

Spoedposten Zuidoost Brabant: een project ontrafeld

Een kwalitatief, interpretatief onderzoek naar de betekenisgeving van betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant



Renée Gunnewijk

Utrecht, juli 2010



Universiteit Utrecht

Spoedposten Zuidoost Brabant: Een project ontrafeld

Een kwalitatief, interpretatief onderzoek naar de betekenisgeving van betrokken actoren
aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant



Spoedposten Zuidoost Brabant: Een project ontrafeld

Een kwalitatief, interpretatief onderzoek naar de betekenisgeving van betrokken actoren aan het project
Spoedposten Zuidoost Brabant

In opdracht van de Centrale Huisartsen Post Zuidoost Brabant, het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek
ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis.

Juli 2010, Utrecht

Master Organisaties, Verandering en Management

Bestuur- en Organisationswetenschap, Utrecht

Studentnummer 3448789

Renée Gunnewijk

Adriaen Beyerkade 31 A

3515 XV Utrecht

Begeleid door: Dr. M.M. Gastelaars

Tweede lezer: Dr. J.J. Vermeulen

Voorwoord

Nou, hier is 'ie dan! Het onderzoek waar ik niet alleen de master OVM, maar meteen mijn hele studieloopbaan mee afsluit, voorlopig in ieder geval. Lange tijd werk je toe naar dit moment en dan ineens is het al zover. Waar je eerst nog heel erg tegen jezelf en anderen blijft zeggen: "Eerst maar eens afstuderen en reizen", komt het moment waarop je nu echt die arbeidsmarkt op moet toch wel beangstigend dichtbij...

Maar ook nu wil ik liever nog even bij het heden blijven. Ik wil allereerst de Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant, het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis bedanken voor het mogen doen van onderzoek naar het project Spoedposten Zuidoost Brabant. De managers bedrijfsvoering, en speciaal Gerben Welling, hebben zich erg behulpzaam en open opgesteld en daar ben ik hen heel dankbaar voor. Ook wil ik Liesbeth van Rooij bedanken voor haar begeleiding vanaf de Centrale Huisartsenpost, voor haar openheid en puntjes op de i. De Spoedpost is een onderwerp dat me enorm aanspreekt en intrigeert, ook nog na vijf maanden onderzoek doen.

Erg belangrijk zijn de respondenten van mijn onderzoek geweest. Zonder hen had ik nooit deze resultaten kunnen presenteren. Het interviewen vond ik één van de leukste onderdelen van mijn onderzoek. Dank voor het delen van jullie beleving, het kijkje achter de schermen en de treffende voorbeelden en verhalen.

Daarnaast wil ik Marja Gastelaars, mijn begeleidster vanuit de USBO, bedanken voor haar kritische blik en feedback. Ondanks dat het soms even slikken was, ben ik ervan overtuigd dat na ieder feedback moment ik een verbeterslag heb kunnen maken in opbouw en inhoud van mijn scriptie. Dank daarvoor!

Heel graag wil ik hier mijn vader bedanken voor het meeleven en steeds weer lezen van al die "zo is 'ie toch goed?"-versies en daarbij de bemoedigende woorden en duwtjes in de rug. Ook wil ik de rest van mijn directe familie en vrienden bedanken die steeds geïnteresseerd bleven en braaf luisterden naar mijn verhalen. Ook dank ik jullie voor jullie begrip en bemoedigende, of strenge, woorden voor de keren dat ik het echt even niet meer zag zitten of overliep van alle indrukken en informatie.

Rest mij alleen nog jullie veel leesplezier te wensen!

Renée

Inhoudsopgave

Pag.

7		Samenvatting
8	1	Inleiding project Spoedposten Zuidoost Brabant
		1.1 Achtergrond
		1.2 Aanleiding onderzoek
		1.3 Doelstelling onderzoek
		1.4 Centrale onderzoeksvraag & deelvragen
		1.5 Leeswijzer
11	2	Casus: het project Spoedposten Zuidoost Brabant
		2.1 Participerende organisaties in project Spoedposten
		2.2 De Spoedpost
		2.3 De Spoedposten Zuidoost Brabant
22	3	Methodologie
		3.1 Onderzoeksdesign
		3.2 Rol van de onderzoeker
		3.3 Dataverzameling
		3.4 Data-analyse
		3.5 Kwaliteit onderzoek
29	4	Theoretisch kader
		4.1 Ziekenhuizen als professionele organisaties
		4.2 Veranderen in de zorg
		4.3 Borging
		4.4 Het krachtenveld in de zorg
41	5	Resultaten
		5.1 Het prille begin
		5.2 Wie doet er mee en wie niet?
		5.3 Aanleiding
		5.4 Niemand vergeten?
		5.5 De Spoedpost en de doelstellingen
		5.6 De eerste stappen in het project
		5.7 En toen hadden we ineens een Spoedpost...
		5.8 Praktische knelpunten
		5.9 Doelstellingen behaald?
		5.10 Positieve leerpunten
		5.11 Een blik in de toekomst

Inhoudsopgave vervolg

Pag.

58	6	Discussie en conclusie 6.1 Discussie 6.2 Conclusie
69	7	Bibliografie
72		Bijlagen I Organogram CHP ZOB II Topiclijst III Afkortingen

Samenvatting

Inleiding

Deze scriptie is een kwalitatief, interpretatief onderzoek naar het project Spoedposten in de regio Zuidoost Brabant, waaraan de Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant, het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis hebben deelgenomen. De centrale onderzoeksvraag luidt: “Welke betekenis geven betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant?”

Het onderzoek is tot stand gekomen uit een documentenanalyse, participerende observaties en semigestructureerde interviews. In de discussie zijn theorie, resultaten en documentenanalyse tegen elkaar afgezet en dat leidt tot de beantwoording van de hoofdvraag in de conclusie.

Resultaten, discussie & conclusie

Kijkend naar de theoretische thema's en de dwarsverbanden die gelegd zijn in de discussie, sluit het project Spoedposten goed aan bij de theorie. Over het geheel genomen is in het project Spoedposten de ontwerpstrategie toegepast. Binnen de verschillende fases is met gevoel voor de situatie gevarieerd met ontwerpen en ontwikkelen. Het hele proces is daarmee binnen afzienbare tijd tot stand gekomen met een hoge kwaliteit en betrokkenheid.

De betrokken actoren hebben het Project Spoedposten Zuidoost Brabant, als proces, overwegend positief ervaren. Als concept zien respondenten dit als een positieve ontwikkeling voor de acute zorg. Volgens respondenten wijken de Spoedposten weinig af van het model dat in theorie bedacht is en voldoet het resultaat van de Spoedposten in de praktijk en dat is een mooie prestatie. De gestelde doelstellingen lijken behaald te gaan worden. De succesfactoren volgens de respondenten blijkt een heel goed concept met win-win situaties voor alle participerende partijen. Daarnaast is een goede relatie tussen sleutelfiguren essentieel geweest en heeft de tegemoetkoming van de zorgverzekeraars de negatieve financiële prikkel kunnen opheffen, waardoor de Spoedposten tot stand hebben kunnen komen. Ook blijken de HAGRO-rondes (Huisartsengroep), het beslisdocument en het handboek Spoedposten belangrijke factoren geweest voor het slagen van het project.

Het zijn gemiste kansen geweest dat tijdens het project Spoedposten bepaalde externe actoren niet meer betrokken zijn, dat werkgroepen te abrupt zijn afgesloten, en dat er weinig aandacht is geweest voor het openen van de Spoedposten.

De borging van het project Spoedposten heeft nog niet voldoende plaatsgevonden. Onderling vertrouwen tussen de partijen blijkt van invloed op de onderlinge machtsbalans en voor het voortbestaan van de Spoedposten in Zuidoost Brabant. Als nu borging plaatsvindt en vertrouwen en openheid blijft, kunnen de Spoedposten in Zuidoost Brabant ook *blijven* bestaan.

1 Inleiding

De gezondheidszorg is dynamisch en constant aan veranderingen onderhevig. Door toename van het aantal ouderen en chronisch zieken neemt de zorgvraag toe, terwijl tegelijkertijd ook eisen aan kwaliteit en transparantie opgevoerd worden (Op één lijn, ZonMW, 2009). Met de ingang van het nieuwe zorgstelsel, sinds januari 2006, heeft de gezondheidszorg veel veranderingen doorgemaakt. De overheid zou zich grotendeels terugtrekken en meer marktwerking toelaten, met als doel grotere doelmatigheid. Al voor het intreden van marktwerking in de zorg zijn vele interessante ontwikkelingen gaande, waaronder een verschuiving van taken, doelen en financiën in de eerste en tweede lijn. Steeds vaker laten onderzoeken zien dat eerste- en tweedelijnszorg baat kan hebben bij samenwerking. Eén van deze nieuwe initiatieven is de samenwerking tussen de Huisartsenpost(en) (HAP'en) en de Spoedeisende hulp (SEH); de Spoedpost (zie definitie 2.2).

1.1 Achtergrond

De eerste gedocumenteerde initiatieven voor samenwerking omtrent acute zorg (of: spoedzorg) vanuit de overheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) voeren terug tot 2002 (startsein project versterking ambulancezorg, 2002).

In mei 2004 geeft de toenmalige minister Hoogervorst een reactie in een kamerstuk op een rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), dat een onderzoek heeft gedaan naar huisartsendienstenstructuren (HDS-en). Dit CvZ-onderzoek laat zien dat er verschillende mogelijkheden zijn om - op onderdelen - de doelmatigheid te verhogen in de regionale situatie. Samenwerking binnen de keten van acute zorg kan op termijn kostenbesparingen opleveren (Mastenbroek & van der Meer, 2004). "Deze constructie levert de juiste zorg op de juiste plaats en komt ook tegemoet aan de wensen van de patiënt naar één loket voor de acute zorg", aldus Hoogervorst (2004).

Op 5 oktober 2005 meldt minister Hoogervorst: "Ziekenhuizen, regionale ambulancevoorzieningen, geestelijke gezondheidszorginstellingen, huisartsenposten en huisartsen zullen meer met elkaar gaan samenwerken op het gebied van acute zorg" (Kamerstuk n.a.v. Beleidsvisie Traumazorg, 2005).

4 april 2006. Minister Hoogervorst reageert naar aanleiding het CvZ-rapport 'Acute zorg: over schakels en functies'(2005). Het signalement laat zien dat een acute zorgketen ingericht en bekostigd kan worden op basis van de functionele omschrijving c.q. aanspraken, overeenkomstig de Zorgverzekeringswet. Dit zou leiden tot meer doelmatigheid binnen de keten (reactie Hoogervorst, 2006). In zijn reactie haalt minister Hoogervorst echter ook een ander aspect dan doelmatigheid aan, namelijk het belang voor *de patiënt*.

In totaal verschenen er tussen 2002 en 2005 maar liefst 14 nota's met beleidsadviezen over de inrichting van de spoedzorg. Net als bovenstaande alinea's al aangeven, neigen alle rapporten naar meer samenwerking tussen de HAP en de SEH, vanuit de gedachte dat verregaande samenwerking een win-win situatie op kan leveren (Vermue,Giesen,Huibers, 2007).

Minister Klink, intussen demissionair, is al enkele jaren bezig met een nieuwe bekostigingsstructuur voor de zorg. Zo tracht hij het inkomensverschil tussen eerstelijns en tweedelijns zorgprofessionals te verkleinen. In juli 2009 schreef minister Klink in een brief aan de Tweede Kamer dat gestreefd wordt

naar een zo goed mogelijk op loon naar prestatie gerichte bekostiging van de huisartsgeneeskundige zorg te komen, die duurzaam en macro-economisch beheersbaar is (Klink, 2009).

1.2 Aanleiding onderzoek

Naar aanleiding van het scriptie-onderzoek van Luc Coenen (2009), heeft dhr. Gerben Welling, directeur Centrale Huisartsen Post Zuidoost Brabant (CHP ZOB), contact gezocht met mw. dr. Marja Gastelaars, docent Utrechtse School van Bestuur- en Organiseringswetenschap (USBO) met de vraag of verder onderzoek naar de Spoedposten Zuidoost Brabant (ZOB) zou kunnen plaatsvinden. Dit onderzoek zou kunnen bijdragen aan een evaluatie van deze Spoedposten. De vraag voor het verrichten van onderzoek naar de Spoedposten Zuidoost Brabant komt vanuit het Tactisch Overleg Spoedposten (TOS). Dit Tactisch Overleg Spoedposten bestaat uit de managers bedrijfsvoering van het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis en de Centrale Huisartsen Posten Zuidoost Brabant (CHP ZOB), waar dhr. Welling als directeur CHP ZOB onderdeel van uitmaakt. Dhr. Welling is de formele opdrachtgever.

1.3 Doelstelling onderzoek

De doelstelling van deze scriptie is tweeledig. Enerzijds is het doel om in algemene zin meer inzicht te geven in het fenomeen Spoedposten, ondanks dat deze scriptie zich slechts zal richten op het project Spoedposten Zuidoost Brabant. Anderzijds is de bedoeling van dit onderzoek het Tactisch en Bestuurlijk Overleg Spoedposten inzicht te geven in het project, waarbij een focus gelegd zal worden op de betekenisgeving van de betrokken actoren. In dit onderzoek staan mensen centraal; hun ervaringen en betekenisgeving vormen de grootste kennisbron van dit onderzoek. Aan de hand van ervaringen en gedrag van de respondenten hoop ik, vooral aan alle medewerkers van de Spoedpost, meer inzicht te geven in het project Spoedposten ZOB en weer te kunnen geven waarom 'alles gaat zoals het gaat'. Uiteindelijk hoop ik daarmee het Bestuurlijk en Tactisch Overleg met mijn scriptie aanknopingspunten te bieden voor de evaluatie van de Spoedposten.

Mijn persoonlijke doelstelling is een bijdrage te kunnen leveren aan één van de vele ontwikkelingen die zich momenteel voordoen in de gezondheidszorg in Nederland en vernieuwende inzichten te geven omtrent dit project.

1.4 Centrale onderzoeksvraag & deelvragen

Tijdens dit onderzoek wil ik analyseren hoe betrokken actoren het project Spoedposten Zuidoost Brabant ervaren hebben en welke betekenissen zij geven aan dit project. Onder het woord project versta ik 'een activiteit waarbij de inzet van mensen, materiaal en financiële middelen opnieuw wordt georganiseerd met als doel om een bepaalde hoeveelheid werk, of een specifieke opdracht te realiseren, begrensd door tijd en/of geld, en die leidt tot een in kwalitatief of kwantitatief opzicht gunstige verandering' (Turner, 2009:2).

Een project kent een start, een implementatiefase en een eind. Mijn onderzoeksvraag luidt als volgt:

“Welke betekenis geven de betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuid Oost Brabant?”

De volgende deelvragen ondersteunen de centrale vraag:

- I. Wie zijn de betrokken actoren bij het project Spoedposten? Wie niet?*
- II. Wat was de aanleiding en welke doelstellingen zijn geformuleerd voor het project Spoedposten?*
- III. Hoe heeft de voorbereidende fase van het project Spoedposten plaatsgevonden?*
- IV. Hoe heeft de implementatie van het project Spoedposten plaatsgevonden?*
- V. Wie hebben een sturende rol gespeeld in dit project?*
- VI. Hoe ervaren de betrokken actoren de Spoedposten in de praktijk? Zijn doelstellingen behaald?*

1.5 Leeswijzer

Deze scriptie start met een uiteenzetting van de casus, het project Spoedposten en een beschrijving van de belangrijkste organisaties en begrippen die in dit project een rol spelen (hoofdstuk twee). Vervolgens wordt in hoofdstuk drie de methodologische kant van het onderzoek nader toegelicht: Hoe is dit onderzoek uitgevoerd, waarom op deze wijze en wat heeft dat voor gevolgen voor de validiteit en betrouwbaarheid ervan? Het vierde hoofdstuk biedt het theoretisch kader, waarin aandacht besteed wordt aan theoretische thema's die op enige wijze van toepassing zijn op het project Spoedposten. Hoofdstuk vijf beschrijft de resultaten die voortgevloeid zijn uit de analyse van de gehouden interviews met de respondenten. Tot slot vindt in hoofdstuk zes een interpretatie van de bevindingen plaats, waarbij de interviewresultaten afgezet wordt tegen de documentenanalyse en thema's die in het theoretisch kader behandeld zijn. Vervolgens wordt in de conclusie antwoord gegeven op de hoofdvraag, met daarin verweven enkele aanbevelingen ten aanzien van het project Spoedposten.

2 Casusbeschrijving project Spoedposten Zuidoost Brabant

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste begrippen en organisaties die een rol spelen in het project Spoedposten Zuidoost Brabant. Allereerst wordt een algemeen beeld geschetst van de vier grootste partijen die participeren in de Spoedposten, vervolgens wordt ingegaan over wat wordt verstaan onder het begrip Spoedpost. Daarna zal het ontstaan van de Spoedposten in Zuidoost Brabant in kaart worden gebracht.

2.1 Participerende organisaties in project Spoedposten

Aan het project Spoedposten hebben vier organisaties deelgenomen: De CHP ZOB (Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant), het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis. Van deze organisaties wordt in deze paragraaf een kort beeld geschetst.

2.1.1 De Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant

De Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant, kortweg de CHP, verleent acute huisartsenzorg tijdens de avonden, nachten, weekenden en op feestdagen voor patiënten van huisartsen die lid zijn van de Coöperatieve Centrale Huisartsen Posten Zuidoost Brabant (kwaliteitsjaarverslag CHP, 2009).

Vroeger bestond elk district in Nederland uit een Districts Huisartsen Verenigingen (DHV). De DHV-en zijn, omstreeks 2000, opgegaan in Huisartsendienstenstructuren (HDS-en). Onder een HDS wordt verstaan: de organisatie die verantwoordelijk is voor het leveren van huisartsenzorg buiten kantooruren. De fysieke locatie van waaruit deze zorg wordt verleend is de huisartsenpost (HKZ, 2010).

De Centrale Huisartsenposten Zuidoost Brabant (CHP ZOB) is dus een HDS die uit verschillende HAP'en bestaat. De CHP bestaat uit HAP Geldrop, HAP Helmond en HAP Eindhoven (kwaliteitsjaarverslag, 2009). Bij deze huisartsenpost zijn 244 huisartsen aangesloten (CHP ZOB, 2010).

