform de risicoafwegingen zijn. Hierdoor worden de gewenste effecten van de beslissing onwaarschijnlijker. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007)

Het derde element van onzekerheid is het feit dat causale verbanden niet altijd zo werken als wij veronderstellen. Acties hebben bijeffecten die ook de uitkomsten beïnvloeden. (Harris, Ogbanna 2002)

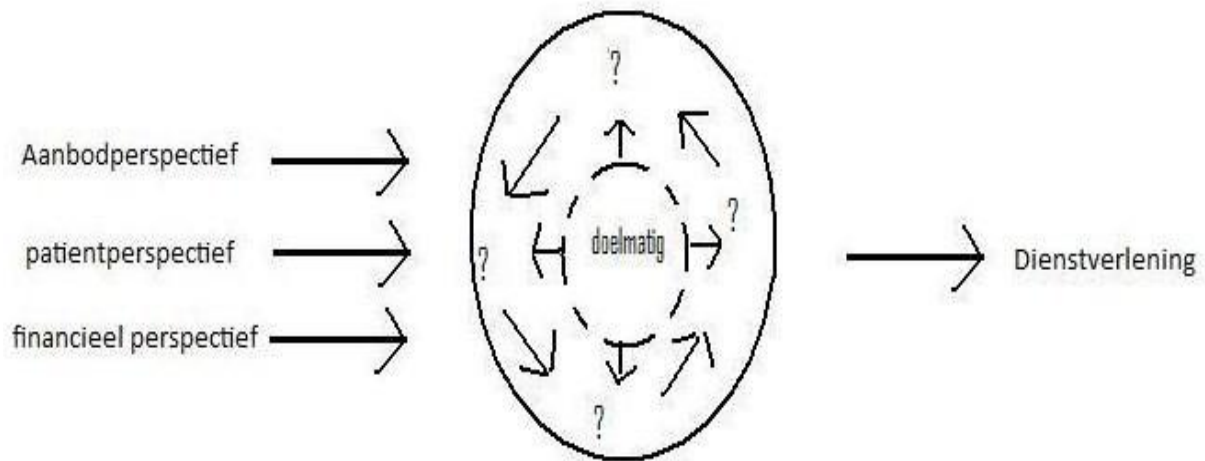
Naast de statistische beperkingen, speelt ook de subjectiviteit een rol bij besluitvorming onder risico. Subjectiviteit is niet alleen op zichzelf een complicerend aspect van organiseren, maar het is ook een verschijnsel dat risicoafwegingen beïnvloed. Van invloed op statistische afwegingen zijn subjectieve zaken als ontzagwekkendheid van de uitkomst, verschillende keuzemogelijkheden voor het benaderen van het risico en vertrouwen. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007) Eerder zagen we al dat negatieve gewaardeerde uitkomsten veel sterkere prikkels geven voor actie, dan positieve uitkomsten (Hoofdstuk 6)

De trend van de laatste jaren lijkt dat mensen ziekte en onzekerheid negatiever waarderen dan voorheen. Sociologen identificeren een groeiende maatschappelijke hang naar zekerheid en een ontkenning van ziekte en dood. (Bügel, Veenema 2002) Deze negatievere waardering van ziekte en dood is een lastig aspect voor het management, omdat mensen hierdoor bij kleine onzekerheid sneller hulp zoeken en zo het systeem overbelasten.

Dat mensen risicomijdend denken is in het geval van ziekte geen vreemde gedachte: Het is een statistische zekerheid dat men ooit dood gaat. (Nexøe, Halvorsen & Kristiansen 2007) Hieruit voortvloeiend betekenen de eigenschappen subjectiviteit en onzekerheid voor de acute zorg dat er noodzakelijk enige tolerantie moet bestaan voor imperfectie en onvoorspelbaarheid. Het managen wordt er niet simpeler op. In de volgende paragraaf staat een schematische weergave van het proces van organiseren, zoals we dat tot nu toe besproken hebben.

Management in kaart

Onderstaand een schematische weergave van het proces van managen in de spoedzorg.



Het model beschrijft het proces van organiseren vanuit het oogpunt van de manager. Deze neemt een uitgangspunt voor het leveren van een dienst (één van de perspectieven) waarna hij vervolgens afwegingen moet maken. De uitkomst van dit proces is een mix van alle genoemde afwegingen, vragen en perspectieven. Deze subjectieve afwegingen worden bovendien gemaakt met onzekere uitkomsten.

Het proces dat wordt voorgesteld kenmerkt zich door strijd tussen mensen die hun macht en kennis inzetten voor het maken van specifieke keuzes en dus het realiseren van een bepaalde dienst en samenhangende organisatie. (Hallet 2003)

Vanuit elk perspectief wordt er druk uitgeoefend door alle stakeholders: Managers hebben een prominente plaats, maar ook de professionals, patiënten, zorgverzekeraars en de overheid oefenen direct en indirect druk uit op de organisaties. Management is hier geen persoon of functie, maar een activiteit (Watson 2001). Elke betrokkene probeert op zijn eigen manier de organisatie te sturen. De spanning die dit oplevert is de aanleiding voor organisatieverandering. (Bate 1994)

De keuzes die gemaakt worden aan de hand van dit proces hebben wel gevolgen. De organisatie is dus genoodzaakt om bij sterke veranderingen te leren hoe de relatie tussen proces en uitkomst in elkaar zit en hoe deze relatie beïnvloed kan worden zodat de dienstverlening wordt zoals zij dat willen. Zowel double loop als single loop zijn beide belangrijk: Men moet de normen bepalen waarmee de dienst wordt georganiseerd, maar ook de praktijken perfectioneren die op deze normen worden gebaseerd. Om bovenstaande redenen is in dit rapport gekozen voor de term uitdagingen in plaats van doelen. Een doel impliceert immers in het dagelijks taalgebruik een zekere mate van beheersbaarheid. Doelen

kunnen gehaald worden, terwijl ik juist probeer te verduidelijken dat deze missies slechts benaderd kunnen worden, maar niet gehaald. Het uiteindelijke resultaat van vele keuzes en gebeurtenissen is slechts één dienstverlening.

In het vervolg van het rapport bespreken we hoe een specifieke benadering van de uitdagingen in de acute zorg in zijn werk gaat. Namelijk de samenwerking van HAP en SEH.

9.2 Vertrekpunten organisatie acute zorg

De huidige verdeling van taken van de HAP en de SEH vindt zijn oorsprong in keuzes om een maatschappelijke taak toe te wijzen aan een bepaalde organisatie. (Gastelaars 2003) Het streven van elke organisatie in deze branche is daarom om een zo goed mogelijke gezondheid te creëren voor hun patiëntenpopulatie.

Zoals duidelijk is geworden uit hoofdstuk vijf, leveren de spoedeisende hulp en de huisartsenpost beiden andere diensten in dezelfde branche. Met andere woorden: Zij zijn erg verschillend, maar hebben wel enkele raakvlakken. Dit onderscheid bestaat voornamelijk uit de twee volgende kenmerken:

- ❖ Eerstelijns versus tweedelijns (dus gedefinieerd vanuit een patiënt die hulp zoekt)
- ❖ Of specialistisch versus generalistisch (dus gedefinieerd vanuit een professional die de dienst aanbiedt.)

Er kwam aan bod dat deze verdeling voor zowel patiënten als aanbieders als overheid enkele grote voordelen heeft. Als men kijkt naar patiënten ziet men dat zij door de eerste lijn geholpen worden met het maken van de goede keuzes, terwijl de tweede lijn meer middelen voor handen heeft om specialistische zorg te leveren. Als men naar de aanbieders kijkt dan ziet men dat deze verdeling ervoor zorgt dat beide organisatie een eigen taak hebben, zodat vraag en aanbod beter in balans zijn. Voor de overheid heeft deze verdeling het voordeel dat per patiënt niet teveel en niet te weinig zorg wordt geleverd, zodat kwaliteit en betaalbaarheid alle twee gegarandeerd zijn.

De literatuur onderbouwt deze stellingname, met sterk bewijs dat dit systeem een goede benadering is van de “juiste” dienstverlening.

In het Nederlandse systeem van acute zorg is deze juiste zorg opgesplitst in de diensten van twee aanbieders. Huisartsen leveren generalistische, eerstelijnszorg waar patiënten als eerste aanspreekpunt terecht kunnen met hun vragen en klachten. Afhankelijk van de vereiste kennis behandelt de huisarts de patiënt zelf, of als er meer specialistische kennis en middelen vereist zijn, wordt de patiënt doorgestuurd. De rol die huisartsen vervullen wordt primary care genoemd in de

literatuur. Uit de literatuur wordt duidelijk dat deze sterke positie van de primary care een grote bijdrage levert aan een goede en betaalbare gezondheidszorg. Ten eerste is er overtuigend bewijs dat het hebben van een goede primary care resulteert in een goede nationale gezondheid. (Lee et al. 2007) Er zijn zelfs aanwijzingen dat de goede prestaties van Nederland in internationale vergelijkingen van gezondheidsstelsels voor een belangrijk deel is toe te schrijven zijn aan het bestaan van een sterk huisartsgeneeskundig apparaat. (Lee et al. 2007) De Verenigde Staten scoort erg slecht in deze kwaliteitsrangschikkingen. Deze lage kwaliteit is opmerkelijk, omdat de VS per inwoner het meeste geld aan gezondheidszorg uitgeven. (Lee et al. 2007, Fisher, Wennberg 2003, Porter, Teisberg 2006) Lee verklaart deze lage positie doordat de VS het minst primary care georiënteerd is van de hele wereld.

Lee geeft als reden voor het feit dat een goede primary care bijdraagt aan een doelmatige organisatie van zorg, dat primary care de macro en microniveau van gezondheidszorg bij elkaar brengt: namelijk factoren en gedrag van de populatie als geheel en de individuele situatie van mensen (Lee et al. 2007). Een voorbeeld van zo'n samensmelting is het percentage van een bepaalde chronische aandoening op de populatie en de hulp die huisartsen bieden bij acute complicaties van deze aandoening.

Als directe functies van de primary care noemt Lee drie zaken:

- ❖ Als poortwachter voor de veel duurdere ziekenhuizen
- ❖ Door de intensieve begeleiding en ondersteuning van patiënten
- ❖ Generalisten gebruiken minder middelen (voornamelijk medicatie) voor behandelingen

Het resultaat van deze functies is volgens Lee laagdrempelige zorg en de ruime beschikbaarheid van medische informatie.

Bovenstaande functies zijn identiek aan de rolomschrijvingen die de managers van zowel Spoedeisende Hulp als huisartsenposten hebben gegeven ten aanzien van de functie van de HAP. In de vragenlijsten en interviews (beide respondentengroepen) werd dit omschreven als "complexe, urgente, specialistische zorg", ofwel "zorg die niet in de eerste lijn geleverd kan worden". Dit laatste kwam in zeven vragenlijsten voor en drie interviews, wat mijns inziens een goed bewijs is dat de organisaties complementair aan elkaar gezien worden door de managers. Gevolg hiervan is dat ze waarschijnlijk ook zo geleid worden. Ook in een ander onderzoek kwam naar voren dat mensen die in de acute zorg werken niet wilden dat de verschillen verdwenen, omdat deze een functie dienden. (Moll Van Charante, Bindels 2008). We weten bovendien dat in de praktijk het samensmelten van beide competenties bijna onmogelijk is. (Drijver 2007)

Dit zou pleiten voor een belangrijke rol voor huisartsengeneeskunde binnen de acute zorg. Uiteraard blijft de meer specialistische zorg essentieel voor het leveren van complete en goede gezondheidszorg. Ik heb geen wetenschappelijke artikelen kunnen vinden die dit tegenspreken, of een andere rol voor specialistische zorg bedenken. Verder geven de onderzoeksdata van dit rapport ook geen aanleiding om dit te denken.

Ook Porter en Teisberg verklaren de goedkopere en gemiddeld beter gezondheidszorg van Europese landen ten opzichte van de Verenigde Staten door te wijzen op het belang van primary care, naast het ontbreken van ongereguleerde competitie. (Porter, Teisberg 2006) Overheidssturing nivelleert verschillen, terwijl de markt deze versterkt. De Verenigde Staten heeft dus op sommige gebieden de allerbeste zorg, maar scoort gemiddeld slechter. De prijs die hiervoor betaald wordt is in vergelijking met andere landen erg hoog. Dit suggereert dat een goede primary care van belang is en dat zorgaanbieders niet met elkaar moeten concurreren, maar dat zij ieder hun eigen groep patiënten en taken moeten hebben. Op dit moment hebben de HAP en de SEH inderdaad een complementaire patiëntenpopulatie en takenpakket, zoals we zagen in hoofdstuk zeven. Terugkoppelend aan de uitdagingen is de huidige organisatie taakverdeling in de acute zorg een benadering van de uitdaging doelmatigheid, die enkele grote voordelen kent.

Consequenties complementair systeem

Uit bovenstaande literatuur blijkt dat beide instellingen nodig zijn voor het realiseren van een zo goed mogelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking. Een dergelijke taakverdeling vraagt dus om een systeem met zowel in generalistische zorg gespecialiseerde organisaties als organisaties die tweedelijns, specialistische zorg kunnen leveren. Denk hierbij aan faciliteiten, opleidingen en een goede taakverdeling. Mijns inziens heeft een complementaire taakverdeling twee aspecten:

1. Elke instelling heeft een eigen, onafhankelijke taak
2. De taakverdeling heeft ook enkele raakvlakken

De literatuur geeft bewijs dat er enkele manieren zijn hoe het beste de dienstverlening te organiseren met in het achterhoofd deze twee kenmerken.

Er bestaat substantieel bewijs dat **specialisatie** van zorgaanbieders in specifieke aandachtsgebieden resulteert in een hogere kwaliteit van zorg. (Herzlinger 2004, David, Brachet 2009, Grol, Grimshaw 2003) Ook in andere branches geldt dat excellent presterende arbeidsorganisaties zich toelagen op een kerntaak. (Porter, Teisberg 2006) Zie bijvoorbeeld ook Peters & Waterman (1982).

Het behandelen van grote volumes min of meer gelijke patiënten is in een klein tiental onderzoeken aangetoond een belangrijke factor te zijn voor het genereren van optimale medische uitkomsten op alle niveaus. (David, Brachet 2009)

Ook op de huisartsenpost bestaat er bewijs dat specialisatie in functies een positief effect heeft op de doelmatigheid. Een voorbeeld hiervan is onder andere het aanstellen van regieartsen op de HAP als kwaliteitsverbetering. (Giesen, Halink 2007) Het leidt tot een betere kwaliteit van triage en een halvering van de tijd die nodig is om patiënten te behandelen. Bovendien waren de patiënten in deze gevallen ook meer tevreden over de consulten en daalde het aantal visites (wat efficiënter is). De aanbevelingen van het onderzoek waren een betere training van triagisten en regieartsen en ontwikkelen van speciale NHG-spoedprotocollen. (Giesen et al. 2008b) Dit duidt dus op een verdere specialisatie in de functie telefonische triage.

Complementariteit betekent dat er ook raakvlakken bestaan, wat **samenwerking** noodzakelijk maakt. Er bestaat helaas geen wetenschappelijk bewijs uit goed opgezette trials dat samenwerkende zorgaanbieders een betere kwaliteit realiseren. Wel bestaan er aannames uit de literatuur dat het specifieke samenwerken van HAP en SEH de kwaliteit kan verbeteren. Zie (Grol et al. 2005, Giesen et al. 2007, Balestra et al. 2004, Moll Van Charante, Bindels 2008, Grol, Grimshaw 2003)

In hoofdstuk 7 hebben we gezien dat het aantal patiëntencontacten waar de HAP en de SEH elkaar op dit moment overlappen gaat om ongeveer 1,5 miljoen patiëntencontacten gaat, zowel zelfverwijzers als doorverwijzers. Het logisch dat de zorg voor deze patiënten zo doelmatig wordt georganiseerd door een goede koppeling tussen generalistische en specialistische zorg.

9.3 Andere taakherschikkingen?

Zoals al eerder vermeld is de samenwerking tussen HAP en SEH niet de enige mogelijke taakherschikking tussen zorgaanbieders in de acute zorg. Veel managers van HAP en SEH overwegen op lange termijn samenwerking in de dagzorg. Deze uitbreiding is nog toekomstmuziek. Een SEH-manager zei bijvoorbeeld over zijn eigen samenwerking met een HAP:

“De zet naar dagzorg is lange termijn, al zou ik die wel willen. Het is een groeiproces waarbij we dit eerst een paar jaar neer moeten zetten. Er een goede formule van maken.”

De algemene houding ten aanzien van dagzorg was dat de managers het nog geen hoge prioriteit geven. Zij willen “eerst de samenwerking van HAP en SEH goed op poten zetten”.

Op zichzelf is dit een logische gedachte om eventueel ook samen te werken in de reguliere zorg. Het huidige verschil tussen de situatie ANW-uren en in gewone kantooruren zou potentieel tot meer verwarring kunnen leiden voor patiënten. Een doel zou dus zijn om het knelpunt van de incompetente patiënt een beetje te verbeteren. Voordeel voor de dagorganisatie zou kunnen zijn dat er eveneens de schaalvoordelen behaald kunnen worden die al in de waarneemstructuur zijn gerealiseerd. Of zoals een locatiemanager van een HAP mij meedeelde tijdens een informeel gesprek:

“Waarom zou je het in ANW wel goed regelen en die andere 40 uur van de week niet meer?”

Hij was trots op de professionele wijze waarop er op de HAP gewerkt kon worden op bijvoorbeeld het gebied van ICT.