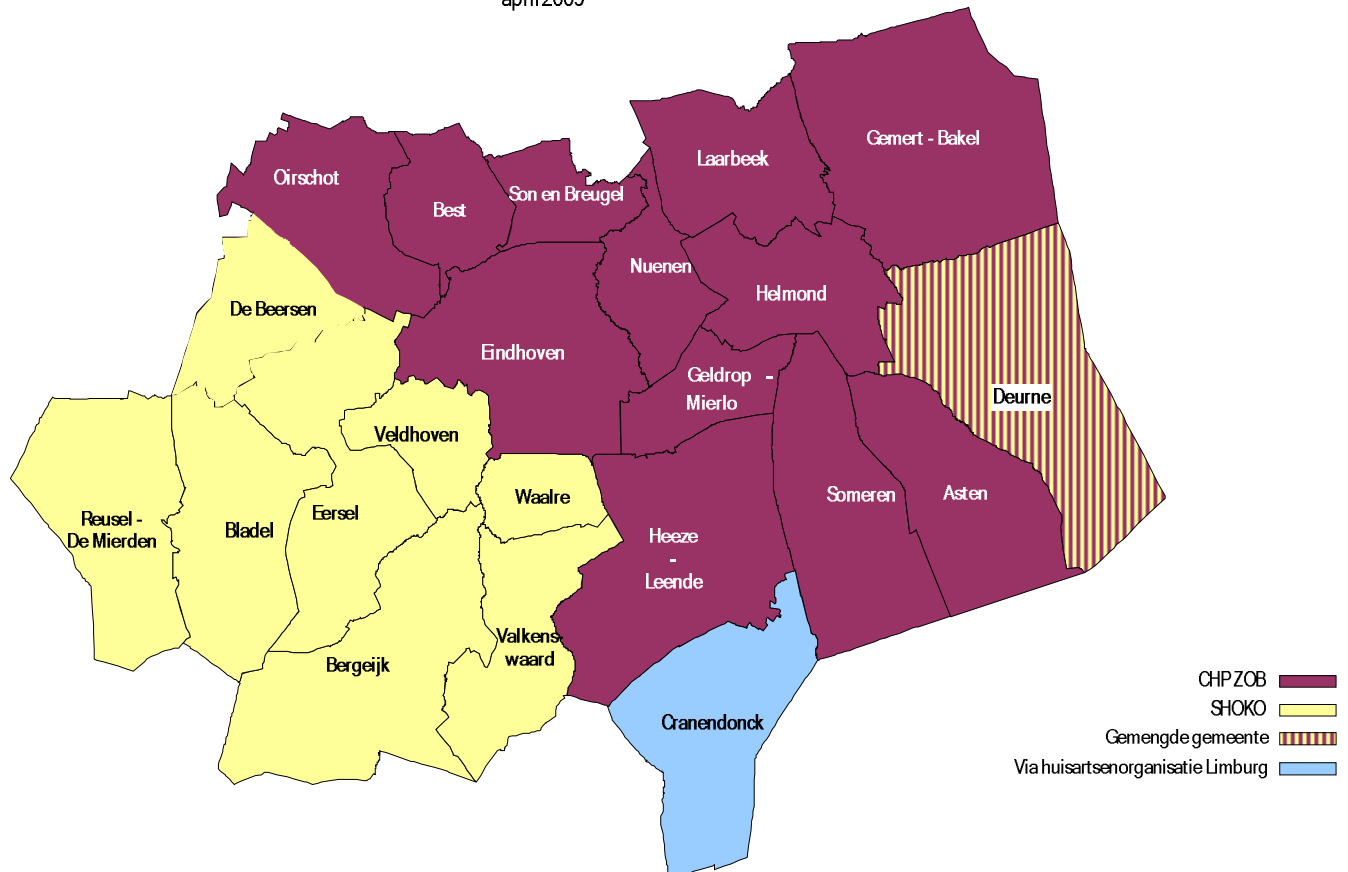
Bijlage I toont het organogram van de CHP. Uit dit organogram blijkt dat in de Coöperatie CHP de leden bovenaan staan. In 2008 hebben de leden ingestemd met een aantal bestuurlijke vernieuwingen, die nodig waren om te kunnen voldoen aan de WTZi (Wet Toezicht Zorginstellingen)(kwaliteitsjaarverslag CHP, 2009). Zo besluit de Algemene Leden Vergadering (ALV) uitsluitend bij fusie, overname en ontbinding van de coöperatie. Alle overige bevoegdheden liggen bij de ledenraad. Deze ledenraad bestaat uit één vertegenwoordiger van elke HAGRO (HuisArtsenGROep). Tot slot wordt de Raad van Toezicht vervuld door drie onafhankelijke personen, waarvan één zetel wordt ingevuld op voordracht van de cliëntenraad, en twee zetels op voordracht van de ledenraad. De gelaagdheid tussen bestuur en directie is in 2008 opgeheven, om de slagvaardigheid te vergroten.

Het verzorgingsgebied van de CHP beslaat de gemeenten Asten, Best, Deurne, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Someren, Son en Breugel en telt ruim 500.000 inwoners.

De Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken (SHoKo) is een HDS die grenst aan het verzorgingsgebied van de CHP, zie daarvoor figuur 2.1.

Figuur 2.1; Regio indeling huisartsenorganisaties

Regio indeling huisartsenorganisaties
april 2009



N.B. Figuur 2.1: De 'Gemengde gemeente' zoals zichtbaar in (de legenda van) bovenstaande figuur, betekent dat er zowel huisartsen van de CHP, als huisartsen van de SHOKO ANW-diensten draaien in dat gebied.

2.1.2 Het Catharina-ziekenhuis

Het Catharina-ziekenhuis kent zijn oorsprong in de Catharina-parochie, waarvoor in 1843 de basis werd gelegd. Begin zestiger jaren was het Binnenziekenhuis, zoals het toen nog heette, in het centrum van Eindhoven dermate gegroeid dat het zich in 1973 heeft gevestigd Woensel, één van de buitenwijken van Eindhoven (cze.nl).

Het Catharina-ziekenhuis is een stichting met een Raad van Toezicht, welke toezicht houdt op het algemene beleid en de algemene gang van zaken. Een Raad van Bestuur zet zich in voor de voorbereiding van beleid en algehele bedrijfsvoering van het ziekenhuis (cze.nl). De medisch specialisten zijn verenigd in een Medische Staf. Deze bewaakt de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis. Het Catharina-ziekenhuis heeft al zijn functiegroepen ondergebracht in zes sectoren, te weten, beschouwend, groei/ontwikkeling/voortplanting, behandelcentrum, thoraxcentrum, snijdend en medisch ondersteunend. Elke sector wordt bestuurd door een sector manager en een manager bedrijfsvoering (dual management). De Spoedeisende hulp (SEH) valt onder de sector 'behandelcentrum' (cze.nl).

Om een indicatie van de grootte van het Catharina-ziekenhuis te geven: Het omvat bezit 696 erkende ziekenhuisbedden en er zijn in totaal 185 medisch specialisten werkzaam en er zijn 2.512 fte personeelsleden in loondienst werkzaam (cze.nl).

2.1.3 Het Elkerliek ziekenhuis

Met de komst van de Congregatie van de Zusters van Liefde van Onze Lieve Vrouw Moeder van Barmhartigheid werd in 1838 de basis gelegd voor wat tegenwoordig het Elkerliek ziekenhuis te Helmond is. In 1902 werd het St. Antonius Gasthuis in Helmond geopend, dat na de Tweede Wereldoorlog vervangen werd door een nieuw, groter ziekenhuis: St. Lambertus. In Deurne werd in 1924 een gasthuis opgericht door de Zusters Franciscanessen uit Veghel, in 1969 resulteerde dit in het St. Willibrordus ziekenhuis.

Het St. Lambertus Ziekenhuis en het St. Willibrordus ziekenhuis is in 1986 gefuseerd tot Streekziekenhuis Helmond-Deurne. Deze naam werd vervangen door het Elkerliek, in 1990. Elkerliek betekent 'iedereen' of 'alleman' (elkerliek.nl).

Net als in het Catharina-ziekenhuis heeft het Elkerliek ziekenhuis een Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en een Medische Staf. Deze vervullen dezelfde functie zoals beschreven bij het Catharina-ziekenhuis (2.1.3).

Het Elkerliek ziekenhuis heeft 494 bedden, circa 120 medisch specialisten en 1.300 fte personeelsleden in loondienst.

2.1.4 Het St. Anna Ziekenhuis

In 1856 leggen de congregatiezusters van Liefde van Jezus en Maria, Moeder van goede Bijstand het fundament voor de St. Anna Zorggroep. In 1931 krijgt het St. Anna Ziekenhuis de officiële erkenning als ziekenhuis. Anno 2009 is het St. Anna Ziekenhuis uitgebouwd tot de St. Anna zorggroep, Ananz (bestaat uit 3 verzorgingscentra en 1 verpleeghuis), THEMA (Transmurale zorg Huisartsen Eerste lijn, Medisch Specialisten en St. Anna Ziekenhuis en thuiszorginstellingen in de regio) en TopSupport (medisch gezondheidscentrum) (beleidsplan 2009-2011).

Net als in het Catharina-ziekenhuis en het Elkerliek ziekenhuis heeft het St. Anna Ziekenhuis een Raad van Toezicht, Raad van Bestuur en een Medische Staf. Deze vervullen dezelfde functie zoals beschreven bij het Catharina-ziekenhuis (2.1.3).

Het St. Anna Ziekenhuis heeft haar functiegroepen ondergebracht in facilitair bedrijf, Ananz, cluster heelkundige specialismen, cluster beschouwende specialismen en een cluster medisch ondersteunend. De Spoedeisende hulp valt onder het cluster heelkundige specialismen (organogram st. Anna).

Het St. Anna Ziekenhuis heeft 320 bedden, ruim 80 medisch specialisten en 950 fte personeelsleden in loondienst.

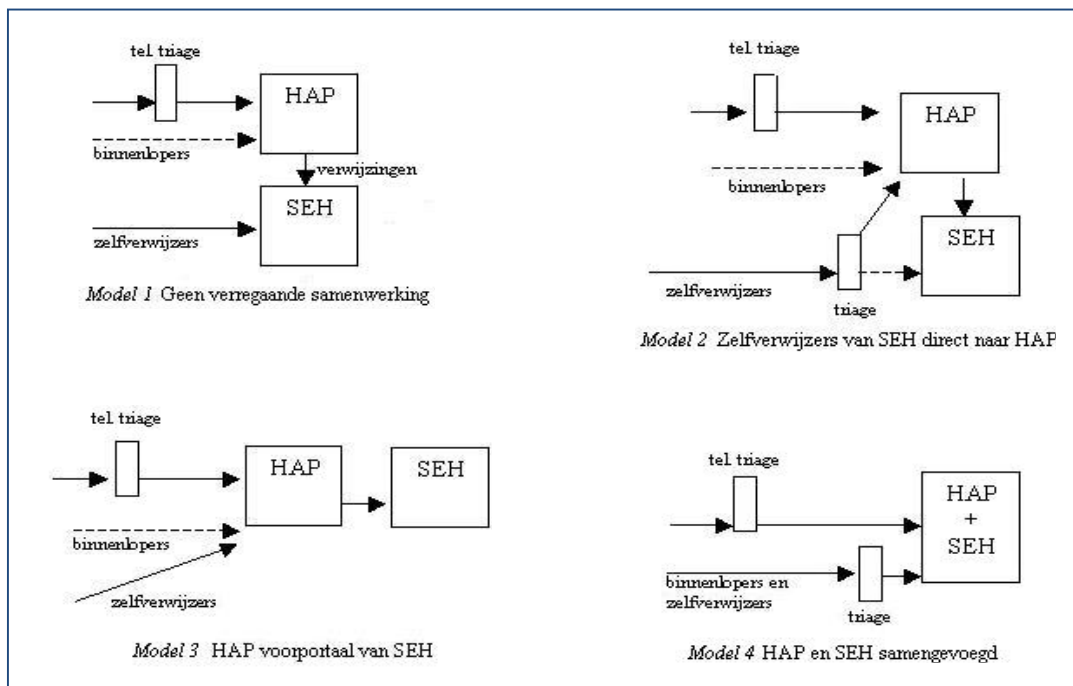
2.2 De Spoedpost

Een Spoedpost is een samenwerkingsverband van een huisartsenpost (HAP) en een Spoedeisende Hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis met ten minste gezamenlijke triage, huisvesting en zorgafspraken over afstemming over bijvoorbeeld zelfverwijzers (Schrijvers, nieuwsbrief 349 2009:1). Een Spoedpost is dus meer dan een co-locatie op hetzelfde ziekenhuisterrein (Schrijvers, nieuwsbrief 349 2009:2). Onder triage verstaan we het proces dat doorlopen wordt door een doktersassistente of een triageverpleegkundige om ervoor te zorgen dat de patiënt verwezen wordt naar de juiste zorgverlener, huisarts of medisch specialist. Een zelfverwijzer, ook wel aanloper genoemd, zijn patiënten die uit zichzelf zich melden op de Spoedpost, zonder eerst telefonisch contact te hebben opgenomen.

Vermue et al. (2007), beschrijven vier samenwerkingsmodellen van HAP met SEH.

1. De HAP en de SEH staan los van elkaar; er vindt géén vorm van samenwerking plaats (behalve het reguliere medisch inhoudelijke overleg en verwijzingen).
2. De zelfverwijzers die bij de SEH binnenkomen, worden doorverwezen naar de HAP. De HAP verwijst, indien complexe zorg nodig is, naar de SEH.
3. De HAP functioneert als voorportaal van de SEH. Alle binnenlopers en zelfverwijzers hebben alleen toegang tot de HAP. De HAP verricht triage en verwijst waar nodig naar de SEH.
4. Er is één gezamenlijk loket voor alle binnenlopers en zelfverwijzers. Daar vindt triage plaats, waarbij de patiënt naar de HAP of naar de SEH gaat.

Figuur 2.2; Samenwerkingsopties HAP & SEH (Vermue et al., 2007)



2.2.1 Wie werken er in een Spoedpost?

Er zijn zichtbare en minder zichtbare medewerkers die een rol spelen in het functioneren van een Spoedpost. Wie dat zijn, waar ze zich op de Spoedpost bevinden en wat ze precies doen, is het meest overzichtelijk weer te geven in een tabel.

Tabel 2.3; Wie werken er in een Spoedpost?

Locatie Spoedpost	Medewerker	CHP/SEH	Functie
<i>Zichtbare medewerkers</i>			
Callcenter	Doktersassistente	CHP	Triëert telefonisch en geeft patiënten een zelfzorgadvies of plant een consult in bij de huisarts of SEH op de Spoedpost.
	Regie-arts	CHP	Staat stand-by om doktersassistenten van advies te voorzien. Draagt de verantwoordelijkheid over de telefonische triage en zelfzorgadviezen die door doktersassistenten verstrekt zijn.
	Visite-arts	CHP	Op advies van de doktersassistente of Regie-arts bezoekt de huisarts patiënten, in de regio Zuidoost Brabant, thuis.
Spoedpostbalie	Zelfverwijzer	CHP	Een zelfverwijzer meldt zich op eigen initiatief bij de Spoedpost, en wordt geholpen door de doktersassistente of baliemedewerkster.
	Doktersassistente	CHP	Mag momenteel 19 ingangsklachten triëren, anders verwijzing naar triagekamer, ontvangt telefonisch verwezen patiënten, ondersteunt huisarts.
	Baliemedewerkster	CHP	Ontvangt telefonisch verwezen patiënten en registreert deze.
	Secretaresse	SEH	Ontvangt verwezen patiënten en registreert deze.
Triage kamer	Triageverpleegkundige	SEH/CHP	Triëert patiënten onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Het Nederlands Triage Systeem (NTS) helpt bij de verwijzing naar HAP of SEH (via de secretaresse van de SEH).
HAP	1 ^e consult-arts	CHP	De 1 ^e consultarts is dienstdoend huisarts, maar heeft ook de verantwoordelijkheid om overleg te voeren met de triageverpleegkundige,
	Huisartsen	CHP	Doen dienst op de Spoedpost in het HAP gedeelte
	Kortelijnsverpleegkundige	CHP	Mag patiënten met een lage urgentiecode behandelen. De KLV-opleiding is nog gaande, de huisarts vervult deze taak nu.
SEH	Poortarts	SEH	Kan een arts assistent, SEH-arts of medisch specialist zijn.
	Arts-assistenten	SEH	Fungeren in praktijk als een poortarts. Vallen onder verantwoordelijkheid van de SEH-arts.
	SEH-arts	SEH	De generalist onder de specialisten voor complexe zorgvragen. De SEH-arts behandelt en/of verwijst de patiënt door naar een passend specialisme.
	SEH-verpleegkundige	SEH	Speciaal opgeleide verpleegkundigen voor de SEH. Voeren behandelingen uit onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist/ SEH-arts.
	Medisch specialisten	SEH	De Medisch Specialisten draaien ook ANW-diensten op de Spoedpost in het SEH gedeelte.

Minder zichtbare medewerkers

Dienst apotheek	Apotheker		De Dienstapothek verschaft medicijnen en/of verbandmiddelen in de ANW-uren en zit gevestigd bij de Spoedpost.
Kantoor/ werkvloer	Locatiemanager	CHP	Verantwoordelijk voor de inroosting en aansturing van de doktersassistentes. Bevindt zich zowel op kantoor in Den Bosch, als op het Callcenter in Eindhoven.
	Operationaliserend manager	CHP	Stuurt dagelijks, vanuit kantoor in Den Bosch, locatiemanagers aan (en indirect doktersassistentes) en in de toekomst de kortelijnsverpleegkundige. Verantwoordelijk voor bedrijfszaken, personeelszaken en kwaliteit.
	SEH hoofd	SEH	Verantwoordelijk voor alle (zorg)processen en de uitvoering van het operationele beleid op de SEH. Geeft dagelijks, vanuit kantoor dichtbij de SEH, leiding aan de SEH-verpleegkundigen, arts assistenten en eventueel co-assistenten.
	Manager bedrijfsvoering	SEH	Geeft dagelijks, vanuit kantoor in het ziekenhuis, leiding aan de snijdende sector van het ziekenhuis, waaronder de SEH.