Een andere gedachte die integratie van reguliere zorg en ANW-zorg rechtvaardigt volgens sommige managers is dat een organisatie met een combinatie van spoedzorg en planbare zorg erg lastig te besturen is. Een HAP-directeur zag bijvoorbeeld een grote verbetering van de situatie voor zijn eigen huisartsen en vond de huidige situatie verre van ideaal:

“Als ze ook overdag dienst doen, dan blijven ze overdag verschoond van allemaal spoedklusjes. Hoe vaak wordt nu een spreekuur verstoord door een spoedgeval? Moet de huisarts dan het spreekuur laten uitlopen of moet de patiënt maar naar de SEH gaan?”

Deze lijn van redeneren volgend zouden er dan een soort instellingen ontstaan voor een vorm van acute huisartsenzorg.

Tot slot is er nog een reden dat men nadenkt over een betere samensmelting van het zorgmodel. Veel managers denken dat mensen vaker spoedzorg zoeken voor laagurgente klachten, omdat de huisarts overdag niet bereikbaar is. Dit wordt ondersteund door cijfers: 21% van de bezoekers van een HAP hebben contact gezocht omdat de reguliere huisarts niet bereikbaar is. (Giesen 2009) Dit argument geldt overigens ook voor de SEH. Managers van die afdelingen noemen consequent de slechte bereikbaarheid van de huisartsen overdag als reden voor aanlopers die komen met laagurgente klachten. Onderstaand citaat laat zien dat de slechte koppeling van de huisartsenzorg het probleem is volgens een SEH-manager:

En overdag gaat het vaak niet goed, want ik ken huisartsen die vanaf 12 uur een bandje erop hebben. Dan hoor je een nummer voor spoed, heb je geen telefoon bij de hand, vraag je je af of het wel spoed is.. Kijken ze het aan, en gaan ze om 5 uur naar de HAP, want daar kan je gewoon terecht. Ik denk dat

het vaak zo gaat. Een betere koppeling zou helpen. En dat heeft toch te maken met het feit dat huisartsen overdag anders georganiseerd zijn. Niet iedereen kan zo paraat zijn. Dus moeten wij deze patiënten behandelen”

Het ontwikkelen van organisatiemodellen die ook opereren binnen kantooruren zou enorme gevolgen hebben voor het systeem. Hier slechts de signalering van het feit dat de managers aan deze uitbreiding denken om enkele van de geconstateerde knelpunten op te lossen. Voor een daadwerkelijke invoering van een dergelijk systeem is nog veel denkwerk en onderzoek nodig. Dit onderzoek heeft zich beperkt tot data en analyse met betrekking tot de situatie buiten kantooruren.

9.4 Vraagstukken en discussiepunten

Niet genoeg kan benadrukt kan worden dat het managen een subjectief en onzeker proces is, waarbij men probeert om bepaalde idealen te benaderen. Het gevolg van deze subjectiviteit en onzekerheid is dat er nog vele vragen en discussiepunten overblijven bij het fenomeen dat we wel hebben onderzocht.

Hieronder zullen we aan de hand van de analyse van de data zoals die eerder beschreven zijn, nader ingaan op openstaande vragen en discussiepunten.

De paragraaf is geordend naar de drie uitgangsperspectieven die de managers gebruiken. Met dat verschil dat er twee verschillende organisaties zijn, die een aanbod aanbieden en er daarom voor zowel de HAP als de SEH plaats is ingeruimd voor eigen vragen. Verder hebben veel vragen natuurlijk betrekking op de raakvlakken tussen de verschillende perspectieven. De patiënten zijn genomen als één groep of perspectief, omdat zij volgens de definities die we hebben gebruikt streven naar de beste gezondheidszorg, ongeacht de aanbieder. Dit is wat zij gemeen hebben met overheidsinstellingen die kaders stellen en prikkels afgeven tot het vertonen van bepaald gedrag. Zoals besproken omvat de overheid in dit geval de combinatie van NZa en VWS.

Patiënt

De wensen en vaardigheden van de patiënten zijn relevant voor het aanbod van diensten. Hieraan gekoppeld zijn echter nog vele vragen. De allerbelangrijkste is: Wat verwachten patiënten van de dienst? Het maatschappelijk streven is gezondheid, maar wat doen deze twee specifieke organisaties daarin?

Hieraan gekoppeld zijn vele onderzoeksvragen mogelijk. **De eerste categorie vragen draait om de vraag wat mensen motiveert om hulp te zoeken en tot welke actie dit leidt.** We weten uit onderzoek

dat ongerustheid voor de huisartsenpost een belangrijke motivatie is (Giesen 2009) en mijns inziens zullen lichamelijk en fysiek ongemak ook een grote rol spelen in de beslissingen tot het zoeken van hulp. We weten echter niet uit de onderzoeken hoe ongerust de patiënten waren, op welk aspect hun ongerustheid betrekking had en welke ongerustheid leidt tot welke actie. Het onderzoeken van de motivaties per aandoening zou eveneens duidelijker maken welke behandeltrajecten uit professioneel oogpunt wenselijk zijn en voor patiënten aanvaardbaar zijn.

Naar aanleiding van hoofdstuk 6 is het ook interessant of patiënten in de dagelijkse praktijk echt meer eisen. En wat eisen ze? Is er sprake van agressiever en/of assertiever gedrag? Gaat de zorgvraag in de toekomst blijven toenemen? Wat zijn de oorzaken van een toenemende zorgvraag? Kan er iets gedaan worden om de groei van de zorgvraag af te remmen of te sturen? Wat zouden aanbieders willen of moeten bereiken met het sturen van de zorgvraag? Bestaan er maatschappelijk aanvaardbare en medisch gezien acceptabele methoden om patiënten af te houden?

De tweede categorie vragen heeft betrekking op het soort hulp dat de patiënt verwacht. Neemt deze genoeg met advies, wil deze een consult, of medicatie? Neemt de patiënt genoeg met telefonisch contact of niet? Neemt de patiënt genoeg met de beperktere middelen die huisartsgeneeskundige behandeling vereist? Meer specifiek voor de samenwerking van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp is de vraag of en zo ja hoe, gedrag en verwachtingen van patiënten veranderen. Dit uiteraard gedifferentieerd naar verschillende organisatiemodellen.

Tot slot is een belangrijk subjectief discussiepunt voor de toekomst of het de patiënt vrij moet blijven om zelf te kiezen voor zijn zorgaanbieder. Hiermee samenhangend is het van belang om te weten welke competenties de patiënt heeft en ontbeert bij het maken van zijn keuzes. Dit zou eventueel kunnen leiden tot beleid om patiënten nieuwe competenties aan te leren voor het maken van wenselijke keuzes.

Kernvragen huisartsenpost

Zorgfilosofie en dienst

De huisartsenpost is een zorgaanbieder met een zeer specifieke functie; namelijk die van eerstelijns, generalistische zorg buiten kantooruren, die niet kan wachten op reguliere zorg met als eerste contactmogelijkheid de telefoon. Deze zeer specifieke rol, zeker gezien de relatie met de reguliere huisartsenzorg, roept vele vragen op. Is de grondslag van de huisartsenpost nog steeds gelegitimeerd? Willen zij ook nachtelijk de regisseur en het filter zijn, gezien de andere rol van huisartsen in de nacht?

Hierop voortbouwend komen er misschien wel aparte nachthuisartsen en aparte daghuisartsen, om maar een dwarsstraat te noemen. Maar ook: bieden huisartsen buiten kantooruren slechts een noodverband aan zodat de daadwerkelijke behandeling binnen kantooruren plaatsvindt, of doen zij volledig consulten? De eerste oplossing leidt tot dubbele kosten, doordat meerdere consulten nodig zijn. De tweede leidt tot hogere kosten omdat de capaciteit buiten kantooruren uitgebreid moet worden.

In de vergadering waarbij het concept onderzoeksrapport werd teruggekoppeld aan de praktische experts bleek dat men een verschil vond bestaan in verschillende soorten acute aandoeningen die huisartsen behandelen. Het ging hierbij om het verschil tussen een eenmalige klacht, waarbij de behandeling afgerond kon worden, zoals een klein trauma. Aan de andere kant kennen mensen soms acute nood, naar aanleiding van een meer chronisch probleem. Hoe moet de organisatie hierop ingericht worden? En essentieel voor de samenwerking van HAP en SEH: Vinden huisartsen dat zij de zelfverwijzers van de SEH moeten behandelen, die zij ook hadden kunnen behandelen? De algemene gedachte is dat huisartsen mensen willen behandelen “die bij de eerste lijn horen”. Maar de vraag blijft of de huisartsen deze bereidheid blijven opbrengen bij een toenemende werkdruk. En inspelend op het bekostigingsdilemma: zouden ze dit ook blijven doen voor minimale beloning?

Tot slot is het interessant om te weten wat de consequenties zullen zijn van de hoge werkdruk. Het is misschien wel wenselijk om gericht onderzoek te doen naar de kwantitatieve en kwalitatieve kenmerken van deze werkdruk. Welke competenties, functies en aantallen zijn benodigd voor het goed kunnen invullen van de rol die de huisartsenposten voor zichzelf in de toekomst in gedachten hebben?

Organisatievorm

Voor de toekomstige organisatie van de huisartsenpost is de betrokkenheid van de huisartsen essentieel. Hoe blijft deze betrokkenheid gewaarborgd in het licht van verhoogde werkdruk en grotere belangen van huisartsen bij het leveren van reguliere zorg?

Naast het soort zorg dat de huisartsenposten leveren, is het ook interessant in welke organisatievorm zij deze diensten realiseren. Zo kent de huidige onderverdeling tussen huisartsenpost en huisartsenpraktijk een wettelijk vastgelegde tijdsgrens. NZa tariefbeschikkingen bepalen dat een huisartsenpost pas verrichtingen kan declareren die uitgevoerd zijn vanaf zes uur 's avonds. Is deze knip tussen reguliere huisartsenzorg en de HAP die alleen spoed behandelt wel houdbaar gezien de 24-uurseconomie?

Een ander verschil met de dagpraktijk is dat de huisartsen elkaars patiënten gaan zien, in plaats van hun eigen patiënten. Directeuren zeiden dat dit het zien van onbekende patiënten het moeilijker maakt voor huisartsen om in de nacht klachten in te schatten naar aard en ernst. Vraag is dus of artsen voor elkaar dienst blijven doen in grootschalige organisaties. En gaan deze groter en professioneler worden, met alle gevolgen van dien? Of voldoet de huidige manier? Of wil men weer terug naar kleinere verbanden, zodat men de patiënten weer leert kennen?

Tot slot leidde de introductie van grootschaligere organisaties tot de introductie van het management in het huisartsendomein. Een belangrijke vraag voor het huisartsendomein is dan ook welke invloed dit heeft gehad? Hieraan ten grondslag ligt natuurlijk de vraag wat managers zouden kunnen bijdragen aan het leveren van betere huisartsenzorg.

Een andere vraag die van belang is, is of de telefonische triage die huisartsen gebruiken voor de toegang tot de organisatie effectief is. Willen huisartsenposten blijven werken met de telefoon als primaire instrument voor het verkrijgen van toegang of gaan zij meer fysieke toegang tolereren? Is er een verschil in de kwaliteit van telefonische triage versus fysieke triage? In ieder geval heeft de toegangsprocedure tot de huisartsenpost geleid tot twee op dit moment unieke en nieuwe beroepen, namelijk de triage-assistent en de regiearts. Hoe ontwikkelen deze beroepen zich in de toekomst? Zijn er voldoende mensen die men hiervoor kan opleiden? En tot slot is er natuurlijk de vraag of de HAP zichzelf verantwoordelijk wil houden voor het zien van de zelfverwijzers van de SEH als zij het zelf al erg druk hebben. Een goede vraag in het licht van de wensen van de overheid is of eerstelijnszorg goedkoper blijft als deze alle zelfverwijzers moeten gaan zien? En zijn er in de toekomst wel genoeg huisartsen en ondersteunend personeel om dit te ondersteunen?

Ziekenhuisdomein

Helaas een iets beperktere weergave van discussiepunten en vragen in vergelijking met die van het huisartsendomein. Wederom veroorzaakt door de ondergeschikte rol van SEH in ziekenhuizen, het feit dat er geen tijd- en daarmee samenhangende organisatiescheiding is en de beperktere respons en literatuur over SEH.

Zorgfilosofie en dienst

In de huidige situatie is de SEH een tweedelijnsvoorziening die soms een beperkte eerstelijnsfunctie heeft. Blijft de SEH deze rol vervullen of gaat zij meer functioneren als tweedelijns? Of misschien wel meer als eerstelijns? Wanneer de SEH een pure tweedelijnsvoorziening is, betekent dit dan dat deze

alle zelfverwijzers gaat terugsturen naar een eerstelijnsvoorziening? Hoe willen zij dit dan realiseren? Is er niet toch een groep zelfverwijzers die wel voor behandeling bij het ziekenhuis hoort en hoe wil een SEH dan voor elkaar krijgen dat zij deze kunnen blijven behandelen? En gekoppeld aan de kerntaak “ spoed” van de SEH:: blijft de SEH onderdeel van een ziekenhuis met electieve zorg of komen er misschien speciale spoedziekenhuizen?

Organisatievorm

Ook de organisatievormen van de SEH zijn afhankelijk van maatschappelijke en professionele keuzes. Gaat de SEH eenvoudige, generalistische spoedzorg afstoten? Welke gevolgen heeft dit voor de financiering van de complexe, specialistische spoedzorg? Welke gevolgen heeft dit voor de institutionele relatie met de huisartsen? Gaat de SEH misschien zelfs concurreren met de huisartsen om de acute basiszorg? Leidt dit bij de SEH tot het aannemen en opleiden van meer generalisten? Welke competenties moet het systeem van toewijzen en verwijzen bezitten om in de toekomst een compleet aanbod van diensten te kunnen leveren aan patiënten?

Van belang om te weten is welke rol de spoedeisende hulp speelt in de financiering van het ziekenhuis. Welk deel van de patiënten komt binnen via de SEH, hoeveel geld genereert dat en wat zou er gebeuren als dit anders verdeeld wordt?

Toekomst?

Gaan ziekenhuis alleen werken met specialisten of ook met meer generalisten? Hoe ontwikkelt de functie van de SEH-arts zich? Wat is de uiteindelijke invloed van de DBC's op de functie van de SEH als voorportaal? Wat is de invloed van het mogelijke moeten concurreren met de HAP om acute basiszorg? Wat voor nieuwe financiering komt er en welke invloed heeft dit? Hoe gaat de functie van SEH-arts zich ontwikkelen? Hoe gaat er samengewerkt worden met de HAP? Gaat er wel samengewerkt worden?

Overheid

Voor de betrokken overheidsinstanties spelen ook een aantal kernvragen. Het meest opvallende punt hierbij is de op handen zijnde verandering van de financiering van de acute zorg. Deze aanpassing van het systeem kent een aantal vragen:

In welke mate wordt er gekozen voor een systeem met marktwerking en welke gevolgen heeft dit?

Welke organisatievormen preferereert de overheid, of laat zij dit geheel over aan de zorginstellingen?

Op welke manier probeert de overheid de kwaliteit van het systeem wettelijk te borgen en op welke manier probeert men de kosten te drukken? Hiermee samenhangend is het de vraag welke verhouding tussen kosten en kwaliteit de overheid nastreeft. Een goed voorbeeld hiervan is de beschikbaarheidsfunctie van zorginstellingen die als gevolg heeft dat sommige instellingen hierdoor een mogelijk laag aantal patiënten heeft en dus een onrendabele bedrijfsvoering.

Zoals we in hoofdstuk acht hebben gezien heeft de overheid een bepaalde lijn gekozen voor het creëren van doelmatige zorg. Zij willen zorg verschuiven van tweede naar eerste lijn. Maar wordt het echt goedkoper door eerst te filteren en daarna extra consulten te rekenen? Welke effecten heeft deze verschuiving?

Meer in het algemeen: Hoe ontwikkelt het gehele Nederlandse zorgstelsel zichzelf? Wat is de invloed van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel? Welke politieke/ bestuurskundige ontwikkelingen zijn bepalend voor de gezondheidszorg? Het zou hierbij interessant zijn om Nederlandse ontwikkelingen met buitenlandse ontwikkelingen te vergelijken, zodat kennis uitgewisseld kan worden en de voor- en nadelen van verschillende systemen beter afgewogen kan worden.

De keten van acute zorg?

Speciale aandacht bij het organiseren naar aanleiding van deze discussiepunten verdienen in dit geval de vragen die betrekking hebben op de raakvlakken tussen de SEH en de HAP. Dit onderzoek geeft voor een deel antwoord op de vraag naar de kenmerken van ketensamenwerking die gesteld wordt in verschillende bronnen. (Giesen et al. 2008b, Moll Van Charante, Bindels 2008) Er is echter nog steeds veel onbekend.

Blijven bijvoorbeeld in de ANW zich patiënten melden met urgentere klachten dan tijdens kantooruren, of verdwijnt dit verschil door de 24-uurs economie?

De verwachting van de literatuur is tevens dat het gezamenlijk vorm geven aan toegang goed is voor de kwaliteit. (Giesen et al. 2007) Maar hoe werkt dit in praktijk? Welke mate van organisatiesamenvoeging en dienstenoverlap gaan de samenwerkingen vertonen? Welke mate van overlap tolereren beide organisaties in hun dienstverlening? Komen er dwingende regels voor het toewijzen van patiënten aan een van beide aanbieders? Hoe zou men hier ooit sluitende criteria voor kunnen formuleren? Levert een geïntegreerde Spoedpost-achtige echt doelmatiger zorg dan een ziekenhuis of een huisartsenpost onafhankelijk? Hoe verschuift de patiëntenstroom bij samenwerkingen? En wat voor factoren spelen een rol in het verschuiven van de patiëntenstroom? Wie kan beter triëren: HAP of SEH? Is er een onderscheid tussen de motivaties van de patiënten die de HAP of SEH bezochten en het daaropvolgende behandeltraject?