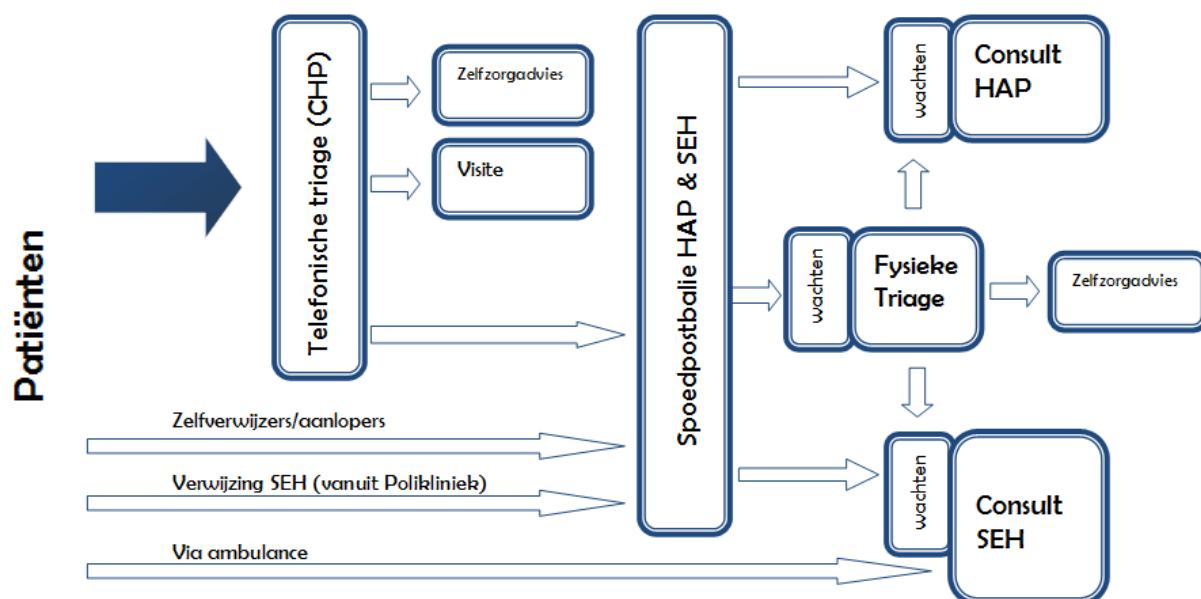
2.2.3 De routing van patiënten

Welke route doorloopt een patiënt wanneer hij klachten ondervindt in de avond, nacht of weekenden (of feestdagen)? Wanneer je als patiënt klachten ondervindt en je bent niet meer in de mogelijkheid om een huisarts te bezoeken (het is na 17:00uur of voor 08:00uur, of het is een weekend of feestdag), is het de bedoeling dat je belt naar de Spoedpost. In het callcenter van de Spoedpost vindt telefonische triage plaats; een doktersassistente beslist daar op basis van een aantal vragen hoe urgent de klacht is. Wanneer de doktersassistente twijfelt, kan zij hulp inroepen van de Regie arts. Vervolgens adviseert de doktersassistente: Een zelfzorgadvies, een visite of een consult bij de dienstdoende huisarts op de Spoedpost. In dat laatste geval plant ze de patiënt voor een consult in. De patiënt meldt zich bij binnenkomst aan de Spoedpostbalie. Naast patiënten die van tevoren bellen, zijn er ook zelfverwijzers (patiënten die uit zichzelf naar de Spoedpost komen, zonder eerst telefonisch contact te hebben opgenomen). Deze melden zich direct aan de Spoedpostbalie. Ook patiënten die klachten ondervinden in de ANW-uren en/of feestdagen terwijl zij onder behandeling zijn van een specialist zouden zich direct kunnen melden bij de Spoedpost (zie blokpijl figuur 2.3).

Aan de balie van de Spoedpost melden patiënten zich en worden zij ingeschreven in het ziekenhuis- of CHP-systeem, door een SEH secretaresse (zij helpt patiënten voor de SEH), een baliemedewerkster van de CHP (zij schrijft zelfverwijzers en patiënten met een huisartsenconsult in) of de doktersassistente (schrijft patiënten in, en triëert mogelijk zelfverwijzers).

Vervolgens nemen patiënten plaats in de wachtruimte en wachten zij hun consult af. Zelfverwijzers worden fysiek getriëerd door de triageverpleegkundige, die het Nederlands Triage Systeem gebruikt als hulpmiddel. Zodra de urgentie van de klacht van de patiënt bepaald is, wordt de patiënt verwezen voor een consult bij de HAP of SEH of krijgt hij een zelfzorgadvies.

Figuur 2.4; De routing van de Spoedpostpatiënt (naar ontwerp Eric Scheppink, 2010)



2.3 De Spoedposten Zuidoost Brabant

Al in februari 2005 legt de Centrale Huisartsen Post- Zuid Oost Brabant (CHP ZOB) in een toekomstvisie vast dat zij graag een proactieve houding willen aannemen ten aanzien van de maatschappelijke ontwikkelingen.

In deze toekomstvisie heeft het CHP-bestuur het voorgenomen besluit geuit om drie geïntegreerde posten te realiseren in de regio Zuidoost Brabant (CHP ZOB standpunten inzake de positie van de CHP en de Spoedeisende zorg, 2005). Aan deze wens om drie spoedposten te realiseren, liggen verschillende overwegingen ten grondslag (toekomstvisie 2005):

- De noodzaak om op een voldoende aantal plaatsen in het werkgebied daadwerkelijk 24-uurs huisartsenzorg te organiseren.
- Samenwerken met andere partijen in de zorgketen.
- Afspraken maken over de triage met SEH en CPA (Centrale Post Ambulancezorg), met daarbij een regiefunctie voor de huisarts.
- Huisartsenposten positioneren in de poort van ziekenhuizen vanwege de herkenbare plek en samenwerkingsmogelijkheden met specialisten en vanwege de vele zelfverwijzers.

De standpunten van de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging), overheid, verzekeraars, Raad voor de Volksgezondheid, regionale ziekenhuizen en GGD/CPA worden in deze zelfde nota weergegeven, waarbij opvalt dat al deze partijen zich uitspreken vóór verdere samenwerking van huisartsenposten met SEH-afdelingen van ziekenhuizen en de regionale ambulancevoorziening (RAV).

Eerste stappen

Uit de ontwerpeisen (21 maart 2006) blijkt dat de opdrachtgevers op 20 december 2005 de opdrachtformulering voor het project Spoedposten hebben goedgekeurd. Dit document benoemt ook expliciet de opdrachtgevers van het project:

- Het bestuur van de CHP;
- De Raad van Bestuur van het Catharina-ziekenhuis;
- De Vereniging Medische Staf van het Catharina-ziekenhuis;
- De Raad van Bestuur van het St. Anna Ziekenhuis;
- De Vereniging Medische Staf van het St. Anna Ziekenhuis.

Het Elkerliek ziekenhuis is op dit moment nog geen participerende partij. Uit de documentatie blijkt ook niet duidelijk wanneer het zich officieel heeft aangesloten bij het project. De deelname van het Elkerliek ziekenhuis is in ieder geval niet zichtbaar opgenomen of verwerkt in de documenten met betrekking tot de ontwerpeisen, projectstructuren en andere implementatie-inrichtingsdocumenten. In het beslisdocument, van mei 2008, staat het Elkerliek ziekenhuis wel opgenomen.

Tevens staat in dit document het volgende beschreven: 'Er is tevoren niet een precies beschreven model van samenwerking op papier gesteld. Het is de bedoeling dat de medische en verpleegkundige professionals in gezamenlijkheid tot een nadere invulling komen van de samenwerkingsrelaties, werkwijze, organisatie en werkafspraken'.

Zorgverzekeraars

Hoewel landelijk gezien overwegend zorgverzekeraars het initiatief lijken te nemen tot het opzetten van een spoedpost (Coenen, 2009), lijkt in de regio Zuidoost Brabant de CHP, sinds de vaststelling van hun toekomstvisie in 2005, de initiatiefnemer te zijn. In een later stadium zijn de zorgverzekeraars Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) en de Centrale Zorgverzekeraar (CZ) door een werkgroep van de CHP en ziekenhuizen benaderd en hebben zij samen een financiële regeling getroffen ten behoeve van het opzetten van de spoedposten. Dankzij deze regeling heeft men onder andere een verbouwing op het Catharina- Ziekenhuis kunnen realiseren, waarbij de SEH, het Callcenter en de HAP logistiek beter gestationeerd zitten en kan men alle betrokken professionals van een waardig honorarium voorzien.

Doelstellingen

De initiatiefnemers in deze regio hebben in algemene zin aangegeven zich bij dit project te laten leiden door het patiëntenbelang en door het streven naar kwaliteitszorg. Het stapsgewijs verbeteren van de keten van acute zorg is gebaat bij een goede samenwerking in de medische as van de keten: de afstemming tussen ziekenhuizen en de huisartsen. De meer specifieke doelstellingen van de samenwerking gelden voor alle posten in ontwikkeling en zijn samen te vatten met de volgende onderwerpen:

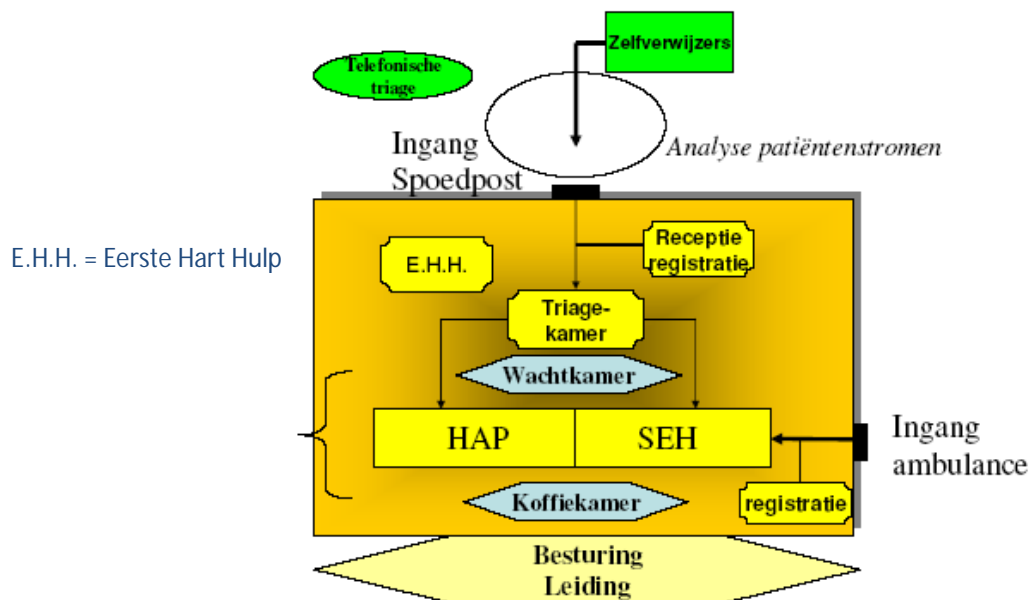
- Het gezamenlijk ontwikkelen van een triagesystematiek;
- Het ontwikkelen van een geprotocolleerde patiëntenrouting;
- Het ontwikkelen van een multidisciplinaire samenwerking, elkaar helpen bij piekdrukke, ervaring opdoen met taakverdeling en –herschikking;

- Het boeken van kwaliteitswinst door adequate competenties, trefzekere werkafspraken, snelle berichtgeving over en weer, snelle beschikbaarheid van consulten en diagnostiek;
- Het voorkomen van overbodig/dubbel onderzoek en anamnese;
- Het omschrijven, toepassen en evalueren van zorg- en behandelprotocollen op maat;
- Het verwerven van efficiencywinst door het terugdringen van onterechte verwijzingen;
- Het creëren van een doelmatige organisatie voor het leveren van gezamenlijke spoedzorg

Zorgmodel

Erik Otten, destijds projectleider van de Spoedposten, heeft in april 2008 een voorstel gedaan voor een model voor de Spoedposten (zie onderstaand model), waar alle partijen, de CHP, het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het Sint-Anna ziekenhuis, zich aan geconformeerd hebben. Dit model komt het meest overeen met het eerder beschreven model vier van Vermue et al. (2007).

Figuur 2.5; Overeengekomen samenwerkingsmodel Spoedposten ZOB (Erik Otten)



Samenwerking definitief

In het beslisdocument van mei 2008 gaat de CHP definitief een samenwerking aan met het Catharina-ziekenhuis, het St. Anna Ziekenhuis en ook met het Elkerliek ziekenhuis, dat toch graag wil participeren in het project Spoedposten en zich heeft geconformeerd aan hetgeen reeds is vastgelegd.

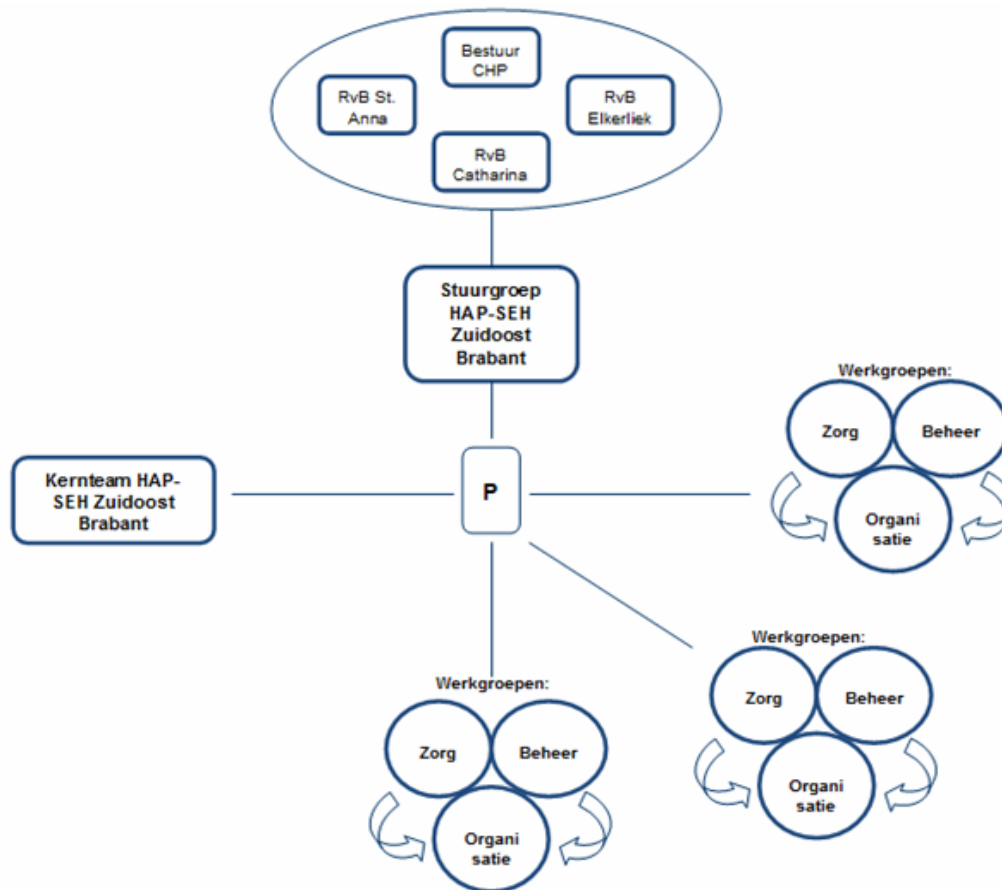
2.3.1 Projectstructuur implementatie Spoedpost

We gaan nu weer twee jaar terug in de tijd, in de ontwerpeisen wordt door de projectleider een samenvatting gegeven van de belangrijkste gebeurtenissen tot dan toe (wie doen er mee, wat zijn de doelstellingen). Daarnaast wordt een aanzet gegeven over de indeling van het proces. In de ontwerpeisen van 2006 beschrijft de projectleider dat het project eerst een verkennende fase kent, waarna een fase van ontwerpeisen volgt. Na het kenbaar maken van de ontwerpeisen vindt een beslismoment van GO of NO GO plaats ten aanzien van het project Spoedposten. Vervolgens dient

zich een fase van implementatie aan, waarbij de projectleider benadrukt dat in deze fase de ontwikkeloptiek minder dominant zal zijn (ontwerpeisen 2006). De implementatiefase wordt vervolgens afgesloten door het stellen van een officiële startdatum van de Spoedposten.

Voor het realiseren van drie Spoedposten op de drie ziekenhuislocaties is door de projectleider een projectstructuur opgezet, zie voor de grafische weergave de figuur op de volgende pagina.

Figuur 2.6; Projectstructuur implementatie Spoedpost (Erik Otten)



Bovenaan staat het opdrachtgeversoverleg (OGO). De opdrachtgevers worden direct geïnformeerd door de stuurgroep en door de projectleider (P). Daarnaast verkrijgen ze ook indirect informatie via informele kanalen. Het OGO bestaat uit de projectleider, het CHP bestuur, leden van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen en leden van de Medische Staven van de ziekenhuizen.

De stuurgroep bespreekt en toetst de werkgroepresultaten en bewaakt tevens vanuit een overstijgend, regionaal perspectief of de plannen inpasbaar zijn in het beleid van de CHP. De stuurgroep rapporteert aan de opdrachtgevers.

Op elke ziekenhuislocatie start een werkgroep zorg. Deze werkgroep verschaft de basis voor de werkwijze en de organisatie van de Spoedposten. De samenstelling van de werkgroep zorg bestaat uit drie tot vier huisartsen, een doktersassistente, een aantal medisch specialisten, mogelijk een SEH-arts en de projectleider (ontwerpeisen, 2006).

Daarnaast wordt ook een werkgroep beheer gestart, welke zich bezig houdt met een programma van eisen, ICT, financiën etcetera. Deze werkgroep bestaat uit één huisarts, de directeur van de CHP, de

secretaris van de Raad van Bestuur, het hoofd van de bedrijfseconomische afdeling, een lid van de Medische Staf en de projectleider. Als een fase van uitwerkingen plaats gaat vinden, wordt een werkgroep organisatie gestart. Idealiter bestaat deze werkgroep uit een afvaardiging van de werkgroep zorg en beheer. De werkgroepen rapporteren aan de stuurgroep (ontwerpeisen, 2006).

Het kernteam bestaat, volgens de ontwerpeisen, uit leden die afkomstig zijn uit drie organisaties: de CHP, het Catharina-ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis. Het Elkerliek Ziekenhuis is hier nog niet in opgenomen. Het kernteam vormt een klankbord voor de projectleider. De aanpak van het project wordt door hen getoetst op efficiëntie en doelmatigheid. Dit team bestaat uit een secretaris van de Raad van Bestuur uit het St. Anna, een coördinator van THEMA (Transmurale zorg Huisartsen Eerste lijn, Medisch Specialisten en St. Anna Ziekenhuis en thuiszorginstellingen in de regio), de directeur van de CHP, het hoofd van dienst ketenzorg van het Catharina-ziekenhuis en, uiteraard, de projectleider. Relevante (advies)informatie van THEMA en de HaCa (samenwerkings-platform Huisartsen-Catharina) wordt doorspeeld aan de werkgroepen en stuurgroep.

Binnen het Catharina-ziekenhuis functioneert ook nog een klankbordgroep die vanuit een adviesrol de communicatie met de ziekenhuisgeledingen invult. De klankbordgroep wil daarmee bijdragen aan het snel boeken van resultaten. Zij vergadert vier keer per week en vormen de link tussen werkgroep en stuurgroep (ontwerpeisen, 2006).

De invulling van de ontwerpeisen geschiedt door de eerder genoemde werkgroepen. De stuurgroep geeft opdrachten aan de werkgroepen, de resultaten van de werkgroepen worden aan de stuurgroep gerapporteerd die de verbindende schakel is en fungeert als filter naar de opdrachtgevers. De opdrachtgevers bepalen of plannen inpasbaar zijn in het beleid van de CHP (vanwege groter werkgebied dan ziekenhuizen).

Spoedposten geopend

Vanaf het eerste kwartaal 2009 functioneren op alle drie de locaties de Spoedposten. De Spoedpost in het Catharina-ziekenhuis is uiteindelijk in december 2008 geopend, in het St. Anna Ziekenhuis in februari 2009 en in het Elkerliek ziekenhuis is de Spoedpost in april 2009 van start gegaan.