Heeft een samenwerking invloed op de patiëntenpopulaties die HAP en SEH bezoeken? Wordt het hierdoor aantrekkelijk om zich fysiek te melden? Er bestaat namelijk bewijs dat samenwerking van HAP en SEH leidt tot substitutie van behandeling van de SEH richting de huisartsenpost. (Kamphuis et al. 2007) Volgens de stuurgroep waarmee de conceptversie van dit rapport besproken is, zou er een specifieke verdeling ontstaan van patiënten zijn met bepaalde aandoeningen. Hun hypothese is als volgt:

- ❖ Aanlopers chirurgie worden door de HAP gedaan.
- ❖ Aanlopers interne worden door SEH gedaan na consult op HAP.

Klopt deze hypothese?

Bovenstaande vragen voeden de nieuwsgierigheid naar vergelijkende trials voor HAP en SEH. Voor welke aandoening levert welke aanbieder de meest doelmatige zorg?

Het is ook interessant om te onderzoeken wat de verschillen zijn tussen de verschillende triagesystemen van HAP en SEH en wat hiervan het effect is op de doelmatigheid van behandeling. Deze ontwikkelingen van de keten zouden waarschijnlijk tot stand komen in relatie met een zorgverzekeraar. Helaas is een tekortkoming van dit onderzoek is dat ik de rol van de zorgverzekeraars vooraf onderschat heb. Hierdoor heb ik onvoldoende gegevens over mogelijke dilemma's voor zorgverzekeraars. Voor verder onderzoek is het mijns inziens raadzaam om deze partijen wel in te sluiten in vraagstelling en responspopulatie

De organisatie van de acute zorg kent dus nog vele vraagtekens voor de toekomst. Het proces van managen moet op (veel van) deze vragen en discussiepunten een antwoord geven.

9.5 Complex managementproces acute zorg

In dit hoofdstuk is een model besproken voor het organiseren van de acute zorg, waaruit we extraheren dat menselijke beslissingen over goed en fout, bepalen wat uiteindelijk de juiste zorg oplevert.

De kernvragen die de taakverdeling kenmerken tussen beide instellingen zijn de volgende:

- ❖ Spoed of geen spoed?
- ❖ Specialist of generalist?

Het antwoord op deze vragen ligt in een complexe mix van vraagperspectieven, aanbodperspectieven en financiële perspectieven, waarbij de managers zich continu afvragen wat doelmatige zorg is en hoe de werkdruk beheerst kan worden.

Het **vertrekpunt voor een goede dienstverlening** is een goede uitwerking van de bestaande verhouding tussen eerstelijns en tweedelijnsgezondheidszorg. Dit is namelijk een benadering van de juiste dienstverlening: Het in lijn brengen van vraag en aanbod met als doel goedkope en goede zorg.

In hoofdstuk 11 zullen we zien hoe de samenwerking van HAP en SEH kan bijdragen aan een nog betere benadering. Het organiseren stopt namelijk nooit: Continue bijsturing is kernelement van goed bestuur. (Pressman, Wildavsky 1984, Bate 1994)

In het volgende hoofdstuk zullen we bekijken hoe de moderne configuratie van huisartsenpost en spoedeisende hulp is vormgegeven.

Hoofdstuk 10 Stand van zaken

Zoals we hebben gezien in de eerdere hoofdstukken is de organisatie van de acute zorg een complex, menselijk proces. De huisartsenpost en de spoedeisende hulp blijken hierbij samen vorm te geven aan de taak om de acute zorg te organiseren in Nederland.

Als vertrekpunt voor de organisatie van de zorg hebben wij genomen dat specialisatie en samenwerking het beste resultaat leveren. In dit hoofdstuk zullen we bekijken wat de stand van zaken met betrekking tot deze samenwerkingen precies is. Hiervoor zijn van alle huisartsenposten in Nederland gegevens verzameld hoe zij hun samenwerking hebben opgezet. Gegevens van ziekenhuizen ontbreken dus. Zie voor een verdere methodiek hoofdstuk 2. De gegevens zijn bijgevoegd in bijlage 1.

10.1 Feiten

De eerder genoemde wens van minister Klink om HAP en SEH te bewegen om samen te werken aan het oplossen van het probleem van zelfverwijzers lijkt ter harte genomen door de acute zorg.

Een gezamenlijke vestiging van huisartsenpost en spoedeisende hulp is inmiddels een gangbare organisatievorm. Op een totaal van 124 huisartsenposten hebben slechts 47 posten een onafhankelijke huisvesting. Dit betekent dat 63% van de huisartsenposten gevestigd is bij of in een ziekenhuis. Drie huisartsenposten zijn gevestigd bij een ziekenhuis dat geen SEH heeft.

Van de 47 huisartsenposten die geen directe verbinding hebben met een ziekenhuis zal dat voor 28 van deze posten ook in de toekomst zo blijven, vanwege het feit dat zij geen spoedeisende hulp in hun directe omgeving hebben. Dit betekent dat van alle huisartsenposten in Nederland slechts 15% zich niet gezamenlijk met een ziekenhuis heeft gevestigd, waar er wel mogelijkheden hiervoor bestaan.

De manieren waarop vorm is gegeven aan de co-locatie lopen sterk uiteen, van een onafhankelijke post op het ziekenhuis terrein tot een uit het oogpunt van de patiënt volledige samensmelting van huisartsenpost en spoedeisende hulp.

Drieëntwintig huisartsenposten bevinden zich op het terrein van het ziekenhuis, maar hebben geen afspraken met de SEH over een gezamenlijke entree voor patiënten. Wel bestaan er in deze situaties afspraken over snelle doorverwijzing of het van elkaar overnemen van patiënten bij grote drukte.

Wederom 23 huisartsenposten hebben zich in een ziekenhuis gevestigd, maar deze posten zijn voor de patiënt duidelijk te onderscheiden van de spoedeisende Hulp. In deze gevallen bestaan er naast de gezamenlijke huisvesting vaak aanvullende afspraken over het omgaan met zelfverwijzers.

De populairste afspraak(43%) bij deze vestigingsvorm is dat patiënten vrij kunnen kiezen tussen HAP en SEH, maar dat de patiënten na triage worden verwezen naar de zorgaanbieder die voor hen de meest doelmatige zorg levert. Een andere mogelijkheid bij deze vestigingsvorm, is dat de huisartsenpost alle zelfverwijzers ziet. (17%) Deze benadering lijkt erg verschillend, maar uit onderzoek bleek dat zelfverwijzers vaak bij de HAP behandeld kunnen worden. In die zin heeft dus 60% van de samenwerkingen een model waarbij de HAP verantwoordelijkheid draagt voor de zelfverwijzers zonder een vorm van integratie.

Twaalf huisartsenposten hebben een organisatievorm gekozen, waarbij het voor de patiënt niet mogelijk is om een onderscheid of keuze te maken tussen huisartsenpost en spoedeisende hulp. Dit betekent dat slechts 15% van de huisartsenposten heeft gekozen voor het organisatiemodel dat aanvankelijk als ideaal werd gezien.(Grol et al. 2005, Balestra et al. 2004) Bovendien is het opvallend dat de voorloper van dit organisatiemodel, Spoedpost Waterland in Purmerend, op dit moment plannen maakt om de organisaties verder te scheiden.

In de helft van deze gevallen wordt de zelfverwijzer in eerste aanleg gezien door de huisartsenpost. De andere populaire optie is dat een SEH-verpleegkundige de zelfverwijzers trieert, waarna deze worden verwezen naar de juiste zorgaanbieder.

Tot slot moeten we opmerken dat de huisartsenposten flexibele constructies kiezen, zoals een differentiatie naar tijdstippen of een verschillende manieren van doorverwijzen die afhankelijk zijn de SEH waarmee samengewerkt wordt.

10.2 Interpretatie feiten

Door de feitelijke situatie te bekijken van de huisartsenposten en de spoedeisende hulp, is het mogelijk om te evalueren welke gevolgen de samenwerkingen hebben. De samenwerking heeft de volgende kenmerken voor de huisartsenpost:

- ❖ Verplaatsing/nieuwe huisvesting
- ❖ Het gaan behandelen van zelfverwijzers

Eventueel derde punt is dat de huisartsen hierdoor gaan werken in een meer grootschalige zorginstelling. Dit gebeurt echter niet in alle gevallen. Bovendien is niet onderzocht welke gevolgen de samenwerkingen hadden voor individuele professionals. Deze derde verandering is dus gebaseerd op een aanname.

Voor de SEH heeft de samenwerking twee gevolgen:

- ❖ Minder patiënten.

- ❖ Beter gefilterde patiënten.

Bovenstaande feiten zijn het gevolg van de versterkte filterfunctie die wordt gerealiseerd door de samenwerking. Deze gevolgen zijn nog niet volledig helder: In de literatuur bestaat discussie over de het aantal en het soort verwijzingen van HAP naar SEH bij samenwerkingsverbanden. (Moll Van Charante, Bindels 2008)

Samenvattend is het belangrijkste doel -en naar alle waarschijnlijkheid ook gevolg – dat er patiënten van de SEH naar de HAP gaan.

10.3 Complexiteit en contextualiteit

Alle samenwerkingen hebben op de een of andere manier als doel om de patiëntenstroom gezamenlijk te organiseren. Tegelijkertijd is bijna elke situatie een unieke contextafhankelijke verschijningsvorm. Het komt neer op het "*Anna Karenina-principe*" dat Jared Diamond toepast op elke vorm van menselijke coöperatie. (Diamond 2005) Het is afgeleid van de eerste zin van de beroemde roman Anna Karenina van Tolstoj:

"Happy families are all alike; every unhappy family is unhappy in its own way"

Voor HAP en SEH betekent het dat elke overeenkomst gelukkig is op dezelfde manier: Namelijk samen zorg dragen voor een patiëntenstroom, in het streven naar een juiste verhouding van vraag en aanbod. Verdere samenwerkingen zijn per situatie verschillende vormen, die mogelijk of onmogelijk zijn door de lokale omstandigheden.

Twee identieke organisatievormen zijn zeldzaam, zoals te zien is in de bijlage. De werkelijke situatie is waarschijnlijk nog meer gedifferentieerd dan zichtbaar is ons overzicht, omdat gegevens van ziekenhuizen ontbreken. Ziekenhuizen bestaan er in vele soorten en maten, wat naar alle waarschijnlijk ook bepaalt welk organisatie-model uiteindelijk wordt gekozen.

De vage opmerking van de minister heeft in ieder geval geleid tot een locatieafhankelijke variant van ongeveer hetzelfde. Bezien vanuit de theorie van beleidsimplementatie heeft de vage omschrijving geleid tot de vooraf gewenste realisatie van organisatie-modellen, precies aangepast naar de geldende omstandigheden. (Pressman, Wildavsky 1984) Een poging van de minister om op voorhand perfecte, allesomvattend beleid te schrijven was volgens deze theorie minder effectief geweest. Ook uit bewijs uit medische hoek blijkt dat een universele benadering voor het invoeren van richtlijnen in de medische zorg niet effectief is. (Grol, Grimshaw 2003)

Evaluatie van de effecten van het beleid wordt echter wel bijzonder gecompliceerd door de contingente oplossingen.

Omdat de partijen afspraken maken op veel verschillende gebieden, is het moeilijk om elke afspraak op zichzelf te beoordelen. Een goed voorbeeld is de beoordeling van de kosteneffectiviteit. Doordat de oude en de nieuwe situatie bijna niet te vergelijken zijn, is het ook moeilijk om variabelen van deze twee situaties met elkaar te vergelijken.

Verder wordt de evaluatie van de samenwerkingen gecompliceerd door de dimensie tijd. (Pressman, Wildavsky 1984) Doordat vergelijkingen alleen maar te maken zijn door meerdere boekjaren te vergelijken, zijn de voorwaarden waaronder elk jaar wordt gefunctioneerd weer anders. Een veel genoemd voorbeeld tijdens het verzamelen van de data van dit onderzoek, was de enorm gestegen producties van HAP en SEH in januari 2009 door een periode van strenge vorst. Verwondingen naar aanleiding van schaatsen maakten de cijfers volledig onvergelijkbaar ten opzichte van een jaar eerder. De enige studie die is gedaan naar kosteneffectiviteit van een samenwerking HAP en SEH toonde geen verschil aan tussen oude en nieuwe situatie. (Van Uden et al. 2006)

Ook voor vele andere onderzoeken kan niet worden voldaan aan de ceteris paribus -voorwaarde om een specifieke variabele van een samenwerkingsverband te evalueren.

Contextafhankelijk leren

De verschillende situaties overall maken het moeilijker om een uniform beleid te formuleren. De lerende strategie krijgt hierdoor als volgt vorm.

Leren gebeurt doordat individuen nieuwe inzichten verwerven. (Argyris, Schön 1978) De mensen die sturing geven aan de zorgaanbieders moeten dus kijken wat de beste manieren om zijn om wel of niet samen te werken. Doordat de context zo belangrijk is moeten zij hierbij een goed inzicht ontwikkelen van hun eigen situatie, maar ook van andere situaties. Er is wel een voordeel: Double loop leren doen mensen door het zien en beoordelen van alternatieven voor hun huidige opvattingen (Argyris 1996). Deze alternatieven zijn er genoeg.

Conclusies

Opvallend is dat bijna alle samenwerkingsverbanden kiezen voor modellen met twee onafhankelijke organisaties, conform de verwachtingen die eerder zijn geformuleerd op basis van de literatuur en de resultaten van het onderzoek. Op basis van de samenwerkingsverbanden is een derde menselijk aspect van de organisatie van de acute zorg aan het licht gekomen: Namelijk contextualiteit.

Het volgende hoofdstuk bespreekt hoe de nieuwe organisaties tot stand zijn gekomen. In dit hoofdstuk spelen enkele veranderingsvraagstukken een rol, die zijn geformuleerd naar aanleiding van de feitelijke situatie. Ten eerste: Waarom en hoe komt de gerealiseerde taakverdeling in praktijk tot stand? En vanuit het perspectief van managers en beleidsmakers kunnen we hierop aansluitend de volgende vraag stellen. Hoe kunnen we eventueel gewenste veranderingen tot een succes maken?

In het volgende hoofdstuk wordt op basis van de onderzoeksdata besproken welke antwoorden we hebben op deze vragen.

Hoofdstuk 11 Partnerschap

People expect the world. It is as if the company grabs at every good idea that comes along and treats it as if it were a magic fad. A new cure-all. If only we would take these good ideas to heart and incorporate into some basic hard work. Then we would get there. Instead of that we keep chasing rainbows; going through the motions without thinking properly what we are doing things for. (Watson 2001)

In hoofdstuk 10 hebben we gezien dat de samenwerkingen tussen HAP en SEH erg populair zijn en in zeer veel verschillende gedaantes voor komen. In dit hoofdstuk bespreken we hoe deze configuraties in praktijk werken en welke procesmatige factoren een rol spelen in het tot stand komen van de samenwerkingsverbanden.

Samenwerken

De samenwerking van huisartsenposten en spoedeisende hulp kent een grote populariteit. Alle huisartsenpostorganisaties (let op: niet elke locatie!) hebben bij een of meer van hun posten reeds een samenwerking gestart, of zijn van plan dit te gaan doen. Tijdens de nieuwbouw van een ziekenhuis is het over het algemeen al regel dat er over een integratie met de huisartsenpost wordt nagedacht. Het is helaas onmogelijk om een uitspraak te doen over de wil van ziekenhuizen om samen te werken, omdat de respons op het digitale schriftelijke interview hiervoor onvoldoende was.

De aard van de samenwerkingen

“Ik heb altijd gezegd dat je de HAP en een ziekenhuis hebt. Die partijen zijn verplicht om met elkaar te gaan vrijen en een huwelijk aan te gaan. Een verplicht huwelijk kan goed gaan, maar dan moet je niet verwachten dat je morgen verliefd op elkaar bent. De verliefdheid moet gedurende de verplichting gaan komen en normaal doe je dat natuurlijk andersom.” (uitspraak manager SEH)

De belangrijkste afspraken die men maakt gaan over de patiëntenstroom. Men kiest bewust voor twee organisaties afzonderlijke organisaties, waarbij de huisartsenpost naast of in het ziekenhuis wordt gevestigd. Dit principe wordt co-locatie genoemd. Per situatie is het verschillend of er verdere afspraken zijn gemaakt over de samenwerking. Zo kunnen beide partijen als onafhankelijk blijven opereren, maar dit wordt niet als eindpunt gezien. In veel gevallen is in een samenwerkingverband gekozen voor een zogeheten groeimodel. Dit betekent dat men de samenwerking klein heeft opgezet heeft en men aan de hand van de ervaring in de praktijk deze gaat uitbreiden. Deze intensivering

bestaat uit het uitbreiden van de bestaande afspraken. Ook een betere afstemming/ perfectionering van de samenwerking van de medisch/inhoudelijke en logistieke afspraken is een doel.

Het populairste model voor de toegang is de triage door de huisartsenpost. Slechts bij zes samenwerkingen werd er bewust gekozen voor triage door de SEH, tegenover 16 bewuste keuzes voor de HAP. (Gegevens op basis van bijlage 1)

Dit wordt als meest natuurlijk ervaren, omdat de huisartsenpost eerstelijnszorg aanbiedt. Managers van de huisartsenposten geven aan dat zij de regie van de zorg en de rol als poortwachter in stand willen houden in de samenwerkingsverbanden. Hierop aansluitend doen de huisartsen ook de eerste opvang, registratie en triage van de patiënten. Zij dichtten zichzelf een belangrijke rol in de triage toe, omdat zij beter in staat zijn om te beoordelen of mensen spoedzorg nodig hebben, of dat dit kan wachten. Een huisartsenpostdirecteur zei dat hun rol in de gezondheidszorg is dat:

“Huisartsen houden de zorg betaalbaar door als filter op te treden.”

Tijdens de intake van de patiënt wordt bepaald of de patiënt naar de HAP gaat of naar de SEH. In dit model komen ook de zelfverwijzers bij de HAP terecht. In bijzondere gevallen wordt overigens direct verwezen naar de SEH:

“Als een onderbeen er haaks op staat, dan kan een blinde zien dat je die niet naar een huisarts moet sturen.”(uitspraak van vele managers van HAP en SEH)

De alternatieve oplossing is dat er voor de zelfverwijzers gezamenlijke triage gedaan wordt door een SEH-verpleegkundige, die vervolgens verwijst naar de SEH of de HAP. De organisatie die de patiënt daadwerkelijk behandelt, registreert en declareert de behandeling. Sommige organisaties hebben meer diffuse afspraken hebben, maar deze zijn uitzonderlijk.

Bij samenwerkingsverbanden tussen HAP en SEH worden ook vaak apotheken betrokken, omdat samen met de apotheek de hele zorgvraag afgehandeld kan worden op één locatie. Dit is conform de wens van de minister en enkele onderzoekers.(Klink, Bussemaker 2008, Giesen et al. 2008b)

Om goed en efficiënt direct te kunnen doorverwijzen worden op verschillende plekken protocollen ontwikkeld. Het openbaar maken en delen van deze protocollen zou nieuw op te starten samenwerkingen faciliteren. Het maken en hanteren van de protocollen is moeilijk en het kost tijd om tot een goed werkbaar vorm te komen. Punt van zorg bij deze protocollen is het grote aantal verschillende protocollen dat er moet bestaan voor directe doorverwijzing naar een SEH. Een SEH is

een plek waar veel verschillende specialismen zich hebben verzameld en een doorverwijzing moet dus specifiek zijn.

Tot slot worden er in de praktijk ook informele afspraken gemaakt over de verwijzing van de patiëntenstroom. Deze hebben vooral betrekking op het inspringen bij elkaar op momenten van grote drukte. De kwetsbaarheid van de kleine organisatie die een HAP is, wordt in deze zin dus beperkt. Aan de andere kant kan de doorstroom van de laagurgente klachten van de SEH ook verbeteren.

De belangrijkste afspraken voor samenwerking betreffen dus de patiëntstroom. Dit veroorzaakt ook de moeilijkheden, want *”schuiven met patiëntenstromen is schuiven met geld.”* Niet altijd zijn er afspraken gemaakt bij samenwerkingen om deze negatieve financiële prikkel op te heffen. In gevallen dat dit wel gedaan is, betaalt de verzekeraar een extra bedrag om te voorzien in de afnemende inkomsten (SEH) of de hogere productie (HAP). Dit gebeurt in enigszins clandestiene vorm, doordat het ziekenhuis (als grootste onderhandelaar) een extra bedrag ontvangt van de verzekeraar, dat via afspraken met de HAP weer terugvloeit. Deze constructies zijn over het algemeen tijdelijk en hebben de vorm van een afvloeiingsregeling. Alle partijen zijn namelijk in afwachting van een nieuwe financiering voor acute zorg. Samenvattend is de zorgverzekeraar van grote invloed op de samenwerkingen: voor het opheffen van de negatieve prikkel en het budgetteren van de kosten.

De spoedpost is de term die tot nu vaak wordt gebruikt voor een geïntegreerde samenwerking van ziekenhuis en HAP. In de praktijk bestaat er nog een andere invulling van het begrip Spoedpost.

Hiermee wordt dan bedoeld op een organisatie, eerstelijns, met acute zorg. Denk aan tandarts, GGZ, HAP en apotheek. Dus zonder het ziekenhuis. Dit wordt ook wel een zorgplein genoemd.

Opvallend is dat een volledige integratie van SEH en HAP niet plaatsvindt. Altijd is de relatie gebaseerd op het verwijzen naar elkaar, waardoor huisartsen en specialisten hun “eigen” patiënten blijven behandelen. Misschien ten overvloede: In geen enkel samenwerkingsverband vestigt een huisartsenorganisatie zich bij een ziekenhuis, om daar de dagzorg ter hand te nemen voor laagurgente klachten. Ook een ziekenhuis dat zich richting een huisartsenpost verplaatst komt niet voor.

Nu het inzichtelijk is op welke manieren HAP en SEH over het algemeen samenwerken en hoe zij zich tot elkaar verhouden gaan we wat dieper in op de materie.

Specifieke motivatie huisartsenposten voor het aangaan van een samenwerking

Eerst bekijken we de houding van de huisartsenposten met betrekking tot het aangaan van samenwerkingsverbanden.

Het DSI bevatte de vraag of samenwerking een goede manier is om de acute zorg te verbeteren. Deze vraag werd positief beantwoord en met de volgende redenen gemotiveerd. Een samenwerkingsverband met een SEH is een:

- ❖ Verbetering van patiëntvriendelijkheid. Het ontwerpen van een “one-stop” systeem in de ANW is het ideaal. Patiënten weten namelijk zelf vaak niet goed voor welke zorg ze moeten kiezen. Ten eerste is het bij samenwerking helder voor patiënten waar men heen moet gaan met een acute hulpvraag in de ANW. Ten tweede voorkomt dit onnodige en tijdrovende verplaatsingen van een patiënt. Onderstaand citaat van een locatiemanager maakt deze overweging verder duidelijk. *“Je gaat toch niet midden in de nacht met een ziek kind naar de huisarts, en dan vervolgens drie kilometer door de stad rijden naar het ziekenhuis en dan weer verder naar een apotheek?”*
- ❖ Door het “one-stop” systeem verbetert eveneens de medische kwaliteit. Patiënten kunnen sneller geholpen worden, ook als zij in eerste instantie niet hebben gekozen voor de juiste aanbieder en dus lang moeten wachten of zich verplaatsen. Snelheid van behandeling is namelijk een belangrijk criterium voor de medische kwaliteit. (Moskop et al. 2009a, Bernstein et al. 2009)
- ❖ Verbetering van de banden tussen huisartsen en ziekenhuis. Doordat de partijen elkaar beter kennen stimuleert samenwerking uitgebreider overleg en betere medische coördinatie. Bovendien vindt men het prettiger werken als de persoonlijke contacten beter zijn.
- ❖ Vergroting van de efficiëntie en verkleinen van de kwetsbaarheid met betrekking tot capaciteit. Huisartsenposten zijn kleine organisaties, waardoor het managen van de capaciteit meer moeite kost dan in het grote ziekenhuis. Samenwerkingen verbeteren vaak de flexibiliteit van dit proces.
- ❖ Tot slot zijn er enkele directeuren van huisartsenposten die een samenwerking wilden opzetten om hun positie te versterken als eerstelijnszorgaanbieder en dus filter en regisseur van de gezondheidszorg.

Dat de kansen van samenwerking erkend worden, ziet men terug bij de bouw van ziekenhuizen. Waarschijnlijk komt dit door het feit dat men de kwestie van het huisvesten kritisch onder de loep neemt, terwijl dit in de dagelijkse gang van zaken slechts een gegeven is. Bij nieuwbouw of uitbouw komt vaak een huisartsenpost in het ziekenhuis. Deze verbetering van de huisvesting kan voor huisartsenposten eveneens een reden zijn om zich richting het ziekenhuis te bewegen.

Andere genoemde voordelen van samenwerken zijn het delen van infrastructurele voorzieningen, zoals

- ❖ Beveiliging (bewaakte ingang en portiers)
- ❖ Voorraadbeheer kan gedeeld worden (inkoop van medische en huishoudelijke benodigdheden, zoals hechtspullen en bureaubenodigdheden)

- ❖ Het delen van huisvesting(niet twee locaties, maar één grote locatie voor acute zorg)
- ❖ Huishoudelijke diensten(zoals schoonmaak)
- ❖ Geen overlap in het aanbod van diensten(vooral in de nacht, niet twee organisaties paraat voor heel weinig patiënten.)

Uit de interviews blijkt dat het initiatief tot samenwerking vaker van de huisartsenposten komt, dan van het ziekenhuis.

Motivaties voor het samenwerken van de SEH

Door de managers van de Spoedeisende Hulp werden de volgende motivaties genoemd voor het aangaan van een samenwerkingsverband met een huisartsenpost.

De SEH-managers denken, net als managers van de HAP, dat een samenwerking tot gevolg kan hebben dat de medische kwaliteit, de patiëntvriendelijkheid en de gezamenlijke coördinatie verbetert. De belangrijkste motivatie voor het aangaan van een samenwerking met een huisartsenpost is voor de SEH de mogelijkheid tot het terugverwijzen van patiënten naar de huisarts, waardoor huisartsgeneeskundige klachten door de huisarts worden afgehandeld. Nu heeft de SEH een zorgplicht, waardoor elke patiënt die om hulp vraagt behandeld moet worden. Dit geeft een hoge werkdruk bij grote drukte. Een SEH-manager vertelde dat een dichterbij gelegen huisvesting voor zijn afdeling de situatie bij grote drukte zou verbeteren:

“ Voor ons is de meerwaarde dat we mensen kunnen terugverwijzen. Mensen willen niet naar de overkant van de straat. Maar ik wil en durf ze ook niet te lang te laten wachten”

Hoewel de huisartsenposten en de spoedeisende hulpen een grote overlap kennen in hun motivaties, noemen de SEH-managers nog twee aanvullende motivaties.

De eerste reden is het verbeteren van de doorstroom. SEH's zijn vaak erg grote afdelingen, die een grote toestroom kennen met een grote diversiteit aan patiënten. Hierdoor moeten patiënten met laagurgente klachten vaak erg lang wachten. De HAP fungeert in deze gevallen als een soort snelkassa voor patiënten die weinig zorg nodig hebben. Zowel HAP als SEH hebben, zoals eerder genoemd, de overtuiging dat 70% tot 80% van de zorgvragen van de SEH ook door een huisarts gedaan kan worden. Dit wordt veroorzaakt door breed bekend en gedragen onderzoek naar dit percentage. (Giesen et al. 2007)

Ten tweede willen ziekenhuizen door een nauwe samenwerking met huisartsen bewerkstelligen dat patiënten vaker worden verwezen naar hun ziekenhuis. Op deze manier hopen ziekenhuizen meer omzet binnen te halen. Een manager zei hierover:

“Is het concurrentie? Het is beïnvloeden van je marktaandeel.”

De argumenten die de managers van de SEH noemden in de praktijk bleken te verschillen van de argumenten die de NZa verwacht dat ziekenhuizen hanteren voor het samenwerken van HAP en SEH. (NZa 2008). De NZa omschrijft namelijk in “Met Spoed” dat:

“Het ziekenhuis zal uitsluitend aan deze constructie (samenwerking, red.) meewerken wanneer de kostenbesparing groter is dan het verlies aan opbrengsten of als er een strategisch voordeel te behalen is (binding van de adherente bevolking).....” En hierop vervolgend:

“Zo’n strategische benadering van een ziekenhuis kan het voor een verzekeraar lastig maken om met de zorgaanbieders afspraken te maken over een andere manier om de acute zorg in te richten”.

De NZa noemt dus niet patiëntenbelang of kostenreductie als motivatie voor samenwerkingen, terwijl deze motivaties belangrijker waren voor het opzetten van de samenwerkingen dan de strategische omzetmaximalisatie volgens managers van HAP en SEH.

Tot slot noemen de SEH-managers(in dit geval met nadruk: managers) dat zij hopen dat de werkvloer leert van de medische kennis van de huisartsen. Bovendien hopen zij dat de culturen van HAP en SEH mengen, waardoor huisartsen minder risico nemen, maar SEH-personeel minder voorzichtig wordt en dus minder diagnostiek en behandelingen gebruikt. Een ziekenhuismanager zei hierover het volgende:

“Heel veel patiënten gaan rechtsreeks naar de 2^e lijn. Zij dachten zogenaamd veel betere en professionelere hulp te krijgen, want alles is bij de hand. Een leek weet niet dat hij wel eens overmishandeld kan worden. Dat wil zeggen overbehandeld, waardoor het mishandeld wordt.”

Het verhogen van de werkdruk op de HAP speelt geen rol in de overwegingen van de SEH-managers. Spoedeisende Hulp-afdelingen zijn meestal minder bezig met het opzetten van samenwerkingen met de huisartsenpost dan de huisartsenposten. Dit is denk ik voor een groot deel te verklaren doordat een huisartsenpost een kleine onafhankelijke organisatie is. Een SEH is onderdeel van een groter geheel, waardoor samenwerken met andere afdelingen al een alledaagse bezigheid is. Het hebben van meer of andere prioriteiten is een wetenschappelijk aangetoonde reden voor een verminderde betrokkenheid bij een project. (Pressman, Wildavsky 1984)

De SEH is geen eenduidig begrip, maar een verzamelnaam voor zeer veel verschillende organisatievormen van acute zorg. Elk ziekenhuis heeft dan ook andere redenen (of bezwaren) voor het samenwerken met een HAP. Deze onderlinge verschillen zijn, voor zover dat te bepalen is aan de

hand van de beperkte gegevens, veel groter dan die tussen huisartsenposten en compliceren dus een universele benadering van het vraagstuk.

Afsluitend is te zeggen dat de samenwerkingen van HAP en SEH terug te voeren zijn op de pogingen van de managers om te voldoen aan de uitdagingen en bestaande knelpunten op te lossen.

Samenwerking is namelijk een poging om de werkdruk te beheersen door:

- ❖ Flexibele, wederzijdse inzet capaciteit.
- ❖ Door specialisatie de productiviteit te verhogen

Samenwerking zou doelmatiger kunnen zijn door:

- ❖ Betere coördinatie en dus betere benadering van de balans tussen vraag en aanbod en dus het bewerkstelligen van “juiste” zorg.
- ❖ Het verhogen van de effectiviteit en efficiëntie door differentiatie/specialisatie van taken.

Tot slot is samenwerking een poging van de acute zorg om het probleem van de incompetente patiënt op te lossen. Dit wordt gedaan door voor patiënten een duidelijk en simpel systeem te creëren. De oplossing voor het probleem is dus in dit geval gedefinieerd vanuit de aanbieder en is te zien als symptoombestrijding, omdat het niet de oorzaken van het probleem wegneemt.

Redenen om niet samen te werken

Over het algemeen zien de respondenten de samenwerkingsverbanden als een verbetering van de zorg en de organisatie. Toch is de implementatie van de plannen in de praktijk niet zonder problemen.

Er zijn vier barrières die samenwerking minder aantrekkelijk maken:

1. Het verschuiven van patiënten, zonder financiële compensatie.

De grootste winst bij een samenwerking van HAP en SEH is het verschuiven van patiënten van de SEH naar de HAP. Helaas is het daardoor gelijk het grootste knelpunt. Belangrijkste oorzaak is de bekostiging van de organisatie. Eenvoudig gezegd is het probleem dat de SEH geld verliest als deze patiënten kwijt raakt, en de HAP het drukker krijgt zonder daar financieel voor beloond te worden. Een ziekenhuismanager verwoordde zijn frustratie als volgt:

“In al onze onderhandelingsgesprekken is het vooral gegaan over compensatie voor huisartsen en al het andere komt veel te weinig aan bod.”

Maar ook een HAP-directeur was geërgerd over deze barrière:

Ja, het gaat altijd over geld..Als het niet over geld zou gaan.. Als het gaat over opschaling in de ANW.. Dan vraag ik me af waarom de huisartsen niet gewoon in de ANW op de SEH werken."

Zoals we eerder hebben gezien is het voor de HAP door de financiële constructie ook bijna onmogelijk om de capaciteit uit te breiden en te voldoen aan de toegenomen vraag. Bestuurders staan hierin machteloos, omdat zij niet eigenhandig de financiering kunnen wijzigen. Een HAP-directeur verwoordde haar onmachtige positie als volgt:

"De kern is dat het over betaling gaat. En dat kunnen wij niet oplossen."

2 Overspecialisatie

Het tweede struikelblok voor het opzetten van samenwerkingen is dat de bestaande organisaties zo goed aangepast zijn aan hun omgeving dat een samenwerking nadelig uitpakt. Er bestaat dus geen aanleiding tot het opzetten van een samenwerking. Dit is opvallend, omdat de zachte dwang van de minister dus niet heeft geleid tot actie.

Verschillende bronnen noemen dit fenomeen *overspecialisatie* (onder anderen: Pressman, Wildavsky 1984 en Peters, Waterman 1982). Beiden bronnen geven voorbeelden uit de evolutietheorie om aan te tonen dat een te sterke aanpassing aan de omgeving de levensvatbaarheid van de organisatie in de toekomst in gevaar brengen als de omgeving zich aanpast. Zo ver zou ik niet willen gaan, omdat in de geobserveerde gevallen de organisaties juist goed leken te presteren vanwege goed passende oplossingen. Wat wel duidelijk wordt uit deze twee bronnen is dat deze organisaties moeilijk veranderen en dat bleek in de geobserveerde gevallen ook zo te zijn.