In september 2010 zal in een ledenraad van de CHP gestemd worden over de voortgang van het project Spoedposten. De huisartsen moeten dan door middel van hun stem laten weten of zij het project al dan niet willen voortzetten.

Eind december 2010 zal de overeenkomst met de zorgverzekeraars aflopen (Overeenkomst projectpartijen Spoedposten ZOB en zorgverzekeraars UVIT en CZ, 2008). Zodra deze overeenkomst afloopt, betekent dit dat de Spoedposten zullen moeten functioneren zonder het geld dat de verzekeraars nu, conform de overeenkomst, verstrekken, of er zal een nieuwe overeenkomst moeten worden gesloten.

Daarnaast is het project Spoedposten ook afhankelijk van het nieuwe kabinet dat gaat komen en de daarmee gepaard gaande ontwikkelingen op het gebied van zorg en functionele bekostiging.

3 Methodologie

De centrale onderzoeksvraag luidt: “Welke betekenis geven de betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant?”. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van diverse onderzoeksmethoden. Dit hoofdstuk geeft toelichting en uitleg aangaande het gekozen onderzoeksdesign, de rol van de onderzoeker, de manier van data verzamelen en analyseren en tot slot over de kwaliteit van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign

De centrale vraag van dit onderzoek is getracht te beantwoorden door middel van een kwalitatief, interpretatief onderzoek.

Kwalitatief, interpretatief onderzoek vindt haar oorsprong in twee hoofdstromingen van de hedendaagse wetenschapsfilosofie: de hermeneutiek en het pragmatisme (Bosch & Boeije, 2005). Beide stromingen gaan ervan uit dat de sociale werkelijkheid door mensen wordt gemaakt. Dit uitgangspunt wordt ook wel constructivisme genoemd. ‘Zowel de handelingen van mensen als de relaties die tussen mensen bestaan, zijn afhankelijk van de specifieke invulling die door mensen aan dergelijke handelingen en relaties wordt gegeven’ aldus Bosch en Boeije (2005). Om deze handelingen en invullingen te begrijpen, is het noodzakelijk om te bestuderen hoe mensen hun sociale werkelijkheid interpreteren.

Kwalitatief onderzoek is gericht op het verkrijgen van informatie over *wat* leeft in een organisatie en *waarom* dat leeft. Kwalitatief onderzoek vindt plaats in de natuurlijke setting; de onderzoeker gaat naar de participanten toe (Creswell, 2003). Daar waar kwantitatief onderzoek van tevoren gekaderd is, kent kwalitatief onderzoek meer een ‘open’ karakter. Kwalitatieve onderzoekers zijn erop gericht betekenissen en gedragingen te beschrijven, te interpreteren en zo mogelijk te verklaren (Boeije, 2005:32). Er wordt gesproken van een interpretatief onderzoek, omdat de onderzoeker een reconstructie geeft van de geconstrueerde werkelijkheid zoals participanten deze formuleren; de onderzoeker interpreteert wat mensen vinden en wat ze doen. Tot slot maakt kwalitatief onderzoek het mogelijk om het project Spoedposten Zuidoost Brabant in detail te kunnen bestuderen (Silverman, 2005).

Tot dusver zijn relatief veel kwantitatieve onderzoeken naar het fenomeen Spoedpost verricht (Giesen et al., de Raad van Volksgezondheid, Vermue et al.) en daarom is het extra interessant om nu, door middel van een kwalitatieve insteek, data te verzamelen die een indicatie kunnen geven van wat er leeft bij de betrokken actoren ten aanzien van de Spoedposten. De resultaten van kwalitatief onderzoek zijn niet statistisch representatief.

Robert Stake beschrijft in ‘The art of case study research’ drie vormen van casus-onderzoek, te weten intrinsiek casus-onderzoek, instrumenteel casus-onderzoek en collectief casus-onderzoek. Bij intrinsiek casus-onderzoek draait het onderzoek specifiek om één casus. De casus is complex en het begrijpen van de casus staat centraal. Theorie wordt veelal buiten beschouwing gelaten, laat staan gebaseerd op de casus (Stake in Silverman, 2005:139). Generaliseren is niet of nauwelijks mogelijk, maar ook niet het doel van het onderzoek. Bij collectief casus-onderzoek worden meerdere casussen onderzocht, om een fenomeen te analyseren en mogelijk te generaliseren.

Het onderzoek naar het project Spoedposten ZOB is te vergelijken met een instrumenteel casus-onderzoek (Stake,1995). Instrumenteel casus-onderzoek richt zich primair op het inzicht willen geven in een bepaald aspect van de casus, in deze het proces, en kan mogelijk een bijdrage leveren om generalisatie van deze casus te verbeteren. Het project Spoedposten vormt in dit onderzoek de casus, waarbij extra aandacht wordt besteed aan het proces van het opzetten van de Spoedposten. Het proces van het komen tot de drie Spoedposten kan als één casus gezien worden, hoewel het project min of meer tegelijk op drie locaties is opgezet: De Spoedpost in het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis.

De onderzoeker heeft het project Spoedposten bestudeerd in de natuurlijke context. Het project Spoedposten is niet geïsoleerd bestudeerd van de relevante omgeving waarin het functioneert. Het doel is namelijk om inzicht te geven in *het project* Spoedposten ZOB (de casus in deze), en niet per se in *het fenomeen* Spoedpost.

3.2 Rol van de onderzoeker

In kwalitatief onderzoek speelt de onderzoeker een centrale rol. De manier waarop data zijn verzameld, de analyse is verricht en vervolgens bevindingen zijn weergegeven, zijn allemaal aan de invloed van de onderzoeker onderhevig. Zo heeft de onderzoeker zich gedurende het onderzoek veelvuldig bevonden op het kantoor van de Centrale Huisartsenpost. Dit verblijf, waarbij je de organisatiecultuur leert kennen, gesprekken voert met medewerkers en allerlei (Spoedpost gerelateerde) informatie te horen krijgt, beïnvloedt je perspectief als onderzoeker en daarmee ook het onderzoek.

De data die verkregen zijn middels interviews, zijn tot stand gekomen door middel van een interactief gesprek, waarbij de onderzoeker op bepaalde momenten kansen heeft aangegrepen om door te vragen, met als doel data te verhelderen of te toetsen. De keuze van de onderzoeker om dit wel of niet te doen en om een respondent al dan niet te onderbreken, hebben gevolg voor het onderzoek en de bevindingen.

Als onderzoeker ben je betrokken bij de mensen die je interviewt of observeert. Deze betrokkenheid is nodig om te achterhalen wat de onderzochte personen beweegt en wat hen bezighoudt (Boeije, 2005:147), dit kan de validiteit ten goede komen, maar ook in het nadeel zijn, bijvoorbeeld wanneer de onderzoeker door deze betrokkenheid niet relevante accenten legt in een interview. Gedurende het onderzoek heb ik gemerkt dat de meeste respondenten het leuk vonden om over de Spoedposten te praten. Het kan echter ook zijn voorgekomen dat mensen ander gedrag hebben vertoond, omdat ze weten dat ze bestudeerd worden. Deze reactiviteit beïnvloedt de validiteit negatief, omdat respondenten in dat geval meer nadruk leggen en andere accenten geven aan bepaalde onderwerpen.

Naast de hiervoor beschreven reactiviteit van respondenten, kan ook sprake zijn van beïnvloeding van (de kant van) de onderzoeker zelf. De kritische blik van de onderzoeker kan gedurende het onderzoek afnemen door bijvoorbeeld verminderde interesse in de theorie of in de beleving van een bepaalde respondent of de aandacht van de onderzoeker kan uitgaan naar onderwerpen die tijdens het analyse proces weinig tot niet van belang blijken. Dit proces staat bekend als 'going native'. De interpretaties van de onderzoeker boeten aan geldigheid in, omdat deze niet meer met enige afstand naar de leefwereld van de respondenten kan kijken (Boeije, 2005:147). Zo was ik bij enkele

interviews erg enthousiast over een aantal onderwerpen die ter sprake kwamen, terwijl deze voor mijn data helemaal niet interessant waren.

3.3 Dataverzameling

Om een zo volledig mogelijk antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven, is op verschillende wijzen informatie vergaard. Een gerichte documentenanalyse is verricht er zijn enkele (participerende) observaties uitgevoerd. Daarnaast zijn 16 semi-gestructureerde interviews afgenomen met diverse betrokken actoren van het project Spoedposten. Deze verschillende bronnen van informatie kunnen tegen elkaar afgezet worden, en tegen het theoretisch kader. Deze methode wordt ook wel triangulatie genoemd (Silverman, 2005).

3.3.1 Documentenanalyse

Naast een beeldvorming over de recente ontwikkelingen van de gezondheidszorg in Nederland aan de hand van overheidsstukken, onderzoeksrapporten en (wetenschappelijke) artikelen, is ook veelvuldig gebruik gemaakt van interne stukken. Deze interne stukken hebben bijgedragen aan het inzicht van het proces van het project Spoedposten ZOB. De documentenanalyse heeft zowel aan het begin van het onderzoek plaatsgevonden (oriënterende fase), als tussendoor en in de afrondende (schrijvende) fase.

3.3.2 Interviews

Fontana & Frey onderscheiden diverse typen interviews; gestructureerde interviews, semigestructureerde interviews en ongestructureerde interviews (1994). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Een semigestructureerd interview houdt in dat de onderzoeker een aantal topics van tevoren vaststelt die de basis van het interview vormen. Tijdens het interview houdt de onderzoeker in de gaten dat deze topics aan de orde komen, zodat de uiteindelijke data vergelijkbaar en bruikbaar is, maar er is tegelijkertijd ruimte voor de respondent om zijn eigen verhaal te vertellen. Deze manier van interviewen geeft de respondent de kans om datgene te vertellen wat hij graag kwijt wil. Daarnaast is juist de data die de respondent achterwege laat, ook van waarde. De topiclijst is opgenomen in de bijlage (I).

Keuze respondenten

Voor het in kaart brengen van de betekenisgeving van betrokken actoren bij het project Spoedposten Zuidoost Brabant zijn uiteindelijk 16 personen geïnterviewd. De samenstelling van deze groep respondenten en de keuze voor juist deze respondenten is voortgekomen uit een documentenanalyse en overleg met een aantal personen binnen de CHP. Er is gekozen om een dwarsdoorsnede te maken binnen de drie Spoedposten: Elke respondent bevindt zich op een andere positie in de Spoedposten en heeft een andere rol gespeeld ten aanzien van het project. Ook is rekening gehouden met de drie verschillende Spoedpostlocaties, respectievelijk het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis. Zowel respondenten die een bestuurlijke functie bekleden en gedurende het hele project erg nauw betrokken zijn geweest, als respondenten die op enige afstand de sturing van het project Spoedposten hebben meegemaakt en zich op de werkvloer begeven, zijn geïnterviewd.

Om het onderzoek haalbaar te houden, zijn er keuzes gemaakt ten aanzien van het aantal en het type respondenten. Het niet meenemen van de doktersassistenten van de CHP en de SEH secretaresses van de ziekenhuizen, is hier het gevolg van. Wel heb ik hen geobserveerd en bevroegd tijdens enkele observaties, voor het verkrijgen van een beeld van de Spoedposten.

Een specifieke verantwoording van de keuzes van de respondenten staat in de volgende tabel.

Tabel 3.1; Verantwoording keuzes respondenten

Functie	Inter-views	Verantwoording
Projectleider	1	De Projectleider is destijds aangesteld door de opdrachtgevers om het project Spoedposten ZOB te leiden. Omdat hij de spin in het web is geweest tijdens het project Spoedposten ZOB is het van groot belang om zijn ervaringen mee te nemen in het onderzoek.
Leden Tactisch Overleg Spoedposten	4	De managers bedrijfsvoering hebben een belangrijke rol gespeeld voor, tijdens en na het project Spoedposten ZOB. Daarom interview ik graag alle vier deze personen, respectievelijk de directeur CHP en de managers bedrijfsvoering van het Catharina-ziekenhuis, het Elkerliek ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis.
Operationeel manager CHP	1	De operationeel manager is samen met de directeur van de CHP heel actief betrokken geweest bij het opzetten en inrichten van het project Spoedposten ZOB. Tevens hebben de SEH hoofden en de operationeel manager van de CHP gedurende het project, maar ook daarna veel samengewerkt.
SEH Hoofden	2	Bij aanvang van het onderzoek was het mij niet geheel duidelijk wat de rol van de SEH hoofden is (geweest) tijdens het project Spoedposten. Volgens de directeur van de CHP is hun rol op het Elkerliek en het Catharina erg verschillend geweest. Daarom interview ik deze twee hoofden ten behoeve van mijn onderzoek. Het SEH hoofd van het St. Anna is volgens de directeur van de CHP in dit geval minder interessant, omdat op deze functie gedurende het project van persoon gewisseld is.
Oud-bestuurslid	1	Dit oud-bestuurslid is als huisarts en voorzitter van de stuurgroep erg nauw betrokken geweest bij het project Spoedposten. Hij kan vanuit beide functies spreken tijdens het interview.
Huisarts	3	De huisarts die dienst doet op de Spoedpost ZOB verricht huisartsenbehandeling. Deze doelgroep heeft in eerste instantie in de Algemene Leden Vergadering van de CHP in 2005 zich geconformeerd aan de toekomstvisie, namelijk dat zij proactief wilden handelen richting een samenwerking met de tweedelijns; de SEH. Voor dit onderzoek is het interessant om te weten te komen hoe zij het proces van verandering ervaren hebben. De drie huisartsen die geïnterviewd zijn, zijn elk werkzaam op verschillende locaties, zodat zij eventueel ervaringen op de ene locatie kunnen afzetten tegen de ander.
SEH-arts	1	De SEH-arts is een nieuwe functie binnen het ziekenhuis, maar nog geen erkend specialisme (Schilder, 2009). SEH-artsen zijn medische generalisten, net als huisartsen, maar voeren complexere zorg uit en lijken daarin weer meer op specialisten. (Nog) niet elk ziekenhuis beschikt over een officiële SEH-arts.
Triageverpleegkundigen	3	De triageverpleegkundige triëert patiënten onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Zij functioneert zowel op de SEH (overdag) als in de Spoedpost (avond, nacht en weekend). Voornamelijk om deze reden is het interessant om deze verpleegkundigen te interviewen en hun ervaringen ten aanzien van het proces in het onderzoek mee te nemen. Daarnaast is aangegeven door de directeur van de CHP dat deze doelgroep interessant is vanwege de verschillende mate van zelfstandigheid die aan deze functies wordt toegekend, op de diverse ziekenhuislocaties.

De volgende tabel geeft een overzicht van de gekozen respondenten, waarbij ook zichtbaar is welke respondent uit welke organisatie komt. Daarnaast staat aangegeven of de respondent vanuit een bestuurlijke visie of vanuit een leidinggevende of uitvoerende visie over het project Spoedposten spreekt. Daar waar van belang wordt in de resultaten verwezen naar de bestuurlijke, leidinggevende of uitvoerende functie van de respondent, of mogelijk sec naar de functie, dan wel de herkomst van de respondent, CHP of ziekenhuis. Deze extra informatie kan de resultaten meer reliëf bieden. Desondanks dient er gewaakt te worden voor de anonimiteit van de respondenten en dit zal alleen toegepast worden wanneer het volgens de onderzoeker iets toevoegt én de respondent niet schaadt in zijn anonimiteit.

Tabel 3.2; Overzicht van de gekozen respondenten, inclusief locaties

CHP-ZOB			Catharina zkh	Elkerliek zkh	St. Anna zkh
Projectleider Spoedposten Zuidoost Brabant ^{bestuurlijk}					
Directeur ^{bestuurlijk}			Manager bedrijfsvoering ^{bestuurlijk}	Manager bedrijfsvoering ^{bestuurlijk}	Manager bedrijfsvoering ^{bestuurlijk}
Huisarts ^{uitvoerend} en oud bestuurslid ^{bestuurlijk}					
Operationeel manager ^{leidinggevend}			SEH hoofd ^{leidinggevend}	SEH hoofd ^{leidinggevend}	
			SEH-arts ^{uitvoerend}		
Huisarts uitvoerend	Huisarts uitvoerend	Huisarts uitvoerend	Triageverpleeg- kundige ^{uitvoerend}	Triageverpleeg- kundige ^{uitvoerend}	Triageverpleeg- kundige ^{uitvoerend}

Het benaderen van de respondenten verliep over het algemeen voorspoedig, via e-mail en telefoon.

Binnen de CHP zijn 255 huisartsen verenigd. Hoe dan te bepalen welke huisartsen eventueel geschikte respondenten zouden kunnen zijn? De medisch manager bij de CHP heeft een helpende hand geboden tijdens het onderzoek, daar hij wel een aantal niet actief betrokken huisartsen wist die vermoedelijk wel mee zouden willen werken aan het onderzoek. Nadat hij een lijst heeft verschaft met ca. 60 huisartsen is er een schifting gemaakt in de huisartsen. Huisartsen die dienst doen op twee locaties, in plaats van slechts één locatie, zijn geselecteerd, omdat deze huisartsen mogelijk verschillen en overeenkomsten zouden kunnen aangeven tussen het dienstdoen op de ene of de andere locatie. Dit komt ten goede aan de validiteit van het onderzoek.

Voor het benaderen van de triageverpleegkundigen zijn in eerste instantie de hoofden van de SEH's benaderd per e-mail en telefoon. Zij hebben vervolgens bepaald welke triageverpleegkundigen benaderd konden worden voor een interview.

3.3.3 (Participerende) observaties

Naast de documentenanalyse en de semigestructureerde interviews hebben ook enkele (participerende) observaties plaatsgevonden. In een participerende observatie wordt directe waarneming mogelijk voor de onderzoeker door deelname aan het sociale leven van de onderzochten (Boeije, 2005:55). Doel van de observaties was erachter te komen hoe de Spoedposten functioneren; wat mensen doen, wat mensen weten en eventueel opheldering over de attributen en hulpmiddelen waar ze gebruik van maken. Kortom, om een algemeen beeld van de Spoedpost verkrijgen, zodat ik in interviews een goede aansluiting kon hebben met wat de respondenten vertelden.

Tot deze observaties behoren het bijwonen van het Tactisch Overleg Spoedposten, een meeloopavond op de Spoedpost van het Catharina-ziekenhuis en andere activiteiten die relateren aan het fenomeen Spoedpost, zoals het bijwonen van de 'informatiebijeenkomst HAP en SEH', georganiseerd door de VHN (Vereniging Huisartsen Nederland). Deze observaties hebben bijgedragen aan het inzicht van de onderzoeker in het project Spoedposten ZOB en hebben de onderzoeker geholpen om tot een goede voorbereiding van de interviews te komen en later ook de data-analyse.

3.4 Data-analyse

In de analyse staan desondanks de gedetailleerdheid en rijkdom van de betekeniswereld van de respondenten centraal. In de eindrapportage van het onderzoek is gestreefd naar het beschrijven van regelmatigheden of patronen in de lokale context (Boeije,2005:20).

De 16 interviews hebben plaatsgevonden in april en mei 2010 en hadden een gemiddelde duur van ruim één uur per interview. In de interviews zijn de respondenten bevraagd over het proces van het project Spoedposten. Alle interviews zijn opgenomen en later getranscribeerd. Het transcriberen zorgt ervoor dat de onderzoeker kan werken met teksten (Boeije,2005:61). Echter, in een transcriptie gaat wel het non-verbale gedrag van de respondenten verloren. Het opnemen van interviews biedt het voordeel dat je tijdens het interview je volledige aandacht kunt richten op het gesprek. Een tweede voordeel van het opnemen en transcriberen is dat de onderzoeker in het stadium van coderen en interpreteren van de interviews weer tot nieuwe inzichten en interpretaties kan komen, door het opnieuw verwerken en lezen van de getranscribeerde interviews.

Nadat alle interviews getranscribeerd waren, zijn deze opgenomen in het coderingsprogramma MAX QDA. Dit programma helpt bij het overzichtelijk analyseren van de ruwe data, die stukje voor stukje ondergebracht werden onder de door de onderzoeker opgestelde codeboom. Vervolgens zijn de uiteengerafelde data geëxporteerd uit het programma en heeft de onderzoeker deze geherstructureerde data kunnen samenvoegen tot een procesverhaal, wat in het resultatenhoofdstuk staat beschreven. In het resultatenhoofdstuk heb ik onderscheid gemaakt tussen bestuurlijke, leidinggevende en uitvoerende respondenten, om de waarde van de citaten en resultaten te verhogen (zie ook tabel 2.1). Om de resultaten van meer reliëf te voorzien, heb ik, waar van belang, de organisatie van herkomst genoemd, of de functie van de respondent.

3.5 Kwaliteit onderzoek

Ten einde gefundeerde uitspraken te kunnen presenteren, werden voorafgaand aan het onderzoek kwaliteitscriteria vastgesteld. Deze kwaliteitscriteria beschrijven de verantwoording met betrekking tot de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van dit onderzoek.

3.5.1 Betrouwbaarheid

Onder betrouwbaarheid van een onderzoek wordt de consistentie en de reproduceerbaarheid van de methode, de omstandigheden en de resultaten verstaan (Boeije,2005). Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek zo groot mogelijk te maken, is gestreefd naar een evenredige verdeling van respondenten en een overwogen en zorgvuldige keuze van observatiemomenten. Daarnaast is, waar nodig, ook gebruik gemaakt van member-checks (het checken op juistheid van bijvoorbeeld een getrokken conclusie van de onderzoeker) bij respondenten, ten behoeve van de betrouwbaarheid. Het gebruik van (triangulatie van) verschillende data, te noemen interviews, documenten en observaties, draagt bij aan een verhoogde betrouwbaarheid.

3.5.2 Validiteit

Onder interne validiteit wordt verstaan dat datgene wordt gemeten wat de onderzoeker daadwerkelijk wil meten (Boeije, 2005). Van belang bij dit onderzoek is dat in de interviews de juiste vragen gesteld worden, zodat de topics (die ook juist moeten zijn gekozen) beantwoord kunnen worden. Zoals eerder benoemd, draagt het combineren van de verschillende data ook bij aan een verhoging van de validiteit van dit onderzoek.

Zowel in de waarnemingen als in de data-analyse heeft de onderzoeker gestreefd naar het weergeven van een diepgaand beeld, zodat zoveel mogelijk recht gedaan wordt aan de verwevenheid van factoren die de aard en achtergronden van de betekenisgeving van de respondenten bepalen. Daarnaast hebben data verzameling en data-analyse elkaar afgewisseld, waardoor erin wordt voorzien dat waarnemingen worden gerepliceerd en dat tussentijdse interpretaties in het vervolg van het onderzoek kunnen worden getoetst (Boeije,2005).

Omdat dit onderzoek geen generalisatie tot doel heeft, wordt geen afbreuk gedaan aan de externe validiteit. Bevindingen in de praktijk zijn afgezet tegen het theoretisch kader en diverse (interne) documenten. Dit theoretisch kader biedt overkoepelende thema's, waardoor de resultaten in breder perspectief geplaatst kunnen worden.

N.B. De onderzoeker heeft haar onderzoekspositie getracht te verduidelijken (zie rol onderzoeker en doelstelling scriptie). Deze reflexiviteit zal eveneens bijdragen aan zowel de validiteit, als de betrouwbaarheid van het onderzoek.

3.5.3 Bruikbaarheid

Deze rapportage is gefocust op het project en zal daarom dus vooral op dat punt bijdragen aan de evaluatie van de Spoedposten Zuidoost Brabant. Zoals beschreven bij het kopje validiteit, zal dit onderzoek geen generaliserende bijdrage leveren. Mogelijk zijn bevindingen wel bruikbaar voor vergelijkbare projecten die in hetzelfde veld plaatsvinden.

4 Theoretisch kader

Het theoretisch kader beschrijft verschillende thema's die van toepassing zijn voor het project Spoedposten Zuidoost Brabant. Dit kader vormt het raamwerk voor het onderzoek. Zoals beschreven in de inleiding (1.4) wordt onder een project verstaan 'een activiteit waarbij de inzet van mensen, materiaal en financiële middelen opnieuw wordt georganiseerd met als doel om een bepaalde hoeveelheid werk, of een specifieke opdracht door een specifieke groep personen te realiseren, begrensd door tijd en/of geld, en die leidt tot een in kwalitatief of kwantitatief opzicht gunstige verandering' (Turner,2009:2). Een project kent een start, implementatiefase en een eind.

Bij de start van een project is er sprake van een status quo. Op deze status quo wordt in paragraaf 4.1, ingegaan, waarin het ziekenhuis en de huisartsenpost als professionele organisatie worden belicht. In paragraaf 4.2 ga ik vervolgens in op de verschillende fases die een project of verandering kent. Deze uitgebreidere fasering kan vermoedelijk meer inzicht bieden in en ondersteuning bieden bij het plaatsen van het project Spoedposten binnen het reeds bestaande geheel (de status quo). De subparagraaf over ontwerpen of ontwikkelen gaat in op de gekozen veranderingsaanpak van een project, om het project neer te zetten. Het project Spoedposten zal ik aan de hand van deze theorie analyseren. Wanneer, uiteindelijk, het project aan zijn afronding komt, is het zaak dat er weer een nieuwe status quo gevonden wordt; het project dient geborgd te worden. Dit thema komt aan de orde in paragraaf 4.4. Tot slot, kan een project beïnvloed worden door de machtsbalans die tussen de organisaties heerst. Op macht, machtsrelaties en afhankelijkheid bij organisaties in de zorg wordt in paragraaf 4.4 ingegaan.

4.1 Ziekenhuizen als professionele organisaties

Een ziekenhuis is een instelling voor medisch-specialistisch onderzoek, behandeling en verpleging (van der Burgt et al.,2006:80). Het is een centrum van expertise op verschillende medisch-specialistische terreinen, met mogelijkheden voor hoogcomplexe, technisch geavanceerde diagnostiek en behandeling (van der Burgt et al., 2006:80).

Ziekenhuizen vallen in de categorie private non-profit instellingen. Ze worden mede door de overheid gefinancierd, maar zijn in strikte zin geen overheidsinstelling. Kapteyn (2001) stelt dat het marktmechanisme voor deze organisaties niet optimaal werkt, omdat cliënten/patiënten doorgaans sterk afhankelijk zijn van de hulp- en zorgverleners. Daarom is in ziekenhuizen de druk om te streven naar maximale efficiëntie en effectiviteit minder groot dan bij echte marktorganisaties.

Om deze organisaties toch een prikkel te geven om te investeren in efficiëntie, is onder andere in 2006 een stelselwijziging in de zorg ingevoerd. Deze stelselwijziging maakte de zorgverzekeraars tot inkopers van zorg voor hun verzekerden, zodat ziekenhuizen tegen elkaar op moeten bieden om contracten met verzekeringsmaatschappijen te kunnen sluiten. Ziekenhuizen worden daardoor meer gedwongen te letten op de prijs/kwaliteitverhouding van hun zorgaanbod, en daardoor moeten ze de efficiëntie en effectiviteit in hun organisatie goed bewaken.

De professionele organisatie

Henry Mintzberg heeft in zijn boek *Structure in fives* (1983) een typologie van organisaties ontwikkeld met 5 basisconfiguraties; 'structure in fives'. De professionele bureaucratie is één van deze configuraties.

Er is sprake van een professionele organisatie als de primaire processen uitgevoerd worden door professionals. Onder een professional versta ik iemand die specifieke en systematisch geordende kennis heeft over een bepaald onderwerp, een vertrouwensrelatie heeft met zijn of haar cliënten en waarbij de nadruk ligt op de autonomie van het beroep

(Schrijvers, 1994). Verder kenmerkt deze professie zich door de aanwezigheid van maatschappelijk hoog aanzien, van een wettelijke basis voor het beroep, de aanwezigheid van regelgeving binnen de beroepsgroep en een eigen beroeps cultuur. Zoals beschreven in de definitie zijn deze professionals doorgaans vrij onafhankelijk van hun collega's en hebben ze controle over hun eigen werk.

Deze operationele kern is volgens Mintzberg bepalend voor de organisatiestructuur. De professionele bureaucratie benadrukt de autoriteit van een professionele aard; de macht van deskundigheid. Mintzberg typeert de professionele bureaucratie ook als een inflexibele structuur; geschikt voor het verzorgen van de standaard output, maar moeilijk in het aanpassen aan de productie van nieuwe producten of diensten (Mintzberg, 1983). Volgens Mintzberg zal een verandering veel tijd vergen en nooit plotseling plaatsvinden in een professionele bureaucratie.

Ziekenhuizen zijn hét voorbeeld van een professionele bureaucratie. De professionele ziekenhuisorganisatie heeft één groot voordeel: de kwaliteit van de zorgverlening is onmiskenbaar toegenomen door de professionalisering van de medische, paramedische en verpleegkundige beroepen (Schrijvers, 1994). Deze ging gepaard met de verbetering van beroepsopleidingen, vormen van nascholing en het ontwikkelen van kwaliteitsnormen voor de zorgverlening van de professionals.

Nadelen van een professionele organisatie zijn de scherp afgebakende taakverdeling en de geringe mobiliteit tussen de beroepsgroepen, wat segregatie van verschillende beroepsgroepen tot gevolg heeft (Schrijvers, 1994). Tot slot zie je vaker een spanningsveld tussen de professionals en het management van de organisatie.

De CHP

De Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant is een coöperatie. Dit wil zeggen dat de ledeneigenaren tevens de zakenpartners zijn van de coöperatie en daardoor nauw betrokken bij de strategie. De rol van de huisartsen in deze is om toezicht te houden en mede te bepalen over investeringen. Ondanks dat de CHP een coöperatie is en geen ziekenhuis, heeft deze organisatie kenmerken die de CHP als professionele organisatie kunnen duiden.

Net zoals bij de professionele organisatie, zijn de huisartsen professionals die doorgaans onafhankelijk zijn en controle over hun eigen werk hebben. De structuur van de CHP bestaat, evenals

Figuur 4.1; Professionele organisatiestructuur (Mintzberg, 1983)



een professionele organisatie, uit een leidinggevend, opdrachtgevend orgaan; de algemeen directeur. De huisartsen hebben hem aangesteld en daarbij is een lijnmanagement opgezet; bestuur, secretariaat, afdeling P&O etc. (zie organogram CHP in bijlage I). De overige medewerkers, de locatiemanagers en doktersassistentes, richten zich op het mogelijk maken voor de uitvoerende kern, de huisartsen, om hun primaire proces te verrichten.

Het project Spoedposten is een verandering van behoorlijke proportie (geweest); het is gelijktijdig gerealiseerd op drie verschillende ziekenhuislocaties. Mintzberg veronderstelt dat een verandering in een professionele organisatie veel tijd vergt en met deze theorie is het interessant om naar de betekenisgeving van de respondenten (waaronder professionals) aan het project Spoedposten ZOB te kijken.

4.2 Veranderen in de zorg

Tallose definities van organisaties worden in de literatuur gebruikt. Vaak worden organisaties beschreven als dynamische systemen die voortdurend in wisselwerking staan met de omgeving waarin ze verkeren. De laatste decennia hebben organisaties te maken gehad met ontwikkelingen op technologisch, economisch en ook op sociaal gebied. Ook in de gezondheidszorg zijn deze ontwikkelingen herkenbaar. Om adequaat te kunnen inspelen op deze veranderingen hebben vele organisaties reorganisaties en veranderingen doorgevoerd (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996).

Het begrip 'organisaties' kent vele definities, maar dat geldt ook voor 'veranderen'. Boonstra et al. definiëren een veranderingsstrategie als 'een algemene verzameling theoretische overwegingen en beleidspunten die een leidraad vormt in het proces van planning, selectie en implementatie van specifieke stappen en interventies, die noodzakelijk zijn om veranderingen en nieuwe organisatiepatronen tot stand te brengen'(1996:78).

Eén van de bekendste formuleringen met betrekking tot veranderstrategieën zijn, volgens Boonstra et al., die van Bennis, Benne en Chin (1979). Zij onderscheiden 3 hoofdstrategieën:

De macht-dwang strategie is een strategie die er vanuit gaat dat mensen van nature gericht zijn op eigenbelang. Men veronderstelt dat macht nodig is om het gewenste resultaat te bereiken. Een verandering wordt vanuit een machtspositie doorgedrukt en zowel positieve als negatieve sancties staan centraal. De tweede strategie is de rationeel-empirische strategie. Bij deze strategie worden medewerkers gezien als rationeel denkende wezens die zich laten leiden door rationele inzichten en overwegingen. Een verandering wordt ingezet als de medewerkers overtuigd zijn van nut en noodzaak van de op stapel liggende verandering. Empirische gegevens en theoretische modellen en begrippen staan centraal binnen deze strategie. Tot slot beschrijven Bennis et al. de normatief-reëducatieve strategie. Bij deze strategie gaat men er ook vanuit dat mensen rationele wezens zijn, maar ook dat ze daarnaast van nature actief op zoek zijn naar bevrediging van hun behoeften en dat ze bereid zijn om te leren. Gedrag van mensen is volgens deze strategie nauw verbonden met waarden en normen. Mensen worden via leerbenaderingen en zelfgegenereerde verbeteringsvoorstellen aangezet tot verandering.

Er zijn vele manieren om een project te faseren. Schrijvers (1994) heeft een fasering beschreven die hij toepast op de gezondheidszorgsector.

Schrijvers (1994:160) beschrijft in zijn boek 'Kathedraal van zorg' verschillende fases waaruit een zorgvernieuwing bestaat. Een vernieuwing start vaak onder een kleine kring van gelijkgestemden die zich bewust wordt van de noodzaak tot vernieuwing. Deze fase noemt Schrijvers de initiatiefase. In deze fase wordt de huidige situatie als ongewenst ervaren. Hierna treedt een fase van adoptie aan; de selecte groep verricht inspanningen om andere actoren en doelgroepen voor het vernieuwingsidee te winnen. Wanneer dit succesvol is verlopen, kan gestart worden met de doelbepaling van de vernieuwing en de instrumentontwikkeling. Schrijvers verstaat hieronder het uitwerken van doelstellingen binnen een team van betrokkenen. Een groepsactiviteit als deze kan de basis zijn voor een grote motivatie ten aanzien van de vernieuwing. De experimentele fase die hier op volgt houdt in dat op kleine schaal de zorgvernieuwing wordt uitgeprobeerd; er wordt ervaring opgedaan en geleerd van het experiment, zodat in de laatste fase, de realisatiefase, grote fouten en vergissingen voorkomen kunnen worden. In de realisatiefase wordt de zorgvernieuwing daadwerkelijk geïmplementeerd en geïntegreerd in de dagelijkse praktijk van zorgverleners.

Naast deze vijf fases van zorgvernieuwing, beschrijft Schrijvers ook een aantal voorwaarden voor het slagen van een innovatie. Enkele van deze voorwaarden zijn:

- Alle participerende zorgverleners en instellingen winnen bij de innovatie: Er moet een win-win situatie ontstaan;
- Alle zorgverleners hebben respect voor en vertrouwen in elkaars discipline en activiteiten;
- Zorgverleners en managers moeten bereid zijn delen van de autonomie in te leveren;
- Begeleiding in de vorm van een projectleider is een vereiste;
- Het management heeft voldoende kennis, vaardigheden en tijd om project aan te sturen (2009:166).

De Spoedpost zou als zorgvernieuwing bestempeld kunnen worden. De eerste Spoedpost werd al geopend in 2004, in het Kennemer Gasthuis, te Haarlem (Elsevier, 2004). Het gelijktijdig opzetten van drie vrijwel identieke Spoedposten, met een gezamenlijk achterliggend zorggebied van ruim een half miljoen personen, is mijns inziens minstens zo vooruitstrevend te noemen en daarom interessant om te verbinden aan de fases die Schrijvers benoemt.

4.2.1 Ontwerpen en ontwikkelen

Bij het sturen van veranderingen gaat het om de vraag hoe een veranderingsproces wordt ingericht; de veranderingsaanpak, de fasering van het veranderingsproces, de rollen van adviseurs en de veranderingsstrategie en invloedstactieken moeten worden vastgelegd (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). Er zijn diverse veranderingsbenaderingen, zoals de procesbenadering of de taakstructurele benadering, maar dit onderzoek richt zich op een andere, namelijk de ontwerp- en ontwikkelbenadering, omdat deze mijns inziens mooi aansluit bij het project Spoedposten.

Ontwerpen

Volgens de ontwerpstrategie worden organisaties als systemen beschouwd. In deze organisaties hebben ad hoc-probleemoplossingen en aanpassingen geleid tot een aaneenschakeling van tekortkomingen, zodat er behoefte is ontstaan aan het plegen van organisatorische aanpassingen

(Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). Het probleem dat zich afspeelt binnen de organisatie wordt bekend verondersteld en de interventie in de vorm van een veranderingsaanpak is oplossingsgericht. Doorgaans wordt een nieuw organisatieontwerp ingevoerd, ook wel de door Boonstra (1996) genoemde 'blauwdruk'. Bij ontwerpen worden abstracte doelen gesteld. De verandering die doorgevoerd wordt is een eenmalig, lineair proces met een duidelijk doel. Zodra de verandering is doorgevoerd en er sprake is van een stabiele eindsituatie, wordt het veranderingsproces afgesloten.

Binnen deze benadering bestaat vooral veel aandacht voor de formele organisatie en niet voor de informele contacten en relaties van een organisatie (Boonstra, 1992). De top van de organisatie is grotendeels verantwoordelijk voor de initiëring en coördinering van de controle over de door te voeren verandering. Het besluitvormingsproces is in hoge mate gestructureerd en geformaliseerd; er is weinig ruimte voor afwijkende meningen of ideeën. Deze worden vaak, op basis van de door het management verworven expertkennis, ter zijde geschoven.