Een goed voorbeeld van een overgespecialiseerde organisatie zijn ziekenhuizen die een opleidingsfunctie hebben en om deze een groot aantal diverse patiënten willen aantrekken om hun artsen te kunnen opleiden. Een respondent zei het volgende:

"Dit is een opleidingsziekenhuis. Er lopen hier allerlei mensen in opleiding rond, die ook hun deel van spoed moeten leren. Die pakken ook een deel van de patiënten weg"

De tweede reden voor sterke aanpassing aan de situatie is een sterke hechting van patiënten aan een specifieke zorgaanbieder. Zo hecht men in dunbevolkte regio's meer aan de huisarts, en zullen deze ook consulteren bij een hulpvraag in de ANW. (Giesen et al. 2007) Aan de andere kant bestaan er in de Randstad binnenstadsziekenhuizen die naast de specialistische zorg, ook alle

eerstelijnsgezondheidszorg leveren. Belangrijk element hierin is volgens een SEH-respondent uit dit gebied het hoge percentage allochtonen, die geen huisarts hebben en direct hulp zoeken bij een ziekenhuis. Gevolg is dat deze SEH's volledig ingericht zijn op het leveren van deze eerstelijnszorg, door bijvoorbeeld een grote groep Nurse Practitioners in dienst te hebben die veel van de laagcomplexen, laagurgente klachten zelfstandig kunnen behandelen.

3 Ongelijke verhoudingen van de organisaties.

Een ziekenhuis en een huisartsenpost zijn qua omvang twee totaal verschillende organisaties. Waar ziekenhuizen in veel regio's de grootste werkgevers zijn, heeft een huisartsenpost vaak maar een paar man personeel in dienst.

Huisartsenposten en vooral de huisartsen die werken op een HAP, maken zich grote zorgen over het verlies van hun identiteit als kleine zelfstandige organisatie als ze gaan samenwerken met het ziekenhuis. Een ziekenhuismanager vertelde het volgende over zijn eigen ervaring met deze weerstand:

“ Huisartsen hadden hun eigen winkel, hun eigen identiteit. Aan de andere kant heb je het ziekenhuis: een enorme fabriek met 3000 medewerkers. Dus hun identiteit zijn ze kwijt. Ziekenhuismedewerkers zaten al in een groot bedrijf en wat maakt hun het uit dat er nog een paar huisartsen bij komen. Voor huisartsen is dit essentieel anders. “

Concrete redenen die werden gegeven voor de angst om opgeslokt te worden zijn de volgende:

- ❖ Men is bang dat de huisartsen hun rol als regisseur en poortwachter verliezen. Dit is dus het verlies van hun functie als eerstelijnszorgaanbieder. Waar ze bijvoorbeeld bang voor zijn, is dat de SEH de triage gaat doen. Dit volgens hen geen goede ontwikkeling is voor de gezondheidszorg als geheel. Er waren echter ook directeuren die een samenwerking aangingen om hun positie als poortwachter te versterken. Dit is te verklaren met de eerder besproken multi-dimensionale benadering van Piderit voor weerstand. (Piderit 2000) In dit geval ziet men mogelijkheden om de positie te versterken, maar is men bang dat het niet goed uitpakt.
- ❖ Men is bang voor een taakverarming van de huisartsen, wanneer het ziekenhuis het grootste deel van de spoedzorg gaat leveren.
- ❖ De HAP wantrouwt ziekenhuizen, omdat deze erop uit zijn om meer adherentie en omzet binnen te halen.

- ❖ Men is bang om opgeslokt te worden, waardoor de huisartsen hun autonomie verliezen. Volgens een directeur van een HAP heeft dit het gevolg dat: *“ In het ziekenhuis moet je het verzoek tot een nieuwe bureaustoel in drievoud indienen en wij zijn een hele kleine platte organisatie en als er een nieuwe bureaustoel moet komen, dan komt er nieuwe bureaustoel. Je moet wel binnen de begroting blijven, maar dat kan gewoon allemaal.”*
- ❖ Men is bang dat specialisten in het ziekenhuis neerkijken op huisartsen. Bij volledige integratie worden huisartsen overruled is de angst. Mogelijke statusverschillen kunnen dus voor problemen zorgen.

Deze ongelijke krachtenverhouding zorgt er voor dat huisartsenposten grotere zorgen hebben bij het aangaan van samenwerkingen dan ziekenhuizen. Het is overigens van belang om op te merken dat deze angsten georiënteerd zijn op de toekomst. Of, en in welke mate, deze vrees bewaarheid wordt is afhankelijk van het gekozen samenwerkingsmodel.

Wantrouwen en potentiële vijandigheid zijn een groot aandachtspunt voordat de samenwerking gerealiseerd is. In evaluaties van samenwerkingen wordt dit wel gezien als aandachtspunt, maar meestal niet als probleem. Wel maken de managers de kanttekening dat de samenwerkingen vaak nog erg jong zijn en problemen zich nog kunnen ontwikkelen.

Het krachtenveld tussen twee organisaties gaat een grotere rol spelen, naarmate de samenwerking intensiever is. Het personeel wordt dan beïnvloed door twee managementteams, wat geen positieve invloed heeft op de prestaties en de sfeer. Hiervan is een specifiek voorbeeld uit de praktijk bekend. Hun plannen zijn dan ook om deze vergaande vorm van integratie ongedaan te maken. Deze casus biedt misschien aangrijpingspunten voor onderzoek naar de menselijke effecten van samenwerking. Op landelijk niveau is deze geïntegreerde situatie echter een uitzondering.

4 Ongelijke dienstverlening van huisartsenpost en SEH

Het grootste verschil tussen HAP en SEH is volgens alle respondenten de manier waarop ze naar de patiënten kijken. Op de SEH wordt een patiënt altijd als ziek gezien tot het tegendeel bewezen is, terwijl een huisarts de patiënt als gezond ziet tot het tegendeel bewezen is.

Het voornaamste discussiepunt bij het vormgeven van de samenwerkingen is de triage, omdat hier het verschil in zorgfilosofie het duidelijkst naar voren komt. Er ontstaat strijd over welke eigenschappen deze triage moet hebben en wie dit moet doen. In de meeste gevallen wordt gekozen voor de triage van de huisartsenpost. Maar de SEH is het hier niet zomaar over eens, gezien de meer afhoudende houding van de HAP. Een manager van een SEH zei over haar oriënterende gesprekken over samenwerking:

“De enige zorg die wij als SEH hebben is dat ze alles via telefonische triage willen bepalen. En dat willen wij absoluut niet! Als patiënten zichzelf niet vertrouwen, dan heeft dat soms een reden. Recent was hier een vrouw met een kindje die hier kwam en voor de deur hield het kindje op met ademen. Moet je dan zeggen dat ze niet naar binnen kan, omdat ze geen afspraak heeft?”

Een meer onafhankelijke visie op deze strijd is de in hoofdstuk 7 geconstateerde noodzaak dat de triage zowel veilig als selectief moet zijn. Hierbij is er geen direct bewijs dat de SEH of de HAP dit per se beter kan: beide manieren van triëren hebben goede en slechte kanten. (Giesen 2007)

Deze barrière is een typisch geval van double loop leren en single loop leren. Men moet bekijken welke normen het beste uitpakken voor het gezamenlijke leveren van acute zorg en de systemen zelf moeten verbeterd worden. De keuze valt op dit moment relatief vaak op de HAP. Mijns inziens wordt dit veroorzaakt door de functie van de HAP die we hebben besproken in hoofdstuk 9. Door als eerstelijnszorgaanbieder op te treden is het een logisch gevolg dat ook de eerste selectie van patiënten ter hand wordt genomen. Hiervoor hebben zij in de afgelopen jaren al efficiënte en goed werkende systemen ontwikkeld.

Door deze functieverdeling tussen eerste en tweede lijn wordt het verdwijnen van beide specifieke types zorgaanbieders in een gezamenlijke, nieuwe organisatie door de respondenten dan ook als onmogelijk gezien. De huisartsen en de SEH hebben eigen functies, waarvan de combinatie noodzakelijk is voor de goede en goedkope zorg. Doordat we in Nederland deze functies hebben opgedeeld in twee organisaties is er een vergaande arbeidsdifferentiatie ontstaan, welke in elke organisatie een potentieel levert voor conflict. (Watson 2001) In het geval van HAP en SEH wordt dat conflict actueel wanneer men de twee organisaties naar elkaar toebrengt.

Tot slot bestaan er nog praktische problemen bij het aangaan van de samenwerking op het gebied van juridische verantwoordelijkheid. Hierin wordt een rol gezien voor de brancheorganisaties om ondersteuning te bieden.

Praktische problemen

Als men eenmaal is gestart met de samenwerkingen dan komt men meestal enkele praktische problemen tegen. Deze zijn onder te verdelen in drie categorieën.

1. Men had een grotere integratie en samenwerking beoogd dan er in de praktijk is gerealiseerd. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het duidelijke voortbestaan van twee aparte organisaties met hun eigen culturen, werk en management. Voorbeeld hiervan is dat de artsen meer terugkoppeling willen over patiënten.
2. De plannen die vooraf gemaakt zijn, moeten in de praktijk verder worden geperfectioneerd en afgestemd. Deze kinderziekten zijn onvermijdelijk, maar wel hinderlijk.
3. De derde drempel die men tegenkomt bij het aangaan van samenwerkingsverbanden is eigenlijk de combinatie van alle voorgaande barrières en drempels. Namelijk dat samenwerkingsverbanden een enorme investering zijn voor de organisaties. Waarbij dus wordt aangenomen dat de voordelen opwegen tegen de nadelen die genoemd zijn in dit hoofdstuk.

Samenvattend zijn de beperkingen aan samenwerking terug te voeren op twee dingen: De verschillen die er tussen de organisaties bestaan en de noodzakelijke investeringen om de samenwerking te realiseren.

Er zijn echter ook een aantal factoren die werken als katalysator bij het voornemen tot samenwerken.

Succesfactoren

De belangrijkste reden dat samenwerkingen tot stand komen is dat de meeste bestuurders geloven in het potentieel van deze verbanden. De duidelijkere functieverdeling van het zorgmodel, gecombineerd met enkele praktische voordelen van gezamenlijke huisvesting zijn sterke prikkels voor samenwerking. Bovendien erkent men dat er op sommige, kleine gebieden overlap is in de dienstverlening en dat deze overlap weggewerkt kan worden door samenwerking. Bijvoorbeeld een gezamenlijke oplossing voor de zelfverwijzers komt de doelmatigheid van de dienstverlening ten goede.

Een andere succesfactor voor het snelle en efficiënte opzetten van samenwerkingsverbanden, is het ontbreken van drastische verandering. Dus geen grote verschuivingen in patiëntenstromen of geheel nieuwe organisatievormen, maar een samenwerkingsverband dat geschoeid is op bestaande leest. In deze gevallen zijn de nadelen kleiner en dus de weerstand van betrokkenen kleiner. Het beste voorbeeld hiervan is het bestaan van een gesloten SEH, waardoor patiënten al tijden alleen met een verwijzing terecht konden in het ziekenhuis. Een meer voorkomende determinant voor het voorkomen van weerstand aan de kant van het ziekenhuis is de mate van inkomensverlies van het SEH-personeel. Bij ziekenhuizen waar de medische staf in loondienst is of waar er geen aparte maatschap is voor de poortartsen wordt er minder weerstand ervaren door de managers. Omdat de

specialisten niet direct inkomen verliezen, verzetten zij zich minder tegen de voorgestelde samenwerking.

De derde factor van belang is, buiten inhoudelijke argumenten, het menselijke aspect van de samenwerkingen. Ten eerste op bestuurlijk niveau. Als bestuurders elkaar goed kennen en intensief contact hebben, dan is de kans op (succesvolle) samenwerking een stuk groter. Het menselijke aspect speelt echter ook op de werkvloer. Grote succesfactor voor samenwerkingsverbanden is de schaalgrootte van beide organisaties. Kleinere organisaties zijn veel innovatiever volgens de betrokken managers en kunnen zich makkelijker aanpassen. Zoals we hebben gezien bij de praktische problemen speelt hier ook vaak de menselijke factor: want beperkt persoonlijk contact, fysieke scheiding en terugkoppeling worden genoemd als negatieve aspecten van samenwerken.

Tot slot spelen zorgverzekeraars een belangrijke rol bij het overwinnen van de bezwaren voor samenwerking. Ten eerste zijn zij in soms initiatiefnemer om HAP en SEH meer bij elkaar te brengen, omdat zij hiermee de kwaliteit kunnen verhogen en hun kosten kunnen verlagen. Belangrijker is hun tweede rol, waarin zij – tijdelijke- constructies in het leven roepen om de financiële gevolgen van de patiëntenstromen te ondervangen.

De afweging tussen kosten en baten

Een belangrijke conclusie van dit hoofdstuk is dat het aangaan van de samenwerkingsverbanden niet makkelijk is. Het kan niet genoeg benadrukt worden dat er een aanzienlijke hoeveelheid tijd, energie en geld moeten worden geïnvesteerd, die zich niet direct terugbetalen. Samenwerking is een ingrijpend veranderingsproces, wat vele vormen van leren vergt tot een nieuwe, effectieve sociale constructie te komen.

Gezien vanuit de managementperspectieven die we hebben uitgewerkt in de hoofdstukken 6 tot en met 9 wordt elk aspect van de organisatie beïnvloed. De patiëntenpopulatie verschuift, de taakschikking van het aanbod verandert en tot slot ontstaat er extra spanning met betrekking tot de huidige regelgeving. De organisatieverandering is een transformatie, zoals Bate dat omschrijft. (Bate 1994). Dus geen kleine aanpassingen maar rigoureuze verandering. Het is echter mogelijk om van een investering te spreken, omdat de managers in de praktijk ervan overtuigd zijn dat de resultaten van deze verandering meer baten dan kosten kennen.

Voordelen zijn een duidelijke, coherentie functieverdeling zodat de aanbieders zich kunnen specialiseren in hun eigen functie. Een gezamenlijke entree maakt het mogelijk om de patiënt op de juiste plaats, op het juiste moment de juiste zorg te leveren. Bovendien biedt co-locatie de organisaties de mogelijkheid tot het verbeteren van de coördinatie. Coördinatie is altijd nodig in het geval van functieverdeling. Waar twee taken worden gescheiden is het toch van belang dat er een

uniform eindresultaat ontstaat. Gezien de grote populariteit valt de afweging tussen kosten en baten uit in het voordeel van samenwerking, maar met grenzen.

11.1 Ontwikkeling samenwerkingsverbanden in de toekomst

De vraag die managers en beleidsmakers zichzelf zullen stellen bij het lezen van dit rapport is de vraag of zij wel of niet moeten gaan samenwerken in hun specifieke situatie.

Dit onderzoek kan hier geen duidelijke antwoorden(of hypotheses) op formuleren, omdat er ondanks een zorgvuldige onderzoeksopzet en discussie mijns inziens een *bias* is ontstaan in de onderzoeksopzet en dus ook het rapport. Een bias is de wetenschappelijke term voor een bepaalde modus van vooringenomenheid tijdens een onderzoek. (O'Leary 2004)

Deze bias kwam aan het licht door een kritische opmerking van een meelezer. Deze vroeg namelijk naar aanleiding van de door mij geconstateerde beperkingen aan samenwerkingsverbanden wat de eventuele gevolgen zouden zijn van *niet*-samenwerken. Pas toen zag ik dat een onderzoek naar samenwerking per definitie een onderzoek is naar de voor- en nadelen van *wel* samenwerken. De voor- en nadelen van *niet* samenwerken blijven hierdoor onbelicht. Na een nieuwe kritische blik op mijn data en literatuur kwam ik tot de conclusie dat deze vooringenomenheid alom vertegenwoordigd is in het denken van managers, onderzoekers en beleidsmakers. Ik kwam geen enkel voorbeeld tegen van onderzoek of hypothese die kritisch kijkt niet-samenwerken. Toch verschillen de nadelen van samenwerken van de voordelen van niet-samenwerken. Het lijkt mij daarom erg interessant om te onderzoeken welke consequenties niet-samenwerken zou hebben. Een vraag die hierdoor bijvoorbeeld beantwoord zou kunnen worden is de vraag of en zoja welke zorgaanbieders er in de toekomst onafhankelijk zullen blijven. Blijven er SEH's bestaan zonder huisartsenpost in de buurt? Blijven er huisartsenposten bestaan zonder SEH in de buurt?

Een andere beperking voor de toekomstige toepasbaarheid van dit overzicht is het feit dat een nieuwe financiering van de acute zorg een actueel onderwerp blijft. De verwachting is dat dit vanaf januari 2011 gaat gelden, maar een inwerkingtreding in 2010 is niet volledig uitgesloten. Omstandigheden voor de HAP en SEH wijzigen dan ingrijpend. Het is moeilijk om te voorspellen welke gevolgen dit zal hebben, maar bijna zeker is dat deze nieuwe financiering meer marktwerking introduceert in het systeem, gezien de voorlopige uitvoeringstoets van de Nza.

Conclusies praktische situatie HAP en SEH

De meest realistische conclusie na het bekijken van samenwerkingsverbanden in de praktijk, is dat het voor HAP en SEH voor- en nadelen heeft om samen te werken. Of de voordelen zwaarder wegen dan

de nadelen hangt of van de situatie ter plekke. We weten nog steeds niet voldoende van de functionaliteit en consequenties van een samenwerkingsverband. Daarbij weten we onvoldoende van de voor- en nadelen van niet-samenwerken. Onderzoek zal zich in de toekomst focussen op de kwesties van contextualiteit en het ondervangen van de geconstateerde vooringenomenheid.