Ook is sprake van een duidelijke scheiding tussen het ontwerpen van een nieuwe organisatie en de daadwerkelijke implementatie daarvan. Een van de laatste, ingeplande, fases, is die van de borging. Vooraf is al vastgelegd dat deze fase plaats moet vinden en dat belangrijke processen en dossiers geborgd worden. Pas achteraf wordt de nieuwe organisatie aanvaardbaar gemaakt en tijdens de implementatie wordt zo veel mogelijk gezocht naar oplossingen om de weerstand vanuit de organisatie tegen te gaan. Kortom, participatie van organisatieleden tijdens het ontwerpen of tijdens de implementatie van de verandering wordt als problematisch ervaren (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996).

De ontwerpstrategie staat ook wel bekend als revolutiebenadering, de evenwichtsbenadering of de lineaire benadering.

Ontwikkelen

De ontwikkelstrategie ziet organisaties niet als bron van tekortkomingen, maar als resultaat van kennis, inzicht en ervaring. Deze componenten kennis, inzicht en ervaring, die een organisatie altijd in zich heeft, vormen belangrijke bronnen bij het doorvoeren van veranderingen. De ontwikkelstrategie gaat probleemgericht te werk en wil verbeteren vanuit de bestaande condities. Volgens Boonstra (1996) draagt de ontwikkelstrategie, na invoering van een verandering ook bij aan de vergroting van het veranderingsvermogen van een organisatie.

Het besluitvormingsproces is gericht op het bereiken van gemeenschappelijke doelen door middel van overleg en onderhandeling. De verandering is geleidelijk, gefaseerd en er is ruimte voor inspraak van organisatieleden doordat er wordt uitgegaan van de bestaande situatie en van de bij hen aanwezige expertise, zodat gaandeweg doelen worden vastgesteld en overleg gedurende het proces mogelijk is. Ook de verankering (of borging) van de gewenste veranderingen worden geleidelijk doorgevoerd en in de nieuwe afspraken en nieuwe samenwerkingspatronen meegenomen waarbij de formele vastlegging hiervan in concrete werkafspraken soms achterblijft.

In het veranderingsproces is sprake van een globale planning met een grote mate van flexibiliteit en mogelijkheden voor tussentijdse bijsturing (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). Van tevoren is er dus geen volledig uitgewerkt model van de nieuwe organisatie. De probleemanalyse, doelbepaling en de verandering zelf gaan vloeiend in elkaar over en kennen een iteratief verloop (Boonstra,

Steensma & Demenint, 1996). Dit houdt in dat het proces zich net zo lang herhaalt tot het gewenste resultaat behaald is. Borging, dat bij ontwerpen vooraf als fase ingepland is, vindt bij de ontwikkelstrategie gedurende de gehele implementatie plaats: de medewerkers leren al doende om te gaan met de nieuwe processen en organisatie en verankeren dit in hun dagelijks werk.

De ontwikkelstrategie staat ook wel bekend als evolutiebenadering, incrementele benadering of iteratieve benadering.

Synthese

De ontwerp- en de ontwikkelstrategie zijn twee absoluut verschillende benaderingsconcepten van organisatieverandering als gekeken wordt naar het totaal van de kenmerken van de benaderingen. De ontwerpstrategie komt voort uit de organisatiekunde; deze beschrijft en analyseert hoe organisaties in elkaar steken en hoe ze ontworpen moeten worden (Boonstra, 1996). De ontwikkelstrategie komt voort uit veranderkunde, dat volgens Boonstra (1996) omschreven kan worden als de toepassing van sociaal-wetenschappelijke kennis en vaardigheden met het doel verandering te bewerkstelligen in socio-technische systemen. Waar de ontwerpstrategie meer reageert op de statische aspecten van een organisatie, wordt bij de ontwikkelstrategie meer ingegaan op de dynamische aspecten binnen een organisatie.

De ontwerpstrategie heeft een klassieke wijze van organiseren; er is sprake van lineaire sturing door het topmanagement en een controlerend regime, waardoor het moeilijker wordt om te werken aan het organisch leervermogen. Doordat bij de ontwikkelstrategie organisatieleden betrokken worden bij de door te voeren verandering, wordt het veranderingsvermogen van de organisatie vergroot.

De nadelen van de ontwerpstrategie zijn het beperkte stuurvermogen van het management op het slagen van de implementatie, weinig aandacht voor culturele en structurele belemmeringen en voor het ontstaan van weerstanden tegen de verandering bij organisatieleden (Boonstra, Steensma & Demenint, 1996). Daarentegen, lijkt het bij de toepassing van de ontwikkelstrategie vaak moeilijk te zijn om de traditioneel vormgegeven organisatie los te laten. Veranderingen blijken achteraf soms minder fundamenteel en de beginfasen nemen over het algemeen genomen veel tijd in beslag.

De volgende aannames kunnen naar aanleiding van voorgaande gemaakt worden. De ontwerpstrategie vereist *voorspelbaarheid*, of gaat er in ieder geval vanuit dat men beschikt over kennis van de toekomst. De ontwikkelstrategie werkt vanuit een perspectief van *dynamiek*; er is geen kennis over de toekomst. Er zijn wel doelen, maar men weet nog niet hoe men hier gaat komen, dit zal gaandeweg gaan blijken.

Met betrekking tot het borgingsproces bij beide veranderstrategieën kan de volgende kanttekening gemaakt worden. Bij ontwerpen wordt borging ingepland, in dossiers worden belangrijke beslispunten vastgelegd en hetzelfde geldt voor taakverdeling en dergelijke. Omdat bij ontwerpen de sturing sterk vanuit het management komt, is het risico dat de borging alleen in de structuur plaatsvindt, en te weinig in de cultuur, de mensen. Bij het ontwikkelen daarentegen, wordt gedurende het hele proces geborgd. Al doende maakt men de nieuwe procedures eigen. Het gevaar bij deze manier van borgen is te weinig aandacht voor de structurele kant: De professional weet zelf hoe het moet, maar hoe weet je dat een ander weet hoe het moet en of dat hij het goed doet? Bij

veranderen is het in ieder geval van belang dat men zich bewust is dat bij ontwerpen of ontwikkelen ook passende vervolgacties horen, zodat de verandering goed verankerd wordt.

Onderstaande figuur biedt een overzicht van de kenmerken van zowel de ontwerp- als de ontwikkelstrategie.

Figuur 4.1; Kenmerken ontwerpen en ontwikkelen (Vrij naar: Boonstra, 1996)

Ontwerpen	Ontwikkelen
Organisatie als bron van tekortkomingen	Organisatie als bron van ervaring
Nieuw organisatieontwerp met blauwdruk	Vanuit bestaande organisatie verbeteren
Top-down	Gebruik van kennis en inzicht personeel
Oplossingsgericht	Probleemgericht
Stabiele eindsituatie	Vergroting veranderingsvermogen
Enmalig lineair proces	Voortdurend iteratief proces
Strakke normen en planning	Aandacht voor veranderingscapaciteit
Abstracte modellen → concrete werkwijzen	Concrete werkwijzen → abstracte modellen
Nadruk op expertkennis (theorie)	Gebruik van materiekennis (praktijk)
Scheiding ontwerp en invoering	Vloeiende overgang tussen fasen
Expliciete borging	Impliciete borging

Ontwerpen en ontwikkelen is zijn veranderstrategieën die goed naast de fases van Schrijvers gelegd kunnen worden. Elke fase kan toegepast worden aan de hand van een eigen veranderstrategie. Het toepassen van ontwerpen, dan wel ontwikkelen heeft bij elke fase zijn voor- en nadelen en consequenties.

4.3 Borging

Onder borgen, of verankeren kun je 'de figuurlijk geestelijke vastheid' verstaan of 'zekerheid geven'(encyclo.nl). In de organisatietheorie wordt de kwaliteit van de organisatie afgelezen uit de geborgde gegevens binnen de organisatie. Als je als organisatie een project start, dan wil je dat, naast dat dit project zo soepel mogelijk geïmplementeerd wordt, ook dat het project *blijft bestaan*. De nieuwe manier van werken moet bekliven en geaccepteerd blijven onder alle medewerkers. Zoals al eerder beschreven in de paragraaf 'ontwerpen en ontwikkelen' zal de ontwerpstrategie een afrondende fase 'borging' kennen, waar de ontwikkelstrategie borging meer als een voortdurend proces ziet dat tijdens het project meegroeit met de verandering. Pater, Roest, Dubbeldam en Verweijen (2003) beschrijven borging ook als een proces dat niet alleen aan het eind plaatsvindt, maar eigenlijk al gedurende het hele project: bij de start, de implementatiefase en aan het eind; zij spreken om deze reden ook over 'verankeren'. Bij de ontwerpstrategie is overwegend sprake van

expliciete borging, oftewel borging in de structuur: Beslisdocumenten en andere documenten waarin afspraken staan zorgen voor de borging van het project. De momenten waarop deze borging plaatsvindt, is van tevoren vastgelegd. 'Is de fase afgerond? Ok, dan gaan we nu borgen.' Bij de ontwikkelstrategie komt borging meer impliciet aan de orde: De werkvloer maakt de nieuwe verandering eigen gedurende het proces en, na de realisatie, in het dagelijks functioneren. De aandacht voor de borging in de cultuur is hier groter dan de aandacht voor borging in de structuur van de organisatie.

4.3.1 Betrokken actoren

Mensen maken en veranderen een organisatie. Borging, of verankering, staat of valt met de mensen die deel uit maken van deze organisatie (Pater et al., 2003). Pater maakt in zijn boek 'Implementeren' onderscheid tussen verschillende groepen die betrokken zijn bij een project. Allereerst bespreekt hij de projectgroep versus de lijnorganisatie (respectievelijk de managers). *Willen of moeten* ze deze verandering doorvoeren en ervaren ze hiervoor aanwijsbare verantwoordelijkheid? Uit onderzoek blijkt dat ze vaak naar elkaar verwijzen. Daarnaast noemt Pater de functioneel betrokkenen, in het geval van de spoedpost zijn dit de professionals. Zónder de steun van de professionals kan een verandering als deze nooit slagen. Een goede verankering door vroegtijdige betrokkenheid is juist voor de professionals onmisbaar (Pater, 2003). Pater beschrijft daarnaast dat het soms goed is om de doelgroep management te onderscheiden van de medewerkers. Bij wie moet welk draagvlak aanwezig zijn?

Naast bovenstaand onderscheid, schetsten Pater et al. ook nog een andere onderverdeling. Bij een verandering is altijd sprake van een groep supporters; mensen die bij voorbaat positief staan tegenover de onderhavige verandering. In deze groep zit veel kracht en energie. Tegenover deze groep supporters staan de opposanten, de tegenstanders, die niet willen veranderen. Wanneer de gesignaleerde weerstand niet boven tafel komt, is isoleren het belangrijkste, zodat deze groep geen negatieve invloed op anderen kunnen hebben. Pater et al. benadrukt dat weerstand niet verkeerd is, het kan immers bijdragen aan een betere oplossing. De sceptici worden beschreven als de lastigste doelgroep, omdat het onduidelijk is hoe deze groep zich zal ontwikkelen: ze houden niet van veranderen, maar hebben zich ook niet tegen het aanstaande project gekeerd. Deze groep moet veel aandacht en betrokkenheid krijgen. Tot slot omschrijft Pater et al. de weifelaars. Deze groep moet nog zicht krijgen op de positieve gevolgen die de verandering voor hun kan hebben, eenmaal overtuigd, kunnen zij zich ontwikkelen tot supporters.

Beide uitsplitsingen van betrokken actoren zijn interessant om tegen het licht te houden van het project Spoedposten. Zijn deze typering herkenbaar? En hoe is hier mee omgegaan tijdens het proces?

4.3.2 Invoering project

Als het proces van implementatie goed verlopen is, is invoering van het daadwerkelijke project een logisch gevolg. Toch is het goed, volgens Pater et al., om het moment van invoering bewust te kiezen. Bij het moment van invoering hoort een overdrachtdossier, dat gaandeweg het project is

opgebouwd. In dit dossier bevinden zich alle relevante documenten. Dit dossier verzorgt tevens achtergronden en onderbouwingen van belangrijke beslissingen die zijn genomen.

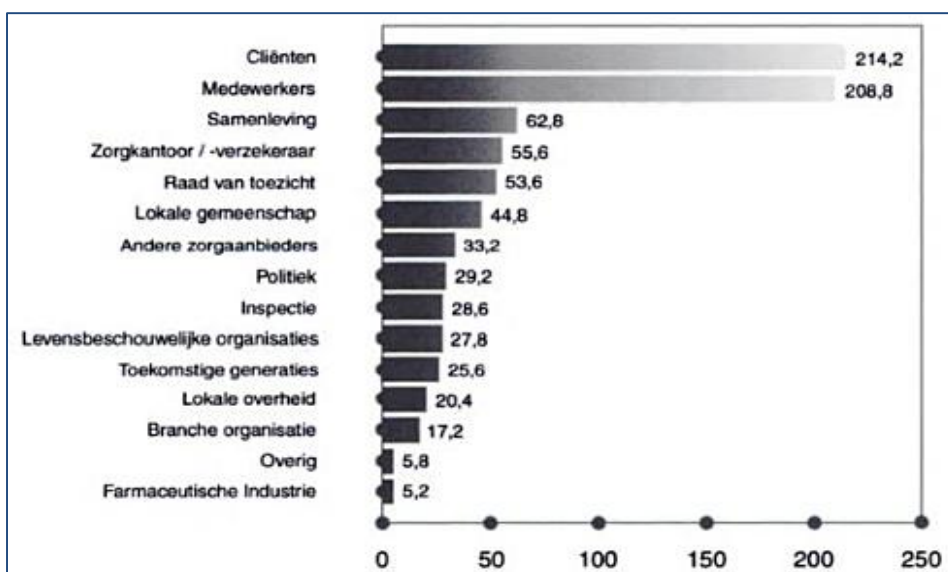
Na de implementatie van een project is het nog niet 'klaar'; het leren en verbeteren gaat immers gewoon door. Pater et al. raden aan om de scheidslijn tussen project en proces zo min mogelijk te benadrukken en om een mentaliteit te ontwikkelen die op blijvend leren is gericht. Verbeternetwerken kunnen bijdragen aan het verfijnen van het geïmplementeerde project.

Oud en nieuw wordt volgens Pater et al. nog te vaak als een soort tweedeling gepresenteerd in veranderingstrajecten. Hetzelfde geldt voor goed en slecht. Maar een verandering kan juist gezien worden als weer een nieuw begin, waaraan weer verbeterd kan worden. Veranderen, borgen en verbeteren liggen in elkaars verlengde.

4.4 Het krachtenveld in de zorg

Macht, machtsrelaties en afhankelijkheid spelen ook in de zorg een rol. Elke zorginstelling heeft te maken met (externe en interne) stakeholders, oftewel belanghebbenden. Als zorgorganisatie dien je hier rekening mee te houden, al dan niet op te anticiperen. Wanneer zorgorganisaties zich bewust zijn van het totale krachtenveld, kunnen zij ook beter bepalen hoe zij invullingen kunnen geven aan hun ondernemerschap, bijvoorbeeld het starten van een nieuw project.

Figuur 4.3; Externe stakeholders van zorginstellingen naar belangrijkheid (Plank, 2002)



Niet alleen stakeholders, maar ook nieuwe wet- en regelgeving zorgen voor nieuwe uitdagingen voor zorgaanbieders; denk aan de stelselwijziging van 2006 in de zorg. Daarnaast doet de overheid de laatste jaren ook nog eens een beroep op ketenzorg en -samenwerking tussen verschillende zorgpartners.

Voor het opzetten van een project als die van de Spoedposten, is samenwerking -in welke vorm dan ook- een vereiste. Samenwerking vindt plaats op regionaal niveau: Drie concurrerende ziekenhuizen en één huisartsenpost gaan met elkaar samenwerken. Maar samenwerking zal ook op werkvloer-

niveau plaats gaan vinden: Medewerkers van de CHP en van de ziekenhuispersoneel zullen op locatie met elkaar samenwerken. Op beide niveaus zal dit proces ongetwijfeld beïnvloedt worden in hun positie door externe omstandigheden en partijen. In dit onderzoek wil ik me richten op de wederzijdse macht en afhankelijkheid van zowel deze ziekenhuizen onderling als wellicht ook de huisartsenpost.

4.4.1 Macht en afhankelijkheid

Mastenbroek beschouwt in zijn betoog over macht en afhankelijkheid organisaties als netwerken van groepen en individuen en als een voortdurend veranderend netwerk van eenheden (1991:71). In Mastenbroek (1991) definieert Mulder (1977:15) macht als: 'Het in bepaalde mate bepalen van het gedrag van anderen of richting geven aan het gedrag van anderen'. Volgens Mastenbroek is de kern van deze definitie dat het bij machtsuitoefening gaat om het bepalen van het gedrag van de een door de ander; macht is een relationeel gegeven (1991:47).

Macht is doorgaans voor velen allerm minst een vaag verschijnsel. Men weet vaak heel goed met betrekking tot de omliggende partijen en hun posities, van wie ze meer of minder afhankelijk zijn en wat voor hen zelf haalbaar is in de gedragsbepaling van die omliggende posities (Mastenbroek, 1991:122).

Partijen zijn constant bezig met positieverbetering en -versterking, het strategische spel en een zich herhalend gedrag omtrent machtsverhoudingen geven verhoudingen in organisaties een dynamisch karakter (1991:48). Onzekerheid, vervangbaarheid en centraliteit zijn drie factoren die de mate bepalen waarin organisatorische eenheden onderling afhankelijk zijn. Onzekerheid duidt in dit geval op gebrek aan informatie over de toekomst. Vervangbaarheid gaat over de mate waarin alternatieven voor de activiteiten van een bepaald organisatieonderdeel te verkrijgen zijn; hoe kleiner de vervangbaarheid, hoe groter het machtsoverwicht voor het desbetreffende organisatieonderdeel (1991:48). Tot slot wordt met de factor centraliteit de mate van interdependentie, de verwevenheid met andere onderdelen, bedoeld. Hoe centraler de positie, hoe groter het machtsoverwicht.

Mastenbroek ziet in elk type relatie gelijktijdig zowel coöperatieve als competitieve aspecten. Deze aspecten zijn volgens hem zowel in de structuur als in de cultuur van de organisatie verankerd (1991:50). Mastenbroek zet vervolgens 4 spanningsbalansen uiteen, waarvan ik er 2 bespreek.

Onderdelen van een organisatie hebben eigen belangen. Deze belangen zijn gericht op het verstevigen of handhaven van de strategische positie ten opzichte van de andere onderdelen. Doorgaans wordt gestreefd naar meer autoriteit en verantwoordelijkheid. Andere kant van de medaille, is dat een organisatieonderdeel afhankelijk is van het grotere geheel; de rest van de organisatie. Zonder de rest van de organisatie zou dit organisatieonderdeel functioneren in het luchtledige.



Organisatieonderdelen ontwikkelen een eigen identiteit. Deze identiteit kan soms op gespannen voet staan met de organisatie-identiteit. Desondanks, beschrijft Mastenbroek, slagen sommige organisaties erin een zeer sterk 'wij-gevoel' te ontwikkelen (1991:52). De eigen identiteit kan echter

ook in het geding komen, wanneer de identiteit van het grotere geheel dominant is. Enerzijds is er behoefte aan een eigen identiteit, maar anderzijds ook aan sterke emotionele steun die het deel uitmaken van een hechte groep kan geven (Mastenbroek, 1991:52).



De energie die in machtspelele gebruikt wordt, kan ook heel goed aangewend worden ten gunste van de organisatie. Voor sommige organisaties is het mogelijk om op deze manier voor een grotere effectiviteit van de organisatie te zorgen.

4.4.2 Machtsrelaties

Bij het project Spoedposten zijn één huisartsenpost en drie ziekenhuizen betrokken. Hoewel deze organisaties genoeg verschillen, ga ik bij deze vier organisaties uit van vier gelijke machtsposities en relaties omdat ieder zijn eigen werkomgeving/veld heeft en dat niet zomaar aan de ander zal afstaan en de partijen elkaar weliswaar op basis van eigen belangen maar toch als gelijkwaardige partners gevonden hebben. Om deze reden bespreek ik de machtsrelatie 'gelijk versus gelijk' van Mastenbroek (1991:124).

Wanneer partijen ongeveer even machtig zijn, bestaat er een impuls naar geleidelijk verscherpende competitie. Hoe sterker de wederzijdse afhankelijkheid, hoe meer partijen neigen naar onderhandelen of samenwerken. Pondy (1967) in Mastenbroek: "Al doet men in dit soort situaties meestal erg zijn best het onderhandelen in te kleden en te verkopen als een rationeel besluitvormingsproces, men legitimeert zijn claims door te verwijzen naar het algemene belang van de organisatie." In de literatuur beschrijven Walton, Dutton en Cafferty (1969) dat dit type 'gelijk versus gelijk'- netwerk met een centraal probleem kampt (1991:125): de angst of te weinig vertrouwen naar elkaar kan tot een zekere onderlinge concurrentie en tot geleidelijk scherpere vormen van competitief gedrag leiden. Een dergelijk probleem kan heel onschuldig beginnen met discussies over posities, taken en bevoegdheden, maar uitlopen op 'win-lose struggles' waarbij een partij geëlimineerd wordt. Mastenbroek beschrijft een vijftal problemen die deze tendens kunnen in- of voortzetten.

Ook in de ontwikkelbenadering kan deze angst het proces belemmeren. Wanneer niet iedereen zich vrij voelt om echt mee te mogen denken en te praten, komen de beste analyses en oplossingen niet boven tafel en worden keuzes gemaakt op basis van onvoldoende inbreng.

Bij ontwerpen speelt zo'n zelfde fenomeen maar dan op het vlak van denken voor anderen. De bepalende groep gaat beslissen wat goed is, maar is dat dan goed voor hen of ook voor het geheel? Wil de hele groep hier straks mee werken of wordt het in de werksituatie voor de uitvoerders slikken of stikken?

Problemen bij 'gelijke versus gelijke' partijen

Het eerste probleem dat Mastenbroek beschrijft is het komen tot een precieze taakafbakening, en daarmee samenhangend een taakafstemming. Partijen kunnen moeilijk doen over het afstoten dan

wel opeisen van verantwoordelijkheden. Daarnaast kunnen partijen verschillende doelstellingen en/of belangen ontwikkelen. Dat levert divergentie van de organisaties in het verdere verloop op. Ook ruimte, mankracht, budgetten en dergelijke kunnen problemen opleveren voor de onderlinge machtsrelatie tussen partijen. Deze afhankelijkheid van gemeenschappelijke hulpbronnen zorgt vaak voor een blijvende of versterkende hang naar gebruik van 'eigen' diensten van organisaties. Communicatie kan ook zorgen voor onrust en problemen. Fysieke scheiding of geografische afstand, maar ook mentale scheiding kan problemen opleveren. Tot slot noemt Mastenbroek de verschillen in prestige van de bijdrage door partijen. Sommige inzet of bijdragen zijn meer zichtbaar dan andere. Dit kan scheve ogen geven. Afhankelijk van de mate van wederzijdse afhankelijkheid manifesteren problemen zich anders.

5 Resultaten

In dit resultatenhoofdstuk worden de bevindingen weergegeven die zijn voortgevloeid uit de analyse van de interviews die zijn afgenomen bij 16 respondenten. De interviews waren gericht op het aan het licht brengen van de betekenis die deze respondenten geven aan het project Spoedposten. De resultaten die hieronder beschreven staan, geven derhalve de beleving weer zoals de geïnterviewden het project Spoedposten ervaren hebben.

De resultaten zijn gestructureerd naar chronologie en locatie. Een project, en ook het project Spoedposten, kent een fase van initiatie en doelbepaling (start omstreeks 2004), een periode van voorbereiding voor het daadwerkelijke invoeren van het project (2006 en verder) en de daadwerkelijke in- en uitvoering (eind 2008, begin 2009). Het project Spoedposten heeft al deze fasen doorlopen en is uiteindelijk op 3 verschillende locaties gerealiseerd, respectievelijk in het Catharina-ziekenhuis (december 2008), het Elkerliek ziekenhuis (februari 2009) en het St. Anna Ziekenhuis (april 2009).

De 16 respondenten zijn allemaal actoren die in meer of mindere mate betrokken zijn geweest bij het project Spoedposten. Het is mogelijk om een onderscheid te maken in deze 16 respondenten. Omwille van een toegevoegde waarde aan mijn resultaten, maak ik onderscheid tussen bestuurlijke, leidinggevende, en uitvoerende respondenten, te weten; respondenten die in hun werk direct met patiënten te maken hebben. Onder bestuurlijke respondenten versta ik achtereenvolgens de projectleider, de managers bedrijfsvoering van de ziekenhuizen en de directeur van de CHP. Onder leidinggevende respondenten schaar ik de SEH hoofden en de operationeel manager van de CHP. Onder de uitvoerende respondenten versta ik de SEH-arts, de triageverpleegkundigen en de huisartsen. De respondent die ik als oud-bestuurslid heb geïnterviewd, is tevens huisarts. Ik zal, afhankelijk vanuit welke rol hij spreekt, naar hem zowel verwijzen als bestuurlijk, als uitvoerend. Daar waar het nog een extra dimensie aan de resultaten kan geven en van belang kan zijn, heb ik ervoor gekozen om ook nog de functie, of de organisatie en herkomst van de respondent te noemen, te weten CHP of ziekenhuis.

5.1 Het prille begin

Voordat de Spoedposten in de regio Zuidoost Brabant daadwerkelijk tot stand zijn gekomen, is daar een lange periode aan vooraf gegaan waarin het nodige voorbereidende werk is verricht (zie ook de casusbeschrijving vanaf paragraaf 2.3 en verder).

De CHP had een bestuurswissel achter de rug (2002) en het nieuwe bestuur zag aanleiding (zie 5.2) om de organisatie van de acute zorg te verbeteren. Ook de Raad van Bestuur en de Medische staf van het Catharina-ziekenhuis zag daar mogelijkheden voor; begin 2003 had zij namelijk al stichting HaCa opgericht, een platform voor samenwerking tussen huisartsen en het Catharina-ziekenhuis. Daarnaast was in het vijf jaren beleidsplan van het Catharina de relatie met de huisarts prioriteit nummer 1.

Het was opvallend dat veel respondenten niet met zekerheid konden vertellen wie het project Spoedposten geïnitieerd zou hebben. Zowel de zorgverzekeraar, als 'van hoger hand', als het Catharina-ziekenhuis werden meerdere malen, zij het twijfelend, genoemd.

De CHP zou als eerste verschillende ziekenhuizen bezocht hebben om hun visie te delen en die van de ziekenhuizen te polsen. De CHP heeft het Catharina-ziekenhuis in Eindhoven, het Elkerliek ziekenhuis in Helmond, het St. Anna Ziekenhuis in Geldrop en het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven bezocht. Een bestuurlijke respondent vertelde: “Dus toen hebben we een bijeenkomst belegd met alle ziekenhuisbestuurders, van de vier ziekenhuizen waar we op dat moment mee te maken hadden. Toen hebben we gezegd: “Dit is wat wij willen, wie wil dat ook?””

In een iets later stadium heeft het Catharina-ziekenhuis op bestuurlijk niveau duidelijke initiatieven genomen aangaande het project Spoedposten: “Wie wil met wie, waar zitten de vriendjes, in die context heeft het Catharina heel veel gas gegeven. Wij willen die Spoedpost wel en wij zijn ook bereid om daarin te faciliteren...”

De CHP en het Catharina-ziekenhuis worden in de interviews meerdere malen genoemd als belangrijke trekkers van het project.

5.2 Wie doet er mee en wie niet?

In de periode dat de bovengenoemde partijen de visie voor het veranderen van de acute zorg verkenden, was het natuurlijk ook een periode waarin de partijen elkaar verkenden. In de interviews heb ik diverse malen gevraagd om de ‘karakters’ van de CHP en/of de ziekenhuizen te omschrijven.

Organisatiebeschrijving volgens de respondenten

Wat respondenten met betrekking tot de CHP vooral aangeven, is dat er ten tijde van het project Spoedpost een heel sterk bestuur zat dat van grote betekenis is geweest voor de CHP en het project Spoedposten. Het was een bestuur met visie en ambitie. De CHP heeft een forse verandering doorgemaakt; vóór dit bestuur was de CHP op sterven na dood, bijna failliet. De ‘oude’ CHP was een naar binnen gekeerde organisatie en wordt door een bestuurlijke respondent omschreven als autocratisch. “Het nieuwe bestuur heeft er enorm hard voor geknokt om dat recht te breien”. Eén van de huisarts-respondenten typeert de CHP van nu wel als een uitdijende organisatie: “Al die assistentes en chauffeurs, die kennen elkaar heel goed. En jij [huisarts] bent op een gegeven moment de passant hè, jij wordt iedere 8 uur vervangen.”

Het Catharina-ziekenhuis stond eigenlijk altijd bekend als zorgfabriek; een groot, kil, topklinisch en ambitieus ziekenhuis met high-tech omgeving en met arrogante medisch specialisten en “bijna professorale dokters”. Daarbij is het Catharina al jaren lang een opleidingskliniek en “hebben ze weet ik niet hoeveel arts-assistenten en coschapstudenten rondlopen die bij wijze van spreke bij elke patiënt een pleister willen plakken”. Een lange tijd heeft deze beeldvorming overheerst. Maar sinds dat het Catharina de relatie met de huisarts meer voorop ging stellen en ook stichting HaCA is opgericht, is daar volgens enkele respondenten wel verandering in gekomen. Een bestuurlijke respondent vertelt: “Het was zeker zo dat de bestuurders van het ziekenhuis heel erg huisarts-minded waren en ook heel graag die post wilden hebben, om ook die samenwerking met die huisarts meer inhoud te geven.” En een huisarts-respondent beaamt: “Ik was geen voorstander van het Catharina, maar, zo langzamerhand, nu ik daar [Spoedpost] een tijd zit, heeft ‘t ook z’n voordelen.”

Naast het Catharina, zit ook het Máxima Medisch Centrum gevestigd in Eindhoven, door de respondenten vaak nog ‘Diac’ genoemd (van Diaconessenhuis). Deze ziekenhuizen beconcurreren elkaar, ook op het gebied van acute zorg. “Diac staat voor betrokken specialisten, gericht op de

eerstelijns gezondheidszorg, waar makkelijk mee te overleggen is”, aldus een huisarts-respondent. En een bestuurlijke respondent beaamt: “Lange tijd hebben huisartsen heel graag met het Máxima Medisch Centrum samengewerkt vanwege hun huisartsvriendelijkheid, patiëntvriendelijkheid, kleinschaligheid, pakte makkelijk de telefoon enzo.”

Het Elkerliek ziekenhuis in Helmond staat bekend als middelgroot, professioneel, vriendelijk ziekenhuis met een groot achterliggend zorggebied. Maar het Elkerliek wordt ook ervaren als een eigenwijs ziekenhuis: eigen hoteldienst, eigen schoonmaakdienst, eigen patiëntenregistratie en, met betrekking tot de SEH, een eigen triagesysteem (Boston).

Het St. Anna Ziekenhuis, gelegen in Geldrop, is een kleinschalig, patiëntvriendelijk ziekenhuis met korte lijnen: “Als een patiënt geopereerd wordt, dan ziet een patiënt ook achteraf de dokter nog, omdat wij geen opleidingsziekenhuis zijn..”. Het ziekenhuis heeft van oudsher een goede naam en ondanks dat het zich bevindt in een vergrijsd gebied (Geldrop e.o.), groeit het nog steeds.

Alle respondenten erkennen de verschillen tussen de drie ziekenhuislocaties. Diverse respondenten benoemen daarnaast, met betrekking tot het project Spoedposten expliciet verschillen tussen de CHP en de ziekenhuizen: “We kwamen als 2 tegenpolen elkaar tegen en soms moet je ook elkaar de ruimte geven om aan elkaar te wennen”.

Wie doet er mee met het project Spoedposten?

Met de karakters van de partijen in gedachten, gaan we door met de vraag welke partijen nu uiteindelijk wilden participeren in het project Spoedposten. Het Catharina-ziekenhuis wilde graag participeren, evenals het St. Anna Ziekenhuis. Het Máxima Medisch Centrum wilde eigenlijk niet en dat had te maken met een andere huisartsenpost waarvan veel huisartsen bij hen ANW-diensten (Avond-, Nacht- en Weekend-diensten) draaien: SHOKO (Samenwerkende Huisartsen de Kempen en Omstreken) (zie ook 2.2.1). De CHP (Centrale Huisartsenpost Zuidoost Brabant) heeft pogingen gedaan om samen te werken met deze HAP, maar SHOKO wilde niet. Máxima Medisch Centrum speelde de kaart van hun grootste achterban, SHOKO. Volgens één van de bestuurlijke respondenten zat Maxima in een zichtbaar lastig pakket: “Die zaten daar eigenlijk wel een beetje mee te worstelen, want die wilden eigenlijk bij SHOKO én bij ons ook de boot niet missen. Bovendien zagen ze het risico dat het mis zou gaan met post Eindhoven; dat Maxima patiënten zou gaan verliezen aan het Catharina, wanneer die wél een Spoedpost zouden inrichten”. Uiteindelijk heeft de CHP gevraagd wat het Maxima wilde “en toen gaven ze niet thuis”, aldus een bestuurlijke respondent. Overigens, bleek in februari 2008 dat het Máxima Medisch Centrum, gedurende de 2 daaropvolgende jaren, de SEH-afdeling zou gaan sluiten. Dat resulteerde volgens een leidinggevende respondent in het volgende: “Met als gevolg dat in april al geen ambulances meer reden en in september werd het al gesloten. Paste wel weer goed in het project”.

Het Elkerliek gaf in eerste instantie aan dat ze de Spoedpost een heel goed idee vonden, maar dat ze liever nog even wilden wachten. Het Elkerliek had immers al een huisartsenpost in het Elkerliek ziekenhuis gevestigd zitten, alleen was er nog geen sprake van formele samenwerking. Ongeveer een jaar nadat het Catharina-ziekenhuis en het St. Anna van start zijn gegaan, is het Elkerliek ziekenhuis alsnog aangesloten.

5.3 Aanleiding

Voor alle vier de partijen, de CHP, het Catharina, het St. Anna en het Elkerliek, bestond een gemeenschappelijke drijfveer en sense of urgency voor het opzetten van het project Spoedposten: Het streven naar efficiënte en acute zorg en inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen. Een Huisartsenpost (HAP) en een Spoedeisende hulp (SEH) op één locatie en het ombuigen van zelfverwijzers van de tweede- naar de eerstelijnszorg, vormde ook een grote drijfveer. Naast deze gedeelde aanleiding voor verandering, bleken de vier partijen ook andere, eigen redenen te hebben om te willen participeren in het project Spoedposten.

Aanleiding per partij

De CHP wilde door middel van het project Spoedposten ervoor zorgen dat de huisartsgeneeskundige zorg ook in de ANW-uren een regisserende/poortwachtersrol zou verwerven. Eén CHP-respondent beschreef: "Voor ons ontstond een soort bypass voor de gids- en verwijzfunctie van de huisarts via de SEH. En dat vonden we eigenlijk strategisch ongewenst voor de beroepsgroep huisarts". Daarnaast speelde proactiviteit ten aanzien van de maatschappelijke ontwikkelingen voor de CHP een rol. De opvatting was dat men beter zelf het initiatief kon nemen, zodat je tenminste nog iets te zeggen hebt over hoe het een en ander eruit komt te zien, want als je het opgelegd krijgt, is er veel minder ruimte voor eigen invulling.

Het Catharina-ziekenhuis had met name een politieke reden om te participeren. Zij wilde graag haar concurrentie voor zijn en haar positie versterken ten opzichte van het Máxima Medisch Centrum, dat ook in Eindhoven gevestigd is. Het Catharina hoopte dat door de relatie met de huisartsen aan te scherpen en een HAP op hun grondgebied te vestigen er meer patiëntverwijzingen naar het Catharina uit voort zou vloeien. Die ontwikkeling heeft vervolgens een vergroting van het adherentiegebied tot gevolg, en dat betekent impliciet meer inkomsten voor het ziekenhuis.

Het Elkerliek ziekenhuis is met name ingestapt in het project omdat het niet achter wilde blijven ten opzichte van de andere ziekenhuizen in Zuidoost Brabant. Daarnaast wilde ze haar klantenbestand bewaken en net als het Catharina-ziekenhuis haar adherentiegebied vergroten.

Het St. Anna Ziekenhuis had vooral belang bij het project Spoedpost, omdat zij door te participeren in dit project en tevens een alliantie aan te gaan met de andere genoemde ziekenhuizen hun bestaansrecht voor de SEH veilig wilde stellen. Een bestuurlijke respondent beschreef: "St. Anna dacht: Als wij dit project gaan omarmen en wij de productie van de huisarts meenemen en goed gaan samenwerken, is dat een statement en zullen ze [de zorgverzekeraars] minder snel met hun tentakels aan ons komen."

5.4 Niemand vergeten?

Afgezien van de vier grote partijen die deelgenomen hebben aan het opzetten van de Spoedposten, zijn er ongetwijfeld ook kleinere partijen die een aandeel hebben gehad in dit project. En wellicht zijn er, achteraf gezien, partijen waar best wat meer aandacht aan besteed had mogen worden, of die grofweg zijn vergeten. In de gesprekken met de respondenten heb ik deze vraag bij hen neergelegd.