Wel samenwerken lijkt in ieder geval voordelen te hebben, die afhankelijk van de locatie, de nadelen van samenwerken overstijgen. Hierbij is de aanname dat samenwerking vele knelpunten oplost niet waterdicht bewezen, maar ook niet ontkracht. (zie pagina iets voor het onderzoek van (Grol et al. 2005, Giesen et al. 2007)) Er is nog steeds een waslijst aan vragen die beantwoord moeten worden om het theoretische model te perfectioneren.

Wel duidelijk is dat de samenwerkingen veel minder ver zullen gaan dan het oorspronkelijke ideaal van de Spoedpost: een volledige integratie van HAP en SEH. In de praktijk ontstaan er samenwerkingsverbanden waarbij er twee onafhankelijke organisaties blijven staan, die afhankelijk van de lokale situatie samenwerkingsafspraken maken. Samenwerkingen kunnen goed uitpakken als ze goed doordacht worden en er duidelijke afspraken worden gemaakt. Beide partijen moeten goed in het oog houden wat zij voor elkaar kunnen betekenen, maar vooral ook waar samenwerking geen goed idee is. Herbezinning op taken en uitkomsten zou kunnen leiden tot betere resultaten.

Hoofdstuk 12 Toekomst HAP en SEH

In dit hoofdstuk worden de conclusies besproken van het onderzoek naar de samenwerking van de huisartsenposten en spoedeisende hulpen. De vraag die beantwoordt wordt is hoe beide organisaties zich ontwikkelen.

De ontwikkeling

Als sinds de jaren '70 van de vorige eeuw is de overheid bezig om de Nederlandse gezondheidszorg anders te organiseren. Deze zou namelijk te duur, te behoudend en te onklantvriendelijk zijn (Lieverdink 2001) Lieverdink ziet de oorzaak van deze ontwikkeling meer in een veranderd idee over hoe een publieke organisatie zou moeten functioneren, dan dat er onomstotelijk is vastgesteld dat het oude, staatsgereguleerde systeem niet langer functioneerde. Ondanks deze onzekerheid werden er concepten en ideeën uit het bedrijfsleven doorgevoerd in het publieke bestel. Het achterliggende idee was dat hierdoor de zorg doelmatiger zou worden. Zelfs de term doelmatig is een term die afkomstig is uit het bedrijfsmatige denken over overheidsorganisaties. Deze organisaties moeten klantgerichter zijn, meer verantwoordelijkheid afleggen en met elkaar concurreren. Grotere efficiency en effectiviteit zijn het hoogste goed. (Noordegraaf 2004)

Doelmatig organiseren in praktijk

De managers uit het onderzoek zijn continu bezig om hun organisaties volgens bedrijfsmatige principes te leiden. Voorbeelden hiervan zijn strategieën waarbij de "klant als koning" wordt getypeerd en zijn welbehagen centraal staat bij het inrichten van de organisatie. Chris Ham heeft onderzocht hoe deze veranderde oriëntatie zich heeft vertaald in beleidsthema's in de zorg. Het eerste beleidsthema is dat er meer aandacht is gekomen voor algemeen welzijn en gezondheid. Dit verklaart bijvoorbeeld de massale ontmoediging van roken. Ten tweede is er meer aandacht gekomen voor de rol van "primary care" oftewel eerstelijnszorg. Een grotere rol voor eerstelijnszorg betekent dat er een lage drempel is voor het laten behandelen van klachten, wat resulteert in vroegtijdige en goedkope zorg. Mensen zijn hierdoor minder ziek. Bovendien kunnen kleine klachten kostenefficiënt worden afgehandeld. Tot slot is er meer aandacht voor de klinische kwaliteit van de ingezette behandelingen en moeten deze vooral evidence based zijn. (Ham 1998) In het kader van deze thema's is de ontwikkeling van het idee van de Spoedpost te zien. Onderzoekers formuleerden op basis van bovenstaande ontwikkelingen positieve verwachtingen ten aanzien van doelmatige verbeteringen in het zorgstelsel door het samenwerken van HAP en SEH. (Grol et al. 2005, Giesen et al. 2007, Balestra et al. 2004) Deze onderzoeken waren slechts richtinggevende indicatoren voor een mogelijke toekomst voor de SEH en de HAP. Hoe de

samenwerking in de praktijk vorm moet krijgen was nog erg onduidelijk. Dit belangrijke aspect van de samenwerking was het aandachtspunt van dit onderzoek.

De samenwerkingen worden in de praktijk opgezet door de managers van de huisartsenpost en de spoedeisende hulp. Zij waren dan ook de centrale doelgroep tijdens het onderzoek. De methodiek die gebruikt is voor het onderzoek is de zogeheten fenomenologie, die bij uitstek geschikt is voor het onderzoeken van sociale constructies. (O'Leary 2004)

Zoals we hebben gezien in het onderzoek gebruiken de managers continu drie verschillende perspectieven om de organisatie in te richten. De drie gehanteerde perspectieven zijn de volgende:

- ❖ Een patiëntperspectief, waarbij de klant als uitgangspunt wordt genomen voor het inrichten van de organisatie.
- ❖ Een medisch perspectief, waarbij de professionals met hun kennis en expertise bepalen hoe de organisatie wordt ingericht.
- ❖ Een financieel perspectief, waarbij de bekostiging en de daarmee samenhangende regelgeving gebruikt wordt als uitgangspunt voor het inrichten van de organisatie.

De uitkomsten van het management proces dat wordt ingezet naar aanleiding van vraagstukken uit de praktijk is een per context verschillende mix van afwegingen en keuzes. De managers maken continu afwegingen tussen alle mogelijkheden voor het inrichten van de organisatie. Hierbij kiezen ze naar gelang de situatie de best bruikbare methode(s). Dit rapport heeft een focus op het aanbodperspectief, omdat de data afkomstig zijn vanuit dit perspectief.

De gebruikte perspectieven zijn noch helder en eenvoudig noch universeel. Binnen de perspectieven worden verschillende visies en uitkomsten tegelijkertijd nagestreefd. Elk perspectief kent namelijk zijn eigen ambiguïteit. Deze afwegingen kunnen sterk uiteenlopen tussen de betrokkenen. Het meest in het oog springende is het cultuurverschil tussen eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg. De eerstelijns zien een patiënt als gezond tot het tegendeel bewezen is, terwijl de tweede lijn de patiënt als ziek ziet tot het tegendeel bewezen is. Dit resulteert in verschillende manieren van werken, waarbij de eerstelijns strategieën hebben ontworpen om patiënten een zelfzorgadvies te geven. Tweedelijns organisaties gebruiken echter meer medische diagnostiek om risico's uit te sluiten. Ook het patiëntenperspectief verschilt per betrokken organisatie. Aan de ene kant hanteren de instellingen een beleid waarbij de hulpvraag van de patiënt van belang is voor het verloop van het proces, maar aan de andere kant wordt de patiënt als lastige indringer gezien als de capaciteit in het geding komt. Het derde perspectief kent ook een bepaalde mate van ambiguïteit. Enerzijds maken de organisaties

keuzes om zo goedkoop en zo goed mogelijk de klachten van patiënten af te handelen, maar aan de andere kant moedigt de regelgeving de organisaties aan om soms keuzes te maken in het belang van de organisatie, in plaats van een doelmatige zorgverlening.

Managen

Door tientallen jaren geschiedenis en beleid hebben de verschillende perspectieven allemaal een eigen plek gekregen in het maatschappelijke speelveld. Met andere woorden: De betrokkenen zijn erg goed geworden in het gebruiken van hetzelfde perspectief, onder elke omstandigheid en uitdaging. Pas sinds kort wordt verondersteld dat deze ideeën verouderd zijn en moeten worden vervangen of aangepast. Dit komt bijvoorbeeld voort uit het idee dat de eerstelijnszorg belangrijker moet worden. (Grol et al. 2005, Ham 1998, NZa 2008) Hierbij worden de basisassumpties van het huidige systeem ter discussie gesteld.

Door een grondige analyse van de gebruikte perspectieven hebben we enkele uitdagingen voor de acute zorg geïdentificeerd, evenals knelpunten bij het realiseren van de doelen.

De twee grote uitdagingen voor de manager zijn het omgaan met een groeiende zorgvraag en het nastreven van doelmatigheid. Er komen echter ook problemen op het pad van de manager. De huidige bekostiging blijkt een negatieve invloed te hebben, evenals de slechte mogelijkheden van de patiënt om goede beslissingen te nemen. Tot slot bleek het begrip doelmatigheid in de acute zorg een dusdanige tegenstrijdigheid te bevatten dat een optimale doelmatigheid per definitie onmogelijk is.

Het menselijke proces van beslissen brengt op zichzelf nog drie problemen met zich mee voor de managers. Het managen van de acute wordt namelijk gekenmerkt door:

- Onzekerheid
- Subjectiviteit
- Contextualiteit

Watson betoogt dan ook dat het managen van een organisatie op puur technische, rationele wijze zo ver van de werkelijkheid staat dat een dergelijke benadering contraproductief is. (Watson 2001) Er bestaat geen rationeel te beredeneren objectieve doelstelling en bijpassende bedrijfsvoering voor een acute zorg organisatie. Managen is mensenwerk en dit maakt het organiseren erg ingewikkeld. Altijd zullen zich uitzonderingen voordoen, waar (hoe paradoxaal dit ook klinkt) op de een of andere manier rekening mee gehouden moet worden bij het aanbieden van de dienst.

Managen heeft dus zijn beperkingen, die vooral hun grondslag hebben in het menselijke aspect ervan. Sommige ideeën die op technische argumenten tot stand komen onwerkbaar voor de mensen die ze in moeten implementeren.

Dit heeft enkele redenen. Ten eerste zijn het medische perspectief, maar ook het patiëntperspectief onderdeel van een professioneel discours. Het is geen karaktertrekje of trucje van medici: Deze perspectieven zijn de kern van hun identiteit. (Gastelaars 2003) Bijvoorbeeld de specialist is er trots op dat hij geen enkele medische complicatie bij voorbaat uitsluit. Deze identiteit is daarnaast niet alleen medisch/beroepsmatig van aard, maar bepalend voor de gehele identiteit van de personen die een medisch beroep uitoefenen. Men is niet arts totdat het tijd is om naar huis te gaan: Men is altijd en overal arts. Dus in het ziekenhuis, maar ook thuis en op een verjaardagsfeestje. (Parker 2009) Samenwerken van huisarts en medisch specialist raakt aan de kern van hun identiteit. Deze identiteit wordt continu geproduceerd en gereproduceerd door het uitoefenen van een bepaald beroep. Als beroepen en instituties voortbestaan zoals ze zijn, dan zullen deze opvattingen niet veranderen, omdat ze juist zo goed werken in de praktijk.

Er bestaat echter ook een soort schaduw van de eigen identiteit: Dit is een soort tegencultuur. (Parker 2006) Dit is duidelijk zichtbaar in vragenlijsten en interviews. Zowel de eerstelijns als de tweedelijns voorzieningen hebben niet alleen een duidelijk beeld van hun eigen opvattingen, maar zij hebben ook sterke ideeën over het gedrag en denken van de andere partij bij de samenwerking. Het culturele proces heeft twee verschillende kanten: Een deel waarbij de eigen opvatting wordt geïdealiseerd, gepraktiseerd en beargumenteerd en een soort tegenproces waarbij de opvattingen van de anderen worden geridiculiseerd, gebagatelliseerd en verworpen. Dit laatste proces kan wel contraproductief zijn in samenwerkingen en verdient overleg en aandacht om nieuwe werkvormen te bedenken waar men elkaar kan vinden. Wederom moet de manager bedenken dat er grenzen zijn aan dit veranderingsproces: Waar bestaande patronen productief blijven is er ook geen reden om deze te veranderen.

Het nut van dit rapport is dat het inzichten verschaft in deze menselijke aspecten van het organiseren. Het heeft een goed idee en gevoel voor de situaties uit de praktijk opgeleverd. We weten immers wat de alledaagse bezigheden zijn van HAP en SEH, wat hun gemeenschappelijke uitdagingen zijn en hoe zij in de praktijk vorm geven aan de intentie van de minister om tot een nauwere samenwerking van beide te komen.

Beperkingen rapport

He rapport is niet universeel toepasbaar. Het is gebaseerd op een oververtegenwoordiging van de kant van de huisartsenposten. Dit wordt veroorzaakt door de volgende dingen:

De ziekenhuizen hebben weinig gereageerd op het DSI, waardoor er minder bekend is over de algemene situatie van ziekenhuizen en er is veel meer recent onderzoek gedaan naar huisartsenposten. To slot mijn eigen positie als medewerker van de VHN heeft geleid tot meer kennis van de huisartsenpostensituatie.

Daarnaast hebben we in hoofdstuk besproken dat de huidige manier van denken neigt naar wel-samenwerken, in plaats van niet-samenwerken. Ook dit rapport bevat deze vooringenomenheid.

Tot biedt het rapport inzicht in de organisatie van de acute zorg, maar geen harde waarheden. Dat past ook niet bij de gekozen onderzoeksmethodiek. (Deetz 2000) Ontwikkeling van samenwerkingsmodellen vraagt in de praktijk en op theoretisch vlak nog denkwerk en onderzoek voor het leveren van het “technische bewijs”.

Samenwerken en specialiseren

De voorlopige conclusie voor het management is dat men bij samenwerkingen, op basis van het menselijke aspect dat onderzocht is, niet als doel stellen om de bestaande opvattingen samen te voegen, of te nivelleren.

Er zijn namelijk nog steeds geen onderbouwde argumenten voor integratie, maar wel positieve ervaringen en verwachtingen met betrekking tot goede samenwerking. Het advies is dus:De beste samenwerking komt tot stand bij de meest uitgewerkte taakverdeling. De zorgaanbieders gaan beter samenwerken maar ook verder specialiseren om hun waarde voor het systeem te bewijzen.

Waar er een overlap bestaat in de aangeboden diensten, of waar de organisaties ten behoeve van de duidelijke organisatie voor de patiënt samen vorm moeten geven aan acute zorg doen zij dat en zullen zij dat in de toekomst blijven doen. Co-locatie met daaraan gekoppeld afspraken voor een goede instroom van de patiënten is een duidelijke verbetering van het zorgstelsel. Op deze manier kan de werkdruk verminderd worden door wederzijdse inzet van capaciteit en ontstaat er door betere coördinatie een beter mix in het streven naar doelmatigheid. Het probleem van de incompetente klant gaat bovendien een minder grote rol spelen, omdat de aanbieders meer mogelijkheden om keuzes te maken en te corrigeren.

Knelpunten zijn de onmogelijkheden van de bekostiging om het model te ondersteunen, ambiguïteit die samenwerking en onafhankelijkheid met zich meebrengt en de vereiste investeringen voor het veranderen van de bestaande situatie. Waar de organisaties hun eigen domein hebben, met

onoverkomelijke problemen voor onderlinge inwisseling zullen zij zelf deze taken ter hand nemen. Huisartsen zullen zich blijven toeleggen op specifieke huisartsengeneeskunde en bijvoorbeeld taken als telefonische consulten, palliatieve zorg en visites blijven uitvoeren. Ziekenhuizen zullen zich blijven toeleggen op specialistische, complexe zorg en andere zorg die de eerste lijn niet kan leveren. Meer specialisatie en dus differentiatie komen de duidelijkheid van het systeem en de medische kwaliteit ten goede.

Een fusie van huisartsenpost en spoedeisende hulp is goed te vergelijken met een fusie van de KLM en de NS. Het zijn alle twee Nederlandse vervoersbedrijven, die zowel personen als vracht vervoeren. Bovendien zijn beiden, onder andere, gevestigd op Schiphol. Ze lijken dus op het eerste gezicht veel overeenkomsten met elkaar te hebben. Toch is er geen bestuurder die gaat proberen om deze bedrijven met elkaar te integreren, omdat hun diensten en daaraan gekoppelde cultuur te veel van elkaar verschillen. Uiteraard is samenwerking geen slecht idee: Voor de klant kan de service verbeteren en beide partijen profiteren van elkaars aantrekkingskracht. En dat is hoe wij, mijns inziens en uitzonderingen uitgesloten, naar de integratie van HAP en SEH moeten kijken. Door te starten met de experimenten is er al veel geleerd over de spoedzorg en haar mogelijke verbeterpunten. Het inzetten van deze leerpunten in veranderingstrajecten, al dan niet richting samenwerking, is de belangrijkste stap voor het management om te maken.

Organisatieverandering

Veranderingen richting goede samenwerkingsmodellen vereisen een grondig leerproces. Dit leerproces heeft twee kanten en zal zoals we hebben gezien in hoofdstuk vier zowel single loop als double loop van aard zijn. De single loop processen hebben betrekking op verbeteringen in de bestaande situaties. Voorbeelden die we hiervan hebben gezien zijn het ontwikkelen van doorverwijsprotocollen, van financieringsconstructies in overleg met de verzekeraar, van juridische constructies en van nieuwe functies in de zorg. Deze oplossingen veranderden niet de grondslag en uitgangspunten van de organisaties, maar waren slechts gevolg ervan. Door het culturele proces te gebruiken wordt het bevestigd en versterkt! (Bate 1994)

In sommige opzichten vereist de samenwerking van HAP en SEH zelfs een geheel nieuwe perspectief. De double loop leerprocessen hebben betrekking op basisassumpties van de organisaties. Welke normen moeten ter discussie gesteld worden om samen te werken? Voorbeelden die we hiervan gezien hebben zijn vraagstukken met betrekking tot de triage en welke zorgverlener welke zorg moet

leveren, omdat hierbij nieuwe normen moeten worden gesteld voor de te leveren prestatie. Denk hierbij aan het overbruggen van sommige cultuurverschillen.

Hoe en welke processen er overal overbrugd moeten worden zijn niet geheel duidelijk. Vooraf was het de bedoeling om tot een universeel model te komen voor het typeren van samenwerkingsverbanden, maar gaandeweg hebben we deze ambitie moeten laten varen. De situaties zijn te verschillend en te complex om een universele blauwdruk te maken. Het probleem zal blijven bestaan van verschillende groottes, werkgebieden, historie en omstandigheden. Wel kunnen de organisaties hun voordeel doen met de gegevens uit bijlage 1, om zo van elkaar te leren over vele verschillende oplossingen.

Het beste model wordt in de praktijk ontworpen, doordat de betrokkenen actief bezig zijn met onderzoek en implementatie van nieuwe ideeën. Dit is een collectieve taak van alle stakeholders, welke een combinatie vereist van denken en doen.

Tot slot

Voor het leveren van deze goede acute vraagt de Nza in het rapport "Met Spoed" om medische instellingen die excelleren. (Nza 2008) M en is hierbij van mening dat de praktijkdeskundigen dit zelf het beste vorm kunnen geven.

Deze praktijkdeskundigen hebben gehoor gegeven aan deze oproep. Slechts 15% van de huisartsenposten werkt op dit moment nog niet samen met een SEH, ondanks dat hier wel mogelijkheden voor zijn. De constructies die in praktijk ontstaan zijn innovatief en contextafhankelijk. Als innovators zijn de managers van de acute zorg "product champions", zoals ze worden genoemd door Peters en Waterman. (Peters, Waterman 1982) Product champions zijn "Those who can damn the bureaucracy and maneuver their project through the system and out to the customer."

Onderstaande ontwikkelingen zijn te verwachten, op basis van de gegevens van dit onderzoek. Een identieke verwachting is te vinden in ongepubliceerd materiaal van Paul Giesen en anderen. (Giesen, Thijssen & Voorn 2009)

1. Er ontstaat een sterke keten van acute zorg, met ten eerste een eigen plek voor huisartsenpost en spoedeisende hulp. Hierbij gaan zij samenwerken op het gebied van patiënteninstroom en overlappende zorg, maar met behoud van eigen identiteit en competenties.
2. Ten tweede wordt verder gekeken naar de andere schakels in de keten. Ook voor bijvoorbeeld thuiszorg, ambulancezorg en GGZ in relatie met HAP en SEH geldt dat

samenwerken en specialiseren waarschijnlijk de medische kwaliteit en de patiëntvriendelijkheid vergroot.

3. Ten slotte wordt gekeken naar de uitbreiding van de samenwerking van huisartsenpost en spoedeisende hulp naar de dagsituatie, omdat de huidige onderverdeling tussen de ANW en de reguliere zorg wrijving opwekt.

Totdat de regelgeving op orde is om zelf efficiënt en effectief zorg te dragen voor de acute zorg, treden de zorgverzekeraars op als de ware *“product champions”*. Zij zorgen dat financiële barrières worden opgelost en werken als aanjager van nieuwe samenwerkingen.

De andere motor achter de verandering is het feit dat samenwerkingen een betere balans mogelijk maken tussen goede en goedkope zorg, oftewel doelmatige zorg. De investeringen in deze modellen zijn echter niet gering en de mogelijkheden zijn niet onbeperkt.

Aan het einde van dit rapport over de samenwerking van HAP en SEH kunnen we concluderen dat de oude opvatting van de Spoedpost als een geïntegreerde vorm van huisartsenpost en spoedeisende hulp ingehaald is door de tijd.

Met deze samensmelting zou een soort anderhalfstelijnszorg ontstaan waarbij beide partijen hun sterke punten verliezen. Men kiest voor synergie: Dus tweede en eerstelijnszorg gebroederlijk naast elkaar. Tweedelijn en eerstelijns samen moet drie worden en niet integreren tot een vorm van anderhalfstelijnszorg.

Bibliografie

Monitor Huisartsen Zorg 2009, Nza, Utrecht

Website NZa 2009, 30-7-2009-last update [Homepage of Nederlandse Zorgautoriteit], [Online]. Available: <http://www.nza.nl/nza/> [2009, 4-8-2009].

Uitvoeringstoets "Met Spoed" 2008, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

Nederlandse Zorgverzekeringswet 2006.

Aa, v.d.W. & Elfring, T. 2003, *Management van Dienstverlenende bedrijven*, Tweede herziene druk edn, Academic Service, Schoonhoven.

Alexendar, J.A., Morrissey, M.A. & Shortell, S.M. 1986, "Effects of Competition, Regulation, and Corporatization on Hospital-Physician Relationships", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, no. 3, pp. 220-235.

Alvesson, M. & Deetz, S. 2000, "Chapter 2: Alternative Social Science Perspectives" in *Doing Critical Management Research* Sage Publications, London, pp. 23-47.

Argyris, C. 1996, "Waarom mensen en organisaties moeite hebben met double-loop leren." in *Leren in en door organisaties*. Scriptum Books, Schiedam, pp. 19-54.

Argyris, C. & Schön, D. 1978, "What is an organization that it may learn?" in *Organizational Learning: A theory of action perspective* Addison Wesley, Reading, pp. 8-29.

Ates, H. 2004, "Management as an Agent of Cultural Change in the Turkish Public Sector", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 14, no. 1, pp. 33-58.

Balestra, W., Wiechers, J., Rozeboom, A. & Dalen, J. 2004, *Een onderzoek naar de mogelijkheden van verregaande samenwerking in de acute zorg en de gevolgen voor de dienstverlening en doelmatigheid*, Plexus Medical Group, Utrecht.

Bate, P. 1994, *Strategies for Cultural Change*, Butterworth-Heinemann, and Oxford.

Benton, T. & Craib, I. 2001, *Philosophy of Social Science: Philosophical Foundations of Social Thought*, Palgrave, New Hampshire.

Bernstein, S.L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnell, K.J., Pines, J.M., Rathlev, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M. & Asplin, B.R.I. 2009, "The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes", *Academic Emergency Medicine*, vol. 16, no. 1, pp. 1-10.

Boyne, G., Jenkins, G. & Poole, M. 1999, "Human resource management in the public and private sectors: An empirical comparison", *Public Administration*, vol. 77, no. 2, pp. 407-420.

- Bügel, P. & Veenema, W. 2002, "Ongerustheid als gezondheidsprobleem", *Skepter*, vol. 15, no. 3.
- Campbell, J., Roland, M., Richards, S., Dickens, A., Greco, M. & Bower, P. 2009, "Users' reports and evaluations of out-of-hours health care and the UK national quality requirements: A cross-sectional study", *British Journal of General Practice*, vol. 59, no. 558, pp. 18-23.
- Dale, D. 2009, *Het Grote Woordenboek der Nederlandse Taal*. Available: <http://www.vandale.nl/vandale/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=oneigenlijk> [2009, April 12].
- Dale, J., Lang, H., Roberts, J.A., Green, J. & Glucksman, E. 1996, "Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: A comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars", *British medical journal*, vol. 312, no. 7042, pp. 1340-1344.
- Daly, B.J. & Brennan, C.W. 2009, "Patient acuity: A concept analysis", *Journal of advanced nursing*, vol. 65, no. 5, pp. 1114-1126.
- David, G. & Brachet, T. 2009, "Retention, learning by doing, and performance in emergency medical services", *Health services research*, vol. 44, no. 3, pp. 902-925.
- Deetz, S. 2000, "Describing Differences in Approaches to Organization Science" in *Talking about Organization Sciences*, eds. P.J. Frost, A.Y. Lewin & R.L. Daft, Sage Publications, Thousand Oaks, USA, pp. 123-152.
- Dent, E.B. & Golberg, S.G. 1999, "Challenging Resistance to Change", *The Journal of Applied Behavioural Science*, vol. 35, no. 1, pp. 25-41.
- Derckx, H., Rethans, J., Maiburg, B., Winkens, R., Muijtjens, A., Van Rooij, H. & Knottnerus, A. 2009, "The quality of telephone triage on general practitioners' posts", *Huisarts en Wetenschap*, vol. 52, no. 7, pp. 326-331.
- Diamond, J. 2005, "Zebra's, Unhappy Marriages and the Anna Karenina-Principle" in *Guns, Germs and Steel: A short history of everybody for the last 13.000 years* Vintage, London, pp. 157-175.
- Drijver, R. 2007, *Rollen en taakverdeling in de geïntegreerde acute zorg(deel 1)*, College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, Utrecht.
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Lowe, A. 1991, "Chapter 3: The philosophy of research design" in *Management Research, an introduction*, eds. M. Easterby-Smith, R. Thorpe & A. Lowe, 1st edn, Sage Publications, London, pp. 22-44.
- Fisher, E.S. 2003, "Medical Care - Is More Always Better?", *New England Journal of Medicine*, vol. 349, no. 17, pp. 1665-1667.
- Fisher, E.S. & Wennberg, J.E. 2003, "Health care quality, geographic, variations, and the challenge of supply-sensitive care", *Perspectives in biology and medicine*, vol. 46, no. 1, pp. 69-79.
- Folkerts, J. 2009, *Betalen voor bezoek aan eerste hulp*, Telegraaf, 20 april 2009
- Gastelaars, M. 2003, *Human Service in Veelvoud*, Derde edn, Uitgeverij SWP, Amsterdam.

- Giesen, P. 2009, "Te snel naar de huisartsenpost", *Medisch Contact*, vol. 64, no. 6, pp. 239-241.
- Giesen, P. 2007, *Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands*, Universiteit Nijmegen.
- Giesen, P., Franssen, E., Mokkink, H., van den Bosch, W., van Vugt, A. & Grol, R. 2007, "Patiënten die buiten kantooruren hulp zoeken: een vergelijking", *Huisarts & Wetenschap*, vol. 50, no. 5, pp. 202-206.
- Giesen, P. & Halink, D. 2007, "Smeerolie van de huisartsenpost: Patiënten en hulpverleners tevreden over de regiearts.", *Med Contact*, vol. 69, pp. 371-373.
- Giesen, P., Huibers, L., Padros, M. & Willekens, M. 2007, "Tussen droom en daad. Toekomstvisie huisartsen op hun positie in de spoedzorg", *Medisch Contact*, vol. 62, no. 15, pp. 653-655.
- Giesen, P., Mokkink, H., Hensing, M., van den Bosch, W. & Grol, R. 2008, "Rude or aggressive patient behaviour during out-of-hours GP care: Challenges in communication with patients", *Patient education and counseling*, vol. 73, no. 2, pp. 205-208.
- Giesen, P., Mokkink, H., Van Den Bosch, W., Bottema, B. & Grol, R. 2008, "How do out-of-hours primary care services operate in the Netherlands?", *Huisarts en Wetenschap*, vol. 51, no. 5, pp. 219-223.
- Giesen, P., Thijssen, W. & Voorn, T. 2009, *Toekomstige ontwikkeling van de SEH-arts*, artikel in voorbereiding edn, Nijmegen.
- Gifford, M.J., Franaszek, J.B. & Gibson, G. 1980, "Emergency Physicians' and Patients' assessments: urgency of need for medical care", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 9, no. 10, pp. 502-507.
- Grol, R. & Grimshaw, J. 2003, "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care", *Lancet*, vol. 362, pp. 1225-1230.
- Grol, R., Schrijvers, G., Giesen, P., Uden, v.C. & Baar, M. 2005, *Spoedzorg in Nederland: Onderzoek Dringend Gewenst*, WOK Research, Nijmegen.
- Hallet, T. 2003, "Symbolic Power and Organizational Culture", *Sociological Theory*, vol. 21, no. 2, pp. 128-149.
- Ham, C. 1998, "Health Care Reform: Learning From International Experience", pp. 22.
- Harris, L.C. & Ogbanna, E. 2002, "The Unintended Consequences of Culture Interventions: A Study of Unexpected Outcomes", *Britisch Journal of Mangement*, vol. 13, pp. 31-49.
- Helden, G.J. & Jansen, E.P. 2003, "New Public Management in Dutch Local Government", *Local Government Studies*, vol. 29, no. 2, pp. 68-88.
- Herzlinger, R.E. (ed) 2004, *Consumer-Driven Health Care*, Firsr edn, Jossey-Bass, San Francisco.
- Hugenholtz, M., Bröer, C. & van Daalen, R. 2009, "Apprehensive parents: A qualitative study of parents seeking immediate primary care for their children.", *Britisch Journal of General Practice*, vol. 59, no. 560, pp. 173-179.

- IJzermans, C.J., Bindels, P.J.E., Menting, S., Klaphake, L. & van Grieken, L. 2002, "Contacten buiten de kantooruren: klachten gepresenteerd aan de huisarts en aan de Spoedeisende Hulp", *Nederlands Tijdschrift van de Geneeskunde*, vol. 146, pp. 1413-1417.
- Inns, D. 1996, "Organization Development as a Journey" in *Organization Development*, eds. C. Oswick & D. Grant, Pitman, London, pp. 20-34.
- Kamphuis, H.C.M., Stukstette, M.J.P.M., Homberg, D.J., Sonneveld, R.E. & Kool, R.B. 2007, *Evaluatie Spoedposten Haarlem-Zuid en Waterland*, Prismant, Utrecht.
- Kelen, G.D., Kraus, C.K., McCarthy, M.L., Bass, E., Hsu, E.B., Li, G., Scheulen, J.J., Shahan, J.B., Brill, J.D. & Green, G.B. 2006, "Inpatient disposition classification for the creation of hospital surge capacity: a multiphase study", *Lancet*, vol. 368, no. 9551, pp. 1984-1990.
- Khan, R., Bate, P. & Pye, A. 2000, "Towards A Culturally Sensitive Approach To Organizational Structuring: Where Organization Design Meets Organization Development", *Organization Science*, vol. 11, no. 2, pp. 197-211.
- Klink, A. 2008, *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg: Achtergrond notitie*, Ministerie VWS, Den Haag.
- Klink, A. 2008, *Open brief aan de NZa als antwoord op Met Spoed*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- Klink, A. & Bussemaker, J. 2008, *Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- Laibson, D. & Zeckhauser, R. 1998, "Amos Tversky and the rise of Behavioral Economics", *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 16, pp. 7-47.
- Laugesen, M. 2005, "Why Some Market Reforms Lack Legitimacy in Health Care", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 30, no. 6, pp. 1065-1100.
- Lee, A., Kiyu, A., Milman, H.M. & Jimenez, J. 2007, "Improving health and building human capital through an effective primary care system", *Journal of Urban Health*, vol. 84, no. SUPPL. 1.
- Lieverdink, H. 2001, "The marginal success of regulated competition policy in the Netherlands", *Social Science and Medicine*, vol. 52, pp. 1183-1194.
- Maister, D. 2003, *Managing the Professional Service Firm*, Paperback edn, Simon & Schuster UK Ltd, London.
- Martin, J. 2004, "Research paper no. 1847: Organizational Culture" in *The Blackwell Encyclopedic Dictionary of Organizational Behavior*, eds. N. Nicholson, P. Audia & M. Pillutla, Second edn, Basil Blackwell Ltd, Oxford, pp. 1-15.
- Moll Van Charante, E.P. & Bindels, P.J.E. 2008, "Should out-of-hours primary care and emergency care be integrated?", *Huisarts en Wetenschap*, vol. 51, no. 5, pp. 215-219.

- Moll Van Charante, E.P., Riet, t.G. & Bindels, P. 2008, "Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: Patients' motives and characteristics", *Patient Educ.Couns.*, vol. 70, no. 2, pp. 256-265.
- Moll Van Charante, E.P., Van Steenwijk-Opdam, P.C.E. & Bindels, P.J.E. 2007, "Out-of-hours demand for GP care and emergency services: Patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services", *BMC Family Practice*, vol. 8.
- Moskop, J.C., Sklar, D.P., Geiderman, J.M., Schears, R.M. & Bookman, K.M. 2009, "Emergency Department Crowding- Part 1: Concept, Causes and Moral Consequences", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 53, pp. 605-611.
- Moskop, J.C., Sklar, D.P., Geiderman, J.M., Schears, R.M. & Bookman, K.M. 2009, "Emergency Department Crowding-Part 2, Barriers to Reform and Strategies to Overcome Them", *Annals of Emergency Medicine*, vol. 53, pp. 612-617.
- Murphy, A.W., Bury, G., Plunkett, P.K., Gibney, D., Smith, M., Mullan, E. & Johnson, Z. 1996, "Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: Process, outcome, and comparative cost", *British medical journal*, vol. 312, no. 7039, pp. 1135-1142.
- Nexøe, J., Halvorsen, P.A. & Kristiansen, I.S. 2007, "Critiques of the risk concept - Valid or not?", *Scandinavian journal of public health*, vol. 35, no. 6, pp. 648-654.
- Noordegraaf, M. 2004, *Management in het publieke domein*, First edn, Coutinho, Bussum.
- O'Leary, Z. 2004, *The Essential Guide To Doing Research*, 1st edn, Sage Publications, London.
- Parker, M. 2009, *Organizational Culture*, hoorcollege mei 2009, Utrecht.
- Parker, M. 2006, "The Counter Culture of Organisation: Towards a Cultural Studies of Representations of Work", *Consumption Markets and Culture*, vol. 9, no. 1, pp. 1-15.
- Parker, M. 1999, *Organizational Culture and Identity*, Sage Publications, London.
- Peters, T.J. & Waterman, R.H. 1982, *In Search of Excellence*, Second Edition, 2004 edn, Profile Books, London.
- Piderit, S.K. 2000, "Rethinking Resistance and Recognizing Ambivalence: A Multidimensional View of Attitudes toward an Organizational Change", *The Academy of Management Review*, vol. 25, no. 4, pp. 783-794.
- Pindyck, R.S. & Rubinfeld, D.L. 2005, *Microeconomics*, Sixth edn, Pearson Education, New Jersey.
- Pines, J., Iyer, S., Disbot, M., Hollander, J.E., Shofer, F.S. & Datner, E.M. 2008, "The effects of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients", *Academic Emergency Medicine*, vol. 15, no. 9, pp. 825-831.

- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. 2006, *Redefining Healthcare*, First edn, Harvard Business School Press, Boston.
- Pressman, J.L. & Wildavsky, A. 1984, *Implementation*, Third edn, University of California Press, Berkeley.
- Rondeau, K.V. & Francescutti, L.H. 2005, "Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician jobsatisfaction. " *Journal of Healthcare Management*, vol. 50, pp. 327-340.
- Saltman, R.B. 2002, "Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems", *Social Science and Medicine*, vol. 54, pp. 1677-1684.
- Schrijvers, G., Bos, N., Smit, M., Stel, v.H., Stums, L., Veenendaal, L. & Verhoogt, M. 2008, "De spoedzorg over de jaren 2004-2008" in *Atlas en Scenario's van de Spoedzorg*, ed. G. Schrijvers, Igitur, Utrecht, pp. 19-41.
- Schwartau, I., Pant, H.A., Borde, T. & David, M. 2006, "Urgency of treatment as seen by physicians and patients. A comparative cross-sectional study in three gynecological-internal emergency departments in the inner city of Berlin", *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 66, no. 3, pp. 263-269.
- Silverman, D. 2005, *Doing Qualitative Research*, Second Edition edn, Sage Publications, London.
- Skalen, P. 2004, "New public management reform and the the construction of organizational identities", *The International Journal of Public Sector Management*, vol. 17, no. 3, pp. 251-263.
- Slack, W.V. 2004, "The patients right to decide" in *Consumer-Driven Health Care*, ed. R.E. Herzlinger, Jossey Bass, San Francisco, pp. 376-379.
- Stone, D. 2001, *Policy Paradox*, Second edn, Norton & Company, New York.
- Van Steenwijk-Opdam, P., Van Charante, E.M., Ebbens, E. & Bindels, P. 2007, "Demand for and supply of out-of-hours primary care in Almere after centralization and introduction of telephone triage", *Huisarts en Wetenschap*, vol. 50, no. 6, pp. 244-247.
- Van Uden, C.J.T., Ament, A.J.H.A., Voss, G.B.W.E., Wesseling, G., Winkens, R.A.G., Van Schayck, O.C.P. & Crebolder, H.F.J.M. 2006, "Out-of-hours-primary care. Implications of organisation on costs", *BMC Family Practice*, vol. 7, no. 29.
- van Uden, C.J.T. & Crebolder, H.F.J.M. 2004, "Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care?", *Emergency Medicine Journal*, vol. 21, no. 6, pp. 722-723.
- Vermue, N., Giesen, P. & Huiberts, L. 2007, *Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp:huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland*, WOK, Nijmegen.
- Vicellio, P., Schneider, S.M., Asplin, B., Blum, F., Broida, R.I., Bukata, W.R., Hill, M.B., Hoffenberg, S. & Welch, S.J. 2008, "Emergency Department Crowding: High Impact Solutions", no. American College of Emergency Physicians.

Watson, T.J. 2001, *In Search of management: Culture, Chaos and Control in managerial work*, Second edn, Thomson Learning, London.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. & Berry, L.L. 1990, "Delivering quality Service: Balancing Customer perceptions and expectations" in *Management van Dienstverlenende Bedrijven*, eds. v.d.W. Aa & T. Elfring, Academic Service, Schoonhoven, pp. 51-54.

Bijlage 2 Digitale Schriftelijke Interview(DSI) Huisartsenpost

M E M O

Aan: Directeuren van huisartsenposten

Van: Luc Coenen, namens de VHN

Datum: 31 maart 2009

Onderwerp: Vragenlijst onderzoek samenwerking HAP-SEH

Onderstaande vragenlijst is onderdeel van het onderzoek van de VHN naar de samenwerking van HAP en SEH. Zie voor een nadere toelichting de begeleidende brief waarmee deze lijst aan u is toegestuurd.

De antwoorden van de individuele formulieren zullen geheim zijn. Voor eventueel gebruik in het onderzoek zullen ze dan ook geanonimiseerd worden naar naam, functie en locatie.

Ik wil u vragen om bij het invullen van de vragenlijst het volgende in acht te nemen:

- Kunt u uw antwoorden toespitsen op de situatie in **het hier en nu**? Hiermee bedoel ik dat uw antwoorden niet anticiperen op de toekomst of teruggrijpen naar het verleden, tenzij hier expliciet naar wordt gevraagd.
- Een antwoord op een vraag bedraagt ten minste 15 woorden en maximaal 50 woorden, tenzij anders aangegeven.
- De term 'organisatie' refereert aan HDS en het grotere geheel van organisaties.
- De term huisartsenpost / HAP refereert aan een fysieke locatie waar zorg aangeboden wordt.

Ik realiseer mij dat het invullen van deze vragenlijst gelijk staat aan een schriftelijk interview. Mijn schatting is dat het invullen ervan ongeveer een uur van uw tijd vergt. Om deze tijd te verkorten is het

ook mogelijk om de vragenlijst mondeling te beantwoorden. Wilt u daarvoor een telefonische afspraak te maken door contact op te nemen via l.coenen@vhned.nl of te bellen naar 06-23322560.

Ik ontvang een ingevulde vragenlijst graag **uiterlijk 15 april a.s. retour** op het aangegeven e-mailadres.

Hartelijk dank alvast voor uw moeite!

De specifieke situatie

- 1) Hoeveel SEH's zitten er in uw werkgebied?:
- 2) Welke SEH ziet u als (eventuele) natuurlijke partner(s)
- 3) Hoe is de fysieke ligging van HAP en SEH ten opzichte van elkaar
- 4) Geef een cijfer van 1 tot 10 (waarbij een 1 heel slecht is en een 10 uitmuntend) aangaande het functioneren van uw organisatie en motiveer waarom.
- 5) Hoe waardeert u het functioneren van de SEH in uw omgeving?

HAP (HAP als locatie waar acute zorg wordt aangeboden in de ANW)

- 6) Wat geeft een HAP haar bestaansrecht?
- 7) Wat is de belangrijkste competentie van een huisartsenpost?

SEH

- 8) Wat geeft een SEH haar bestaansrecht?

9) Wat is de belangrijkste competentie van een Spoed Eisende Hulp?

Relatie HAP en SEH

10) Op welke wijze wordt er samengewerkt met SEH('s)?

11) Bestaan er plannen om de samenwerking tussen HAP en SEH te intensiveren en waarom (niet)

12) Wat is/was volgens u de grootste kans bij een samenwerking van een HAP en een SEH?

13) Wat is/was uw grootste zorg bij het samenwerken van HAP en SEH?

14) Wat is/ was volgens u het grootste verschil tussen een HAP en een SEH?

15) Ervaart u enige concurrentie tussen acute huisartsenzorg en acute zorg van het ziekenhuis in uw specifieke situatie?

16) Is samenwerking van HAP en SEH een goede manier om de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren? Waarom (niet)?

Werklast

17) Hoe is de werkdruk binnen uw HDS?:

18) Wat zijn de belangrijkste factoren die hierop van invloed zijn?

19) Welke onderdelen of mensen binnen uw organisatie hebben de hoogste werkdruk en waarom?

A huisartsen

B coördinerend assistent /regiearts

C triage-assistenten

Patiënten

- 20) Wat is de belangrijkste verwachting van een patiënt van uw HAP?
- 21) Wat is volgens u het belangrijkste kenmerk van de relatie van uw HAP met haar patiënten?
- 22) Merkt u dat gedrag van patiënten verandert of reeds is veranderd sinds het ontstaan van de HAP en zo ja hoe?
- 23) Meet u de tevredenheid van uw patiënten. (Indien bevestigend: Wat is het resultaat van deze meting?)?

Triage

- 24) Hoe wordt er over het algemeen omgegaan met zelfverwijzers/ binnenlopers?
- 25) Hoe gaat uw HDS over het algemeen om met patiënten met zeer laagurgente klachten?
- 26) Ziet u iets in een eigen bijdrage voor laagurgente klachten en waarom (niet)?
- 27) Heeft u afspraken met andere organisaties voor het beheersen van de patiëntenstroom?

Kwaliteit

- 28) Wat is de belangrijkste competentie van uw SEH om een hoge kwaliteit te bereiken?
- 29) Op welke manier probeert uw organisatie de kwaliteit van de zorg te borgen?
- 30) Op welke manier probeert uw organisatie de zorg te protocolleren?.
- 31) Wat is volgens u het belangrijkste dat er moet gebeuren in Nederland om de kwaliteit van de acute zorg te verhogen?

Financiering

- 32) Wat zijn volgens u de gevolgen van een gelijke bekostiging voor dezelfde prestaties bij SEH en HAP en waarom?
- 33) Indien er een samenwerking is tussen HAP en SEH: Hoe worden de contacten met zelfverwijzers gedeclareerd?
- 34) Indien er een samenwerking is tussen HAP en SEH: Hoe worden de extra kosten betaald van de HAP, gegeven het feit dat de HAP hierdoor een hogere productie moet draaien?

Coördinatie

- 35) Wat is het belangrijkste managementissue in uw organisatie en waarom?
- 36) Is het duidelijk op de werkvloer aan wie en op wat voor manier verantwoording moet worden afgelegd? Licht toe.
- 37) Hoe kunnen mensen toetreden tot het management of anderszins coördinerende functies vervullen?

Personeel

- 38) Welk personeel is het belangrijkste voor uw bedrijfsvoering en waarom?
- 39) Welke maatregelen zorgen ervoor dat de kwaliteit van het personeel goed is?
- 40) Wat zijn uw verwachtingen in de toekomst met betrekking tot kwaliteit, samenstelling en functieverdeling van uw personeel

Verandering & Innovatie

- 41) Ontwikkelt u op dit moment initiatieven om de organisatie te veranderen en zo ja welke?

42) Ontwikkelt u op dit moment activiteiten die niet tot het oorspronkelijke takenpakket behoren van uw HDS?

43) Hoe waardeert u de bereidheid van uw HDS om te veranderen? Motiveer uw waardering.

44) Is uw HAP in staat om te concurreren met andere aanbieders van acute zorg en waarom (niet)?

Tot slot

45) Heeft u nog aanvullende informatie, opmerkingen of vragen die u van belang vindt met betrekking tot het onderwerp 'samenwerking HAP en SEH'?

46) Heeft u nog opmerkingen of vragen naar aanleiding van deze enquête?

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 3 Digitale Schriftelijke Interview (DSI) Spoedeisende Hulp

Onderzoek Samenwerking SEH en HAP

Aan: .leidinggevend van de SEH

Van: .uc Coenen, namens de VHN

Datum: 14 mei 2009

Onderwerp: Vragenlijst onderzoek samenwerking HAP-SEH

Onderstaande vragenlijst is onderdeel van het onderzoek van de VHN naar de samenwerking van HAP en SEH. Zie voor een nadere toelichting de begeleidende brief waarmee deze lijst aan u is toegestuurd.

De antwoorden van de individuele formulieren zullen geheim zijn. Voor eventueel gebruik in het onderzoek zullen ze dan ook geanonimiseerd worden naar naam, functie en locatie.

Ik wil u vragen om bij het invullen van de vragenlijst het volgende in acht te nemen:

- Kunt u uw antwoorden toespitsen op de situatie in **het hier en nu**? Hiermee bedoel ik dat uw antwoorden niet anticiperen op de toekomst of teruggrijpen naar het verleden, tenzij hier expliciet naar wordt gevraagd.
- Een antwoord op een vraag bedraagt ten minste 15 woorden en maximaal 50 woorden, tenzij anders aangegeven.
- De term 'organisatie' refereert aan afdeling voor Spoed Eisende Hulp.
- De term huisartsenpost / HAP refereert aan een fysieke locatie waar huisartsenzorg aangeboden wordt in de Avond, Nacht en Weekend-uren.

Ik realiseer mij dat het invullen van deze vragenlijst gelijk staat aan een schriftelijk interview. Mijn schatting is dat het invullen ervan ongeveer een uur van uw tijd vergt. Om deze tijd te verkorten is het ook mogelijk om de vragenlijst mondeling te beantwoorden. Wilt u daarvoor een telefonische afspraak te maken door contact op te nemen via l.coenen@vhned.nl of te bellen naar 06-23322560.

Ik ontvang een ingevulde vragenlijst graag **zo spoedig mogelijk retour** op het aangegeven e-mailadres. Hartelijk dank alvast voor uw moeite!

De specifieke situatie

- 47) Waar bent u gevestigd?(plaatsnaam en ziekenhuisnaam)
- 48) Hoeveel huisartsenposten zitten er in uw werkgebied?
- 49) Welke huisartsenpost ziet u als (eventuele) natuurlijke partner(s)?
- 50) Hoe is de fysieke ligging van HAP en SEH ten opzichte van elkaar?
- 51) Geef een cijfer van 1 tot 10 (waarbij een 1 heel slecht is en een 10 uitmuntend) aangaande het functioneren van uw organisatie en motiveer waarom.
- 52) Hoe waardeert u het functioneren van de HAP in uw omgeving? Motiveer.
- 53) Ervaart u enige concurrentie tussen uw SEH en de SEH van een ziekenhuis in uw omgeving? Motiveer.

Relatie HAP en SEH

- 54) Wat geeft een SEH haar bestaansrecht?
- 55) Wat is de belangrijkste competentie van een Spoed Eisende Hulp?
- 56) Wat is de belangrijkste competentie van een huisartsenpost?
- 57) Op welke wijze wordt er samengewerkt met een huisartsenpost?

- 58) Bestaan er plannen om de samenwerking tussen HAP en SEH te intensiveren en waarom (niet)?
- 59) Wat is/was volgens u de grootste kans bij een samenwerking van een HAP en een SEH?
- 60) Wat is/was uw grootste zorg bij het samenwerken van HAP en SEH?
- 61) Wat is/ was volgens u het grootste verschil tussen een HAP en een SEH?
- 62) Ervaart u enige concurrentie tussen acute huisartsenzorg en acute zorg van het ziekenhuis in uw specifieke situatie? Motiveer.
- 63) Is samenwerking van HAP en SEH een goede manier om de kwaliteit van de acute zorg te verbeteren? Waarom (niet)?

Werklast

- 64) Hoe is de werkdruk binnen op uw Spoedeisende Hulp?
- 65) Wat zijn de belangrijkste factoren die hierop van invloed zijn?
- 66) Wat zijn de drukste momenten?
- 67) Wat zijn de rustigste momenten?
- 68) Wat is het belangrijkste managementissue binnen uw organisatie en waarom? (Welke zaken hebben in de ogen van u als manager de hoogste prioriteit?)

Patiënten

- 69) Wat is volgens u het belangrijkste kenmerk van de relatie van uw SEH met haar patiënten?
- 70) Merkt u dat gedrag van patiënten verandert en zo ja hoe?
- 71) Heeft u zorgen met betrekking tot de doorstroom en wachttijd van de patiënten op uw SEH?

72) Meet u de tevredenheid van uw patiënten. (Indien bevestigend: Wat is het resultaat van deze meting?)?

73) Hoe zou u globaal de herkomst van de patiënten omschrijven op uw Spoedeisende Hulp?

Zelfverwijzers/binnenlopers:.....%

Verwezen van huisarts:.....%

Ambulance.....%

74) Ziet u iets in een eigen bijdrage voor laagurgente klachten en waarom (niet)?

75) Heeft u afspraken met andere organisaties voor het beheersen van de patiëntenstroom?

Kwaliteit

76) Op welke manieren probeert uw organisatie de kwaliteit van zorg te verhogen?

77) Wat is volgens u het belangrijkste dat er moet gebeuren in Nederland om de kwaliteit van de acute zorg te verhogen?

Financiering

78) Wat zijn volgens u de gevolgen van een gelijke bekostiging voor dezelfde prestaties bij SEH en HAP en waarom?

79) Indien er een samenwerking is tussen HAP en SEH: Hoe worden de contacten met zelfverwijzers gedeclareerd?

80) Indien er een samenwerking is tussen HAP en SEH: Hoe wordt het ziekenhuis financieel gecompenseerd, gegeven het feit dat deze mogelijk DBC's verliest?

Personeel

81) Werkt uw Spoedeisende Hulp met SEH-artsen of met arts-assistenten op de Eerste Hulp?

82) Welk personeel is het belangrijkste voor uw bedrijfsvoering en waarom?

83) Welke maatregelen zorgen ervoor dat de kwaliteit van het personeel goed is?

84) Wat zijn uw verwachtingen in de toekomst met betrekking tot kwaliteit, samenstelling en functieverdeling van uw personeel?

85) Heeft uw ziekenhuis een opleidingsfunctie?

Verandering & Innovatie

86) Ontwikkelt u op dit moment initiatieven om de organisatie te veranderen en zo ja welke?

87) Hoe waardeert u de bereidheid van uw SEH om te veranderen? Motiveer uw waardering.

88) Is uw SEH in staat om te concurreren met andere aanbieders van acute zorg en waarom (niet)?

Tot slot

89) Heeft u nog aanvullende informatie, opmerkingen of vragen die u van belang vindt met betrekking tot het onderwerp 'samenwerking HAP en SEH'?

90) Heeft u nog opmerkingen of vragen naar aanleiding van deze enquête?

Hartelijk dank voor uw medewerking!