Vrijwel alle respondenten noemen de CHP en 'de ziekenhuizen' als belangrijkste partijen in het project. Veel respondenten noemen specifiek het Catharina-ziekenhuis, de huisartsen, het CHP-

bestuur of de Raden van Bestuur en Medische Staven van de ziekenhuizen. Ook de zorgverzekeraar wordt regelmatig genoemd. Enkele respondenten noemen de patiënt(en organisaties) als participant, want de patiënt heeft een centrale positie in het project.

Andere, mogelijke, participanten volgens respondenten hadden kunnen zijn: Cliëntenraden, ondernemingsraden, de dienstapotheek en Ministerie van Volksgezondheid. Ook SEH-artsen, medisch specialisten, doktersassistentes, chauffeurs en managers van de CHP en ziekenhuizen werden genoemd.

Op de vraag of er wellicht partijen vergeten zijn of aan welke partijen meer aandacht besteed had moeten worden gedurende het project Spoedposten, antwoordde de helft van de respondenten dat dat volgens hen niet aan de orde is. De andere helft van de respondenten vond dat echter dat dit wel het geval is. Partijen die (meer) betrokken hadden moeten worden volgens hen waren: Patiënt(-enorganisaties), ambulancedienst, tandartsen, verloskundigen, psychiatrie, apotheek en de gemeente. Ten aanzien van de ambulancedienst zei een ziekenhuis gerelateerde respondent: "De ambulance rijdt voor de SEH en niet voor de HAP van de Spoedpost. Ja, dat vind ik jammer, een gemiste kans. Als er een rampenplan of wat dan ook is, dan moeten ze heel goed kunnen communiceren met de ziekenhuizen.." en aanvullend: "Ja, en die [ambulancedienst] zijn op een gegeven moment afgehaakt, vanwege dat ze andere communicatiemiddelen hebben, of dat ze zich niet meer betrokken voelen of..".

5.5 De Spoedpost en de doelstellingen

Wat verstaan de respondenten nu eigenlijk onder de Spoedpost? Ik heb de respondenten gevraagd naar hun associaties.

Onder de Spoedpost verstaan de respondenten een integratie of herinrichting van de acute of ongeplande zorg, (vooralsnog) buiten kantooruren. Een enkele respondent heeft het specifiek over vernieuwing of innovatie van de spoedzorg. Daarnaast benoemen enkele de respondenten expliciet de locatie waar zij dienst doen.

Het project heeft een aantal doelstellingen die de vier partijen graag gerealiseerd zouden willen zien (zie 2.3 casusbeschrijving). Niet alle respondenten waren op de hoogte van wat deze doelstellingen dan waren, maar velen noemden de doelstelling gerelateerd aan de patiënt; "Het doel is dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste tijdstip door de juiste professional met de bijbehorende competenties ontvangt. Dat is een gouden zin."

Daarnaast noemden respondenten vrijwel allemaal het ombuigen van de zelfverwijzers en de huisarts als poortwachter van de acute zorg als belangrijke doelstelling. Goedkopere/ efficiëntere zorg werd ook met enige regelmaat genoemd. Slechts enkele malen werd de samenwerking tussen de eerste- en tweede lijn genoemd als doelstelling, evenals de lagere werkdruk en betere honorering voor huisartsen.

5.6 De eerste stappen in het project

Na de periode van initiatie en doelbepaling van het project Spoedposten, breekt een fase aan waarin stap voor stap nagedacht wordt over de opzet en inrichting van de Spoedposten en wat daarmee

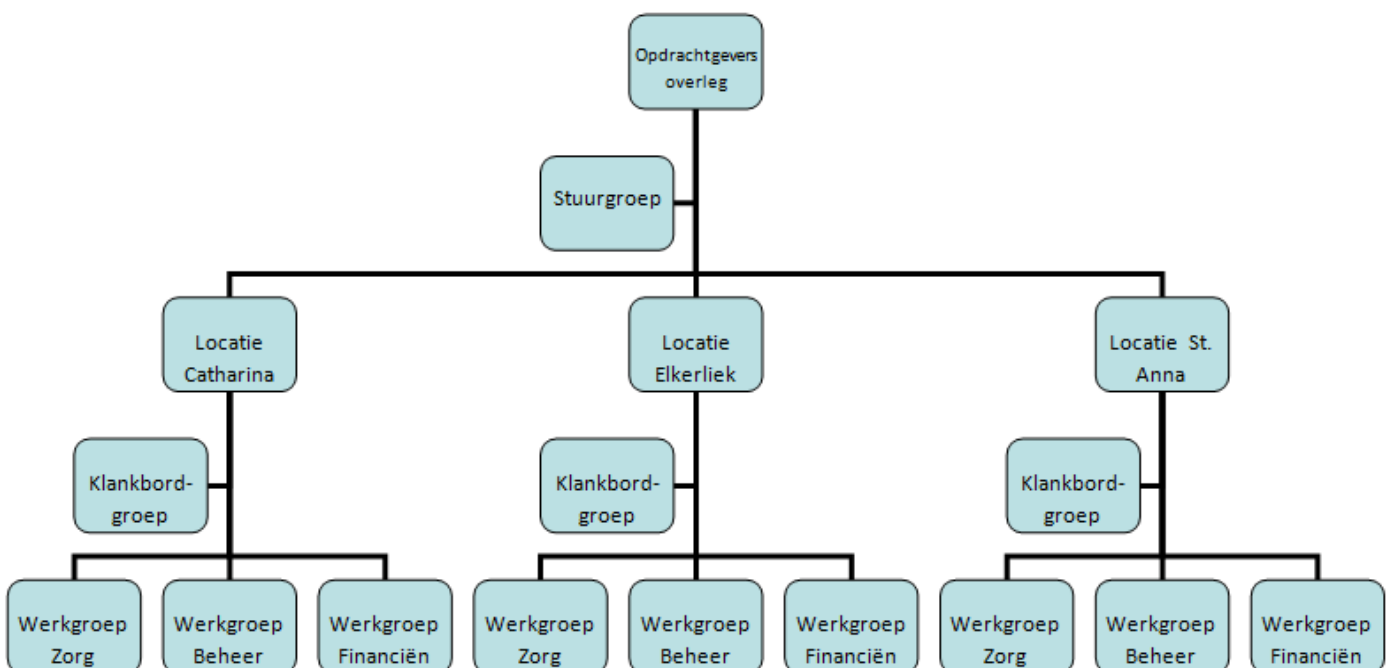
samenhangt en op aan moet sluiten.

Verschillende bestuurlijke respondenten geven aan dat, nadat de partijen besloten hadden om met elkaar in zee te gaan, ze nog in het voortraject een sessie hebben gehouden over hoe de toekomstige Spoedposten eruit moesten komen te zien; een soort schets. Bij deze sessie waren met name de sleutelfiguren van het project aanwezig; managers, bestuurders, enkele huisartsen en medisch specialisten. Om vervolgens draagvlak te creëren voor het project zijn op elke ziekenhuislocatie werkgroepen in het leven geroepen (zie ook casusbeschrijving, paragraaf 2.3), dat speelde allemaal omstreeks 2006.

Een bestuurlijke respondent geeft de projectstructuur helder weer en vertelt dat het OGO (opdrachtgevers overleg) het project leidde. Daaronder bevond zich een stuurgroep. Vervolgens werd de projectstructuur regionaal vormgegeven door middel van werkgroepen per ziekenhuislocatie. Bijna alle respondenten herinneren zich dat er werkgroepen per ziekenhuislocatie waren, waarbij enkele respondenten nog onderscheid maken: werkgroep zorg (voor het inhoudelijke), werkgroep beheer (voor huisvesting e.d.) en werkgroep financiën worden genoemd. Een uitvoerende ziekenhuis gerelateerde respondent: “..en dan had je op elk ziekenhuis 3 werkgroepen. En dat was dan volgens mij werkgroep zorg, werkgroep financiën en werkgroep beheer, zoiets”. Deze werkgroepen bestonden, volgens de respondenten, uit een medisch specialist, huisartsen, SEH-verpleegkundige, SEH hoofd en een doktersassistente van de CHP. Volgens een enkele respondent was ook de manager bedrijfsvoering en “iemand van de staf van de directie van het ziekenhuis” bij deze werkgroepen betrokken. De werkgroepen kwamen ongeveer eens per twee maanden bij elkaar.

Naast deze werkgroepen, werden er ook klankbordgroepen in het leven geroepen, wanneer precies is onbekend. Deze klankbordgroepen, die ook per ziekenhuislocatie werden opgezet, hadden gedurende de looptijd van het project een evaluatieve functie. In deze klankbordgroepen zaten onder meer doktersassistenten, een locatiemanager van de CHP (deze geeft leiding aan de doktersassistenten) en een huisarts.

Figuur 5.;1 Projectstructuur tijdens implementatie volgens de respondenten:



Communicatiestructuur

Naast bovenstaand beschreven vaststaande projectstructuur, is op diverse manieren geïnvesteerd in het op de hoogte houden van de werkvloer over de vorderingen van het project.

'De Spoedpost' is steeds een vast agendapunt geweest bij de ALV's van de CHP. Daarnaast hebben namens de CHP de directeur en een CHP-bestuurslid tweemaal een ronde gemaakt langs alle HAGRO's (HuisArtsenGROepen), om hen op de hoogte te houden van het proces en onwetendheid/angst weg te nemen en vragen te beantwoorden. De CHP gaf ook een nieuwsbrief uit.

Op de ziekenhuislocaties werden ook nieuwsbrieven uitgegeven. Van het Elkerliek ziekenhuis vertelde een leidinggevende respondent dat hij gemiddeld 1 keer per week en soms zelfs vaker een nieuwsbrief uitgaf. Van het Catharina-ziekenhuis kreeg ik ook de indruk dat er regelmatig een brief werd uitgegeven. Het St. Anna zou wel volgens een bestuurlijke respondent nieuwsbrieven hebben uitgegeven, maar een uitvoerende respondent kon zich niets van een nieuwsbrief herinneren.

Naast deze nieuwsbrieven hebben op de ziekenhuislocaties verschillende bijeenkomsten en presentaties plaatsgevonden om de werkvloer bij te praten over de stand van zaken van het project Spoedposten. Deze bijeenkomsten hadden met name een informatieve functie. Een aantal uitvoerende respondenten geeft ook aan dat er via werkoverleggen op de SEH-afdeling ook aandacht was voor het project.

Wie gaat de fysieke triage doen?

Ten tijde van de voorbereiding op de daadwerkelijke invoering van de Spoedposten is door de werkgroepen lang over de invulling van de triage (bepalen welke zorg een patiënt behoeft) gepraat en gediscussieerd, aldus diverse respondenten. Wie zou de zelfverwijzers gaan triëren en onder wiens verantwoordelijkheid zou diegene komen te werken? De CHP hoopte wellicht dat hun doktersassistentes dit zouden kunnen gaan doen, maar de ziekenhuizen waren er van overtuigd dat een doktersassistente niet geschikt zou zijn voor fysieke triage, omdat er over het algemeen sprake zou zijn van een ander soort problematiek bij patiënten die bij de SEH aankloppen, dan bij patiënten die zich melden in een huisartsenpraktijk. Een ziekenhuis gerelateerde respondent: "We [ziekenhuismedewerkers] vinden dat medisch inhoudelijk de soort patiënt die zich melden bij de spoedpost zijn ander soort patiënt dan die zich melden op de HAP [Huisartsenpost]. De casuïstiek is anders."

Echter, de CHP vond dat zij degenen zijn die horen te triëren in de eerste lijn, dat dat valt onder de eerstelijns, en dus 'hun' terrein. "En dan ga je samenwerken, ja, dan moet je 1 kapitein op het schip." Uiteindelijk is ervoor gekozen dat de triageverpleegkundige, een SEH-verpleegkundige, de fysieke triage doet bij zelfverwijzers, maar dat deze onder verantwoordelijkheid van de CHP valt.

Van overleg naar besluiten

Het was aan de projectleider om vervolgens zorg te dragen voor het samensmelten van drie uitvoeringsopdrachten (namelijk van de werkgroepen per locatie) naar één uitvoerbare opdracht voor in alle drie de ziekenhuizen. Een uitvoerende respondent vertelt hierover: "Op een gegeven moment is in 3 ziekenhuizen hetzelfde traject gaan lopen. En we hebben op 3 plaatsen onze plannen gemaakt en uitgewerkt en dat moest op een gegeven moment wel in één keurslijf. De stuurgroep

heeft in overleg met die 3 groepen dat overgenomen. Dat was nodig, want je moest van 3 naar één plan.”

Een andere leidinggevende respondent geeft aan dat deze voorbereidende fase een periode was waarin constant informatie vanuit de werkgroepen, waar hij naar refereert als de werkvloer, op en neer ging naar de verschillende bestuurlijke niveaus. Op het moment dat de bestuurlijke niveaus genoeg input hadden, werden er besluiten genomen en stappen gezet.

Actoren met een sturende rol

Veel respondenten geven aan een sturende rol te hebben ervaren van hun direct leidinggevende; veelal SEH hoofd/operationeel manager of manager bedrijfsvoering. Ook roemen de respondenten specifiek de projectleider, die goed en neutraal gefaciliteerd heeft en volgens respondenten een fijne toevoeging was in de werkgroepen. De directeur van de CHP en een oud-bestuurslid van de CHP werden specifiek genoemd, die, naast hun enthousiasme en inzet voor het project, samen nog tweemaal een ronde hebben gemaakt langs alle HAGRO's (Huisartsengroepen) om huisartsen bij te praten over de Spoedposten en om vragen te beantwoorden. De manager bedrijfsvoering in het Catharina-ziekenhuis wordt genoemd om zijn continue betrokkenheid en sturing, samen met de directeur van de CHP en tot slot enkele werden enkele medisch specialisten bewonderd voor hun werk, met name ten aanzien van de Medische Staven.

Overigens, bleek uit één van de interviews dat in het begin van het project Spoedposten, de manager bedrijfsvoering van het St. Anna Ziekenhuis zich niet inzette voor het project zoals de managers op de andere locaties dat wel deden. Hij schoof veel verantwoordelijkheid door naar het SEH hoofd en wilde zelf niet met het project aan de gang.

Beleving van de respondenten van de voorbereidende fase

Van verschillende kanten werd benadrukt dat iedereen het idee voor een Spoedpost een goed idee vond, dat het aansprak en dat men daar wel benieuwd naar was; “Het concept werd eigenlijk meteen wel door iedereen onderschreven”.

Desalniettemin werd de komst van de Spoedpost, met name door de werkvloer, ook afwachtend en gereserveerd ontvangen. De werkvloer had veel vragen en soms ook enige scepsis ten aanzien van de Spoedpost, met name over de gevolgen met betrekking tot het eigen vak(gebied). Een uitvoerende ziekenhuis gerelateerde respondent: “..Er waren natuurlijk ook een hoop onduidelijkheden en vragen, want je weet natuurlijk wel, bij voorbaat al, dat je dat een aantal patiënten gaat kosten op jaarbasis en dat heeft dan ook misschien wel consequenties voor de formatie verpleegkundigen op de afdeling.” Vooral de triageverpleegkundigen en de huisartsen geven aan dat zij de komst van de Spoedposten vooral gelaten hebben afgewacht; we zien wel hoe het gaat als het er eenmaal is.

Naast de beleving ten aanzien van het concept Spoedpost, hebben diverse respondenten aangegeven dat ze het jammer vonden dat werkgroepen en overleggen, gedurende de stap van voorbereiding naar daadwerkelijke implementatie, zo plotseling uit elkaar zijn gevallen. Zodra het bestuurlijk overleg de input had die ze nodig hadden, werden de werkgroepen opgeheven. Een uitvoerende respondent: “Het laatste stukje was de werkgroep er niet meer. Wat dat betreft zijn ze [opdrachtgevers] niet echt zorgvuldig daarin..Ze hebben nooit gezegd van: “Ok, jongens het is klaar,

hierbij sluiten we het af"; ze hebben gewoon niemand meer uitgenodigd en als kerngroep de zaak overgenomen." En een leidinggevende respondent: "Toen we open gingen, viel het overleg ook in één keer uit elkaar. Ik denk dat dat wel een fout is geweest, om toen al.. van goh, de Spoedpost gaat open en ffffft."

5.7 En toen hadden we ineens een Spoedpost...

Na deze voorbereidende fase kwam het moment van de daadwerkelijke invoering van de Spoedposten. Voor het Catharina-ziekenhuis was dit in december 2008, voor het St. Anna ziekenhuis februari 2009 en het Elkerliek ziekenhuis opende in april 2009.

Een belangrijk document voor de daadwerkelijke invoer van de Spoedposten, blijkt het 'handboek Spoedpost' geweest te zijn. In dat handboek, opgesteld door een projectmedewerker van de CHP, staat beschreven waarom de Spoedposten opgezet werden, wie welke taak/rol heeft binnen het gekozen zorgmodel en alle spelregels omtrent het project. Het Catharina heeft zich strikt aan het handboek gehouden en volgens een bestuurlijke ziekenhuis gerelateerde respondent stond hier ook sterke beleidsmatige ondersteuning op. Het Elkerliek ziekenhuis zou in het begin gezegd hebben dat zij niet zo'n behoefte hadden aan het handboek; zij hadden immers de huisartsenpost al in pandig en alleen de samenwerking nog niet geformaliseerd, maar later is het handboek daar toch, alsnog, geïntroduceerd. Bestuurlijke respondent: "Ja, daar was behoefte aan, want je wilt al die spoedposten qua patiëntenstromen, triage en vervolgacties hetzelfde inrichten."

Overigens, het Elkerliek ziekenhuis had geen eigen handboek en heeft zich toen geconformeerd aan het handboek van het Catharina-ziekenhuis. Een bestuurlijke respondent zegt daarover: "Maar het handboek van het Catharina, daar zaten allerlei beslisdocumenten in, maar wij zijn een ander ziekenhuis. En zij hebben dat zo georganiseerd en wij anders, maar ja, als het resultaat maar hetzelfde is. Maar als leidraad was het wel goed om te volgen."

Huisvesting

Het organiseren en realiseren van de huisvesting voor de Spoedpost verliep voor het Catharina-ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis niet zonder slag of stoot. In het Catharina-ziekenhuis heeft een verbouwing plaatsgevonden ten behoeve van de Spoedpost. Twee respondenten vragen zich achteraf af of het goed is geweest om zo'n druk te zetten op het op tijd intrekken in de nieuwe Spoedpost. Een uitvoerende ziekenhuisgerelateerde respondent: "De verbouwing was nog niet kaar, maar koste wat kost moest die CHP er in zijn, want die datum stond gewoon vast, terwijl hier volop nog in die verhuizing zaten. Had gewacht tot nu [april 2010], deze nieuwbouwfase. Dan was het allemaal veel rustiger gegaan, iedereen had z'n eigen plek gehad."

Voor het St. Anna Ziekenhuis was het een ander verhaal. Daar bleek vlak voor de geplande opening de Spoedpost nog lang niet af, terwijl de opening al officieel gepland stond (december 2009): "Wat ik zag was niet echt goed...[respondent beschrijft de aanstaande Spoedpost:] Dus eigenlijk was het 1 spreekkamer, 1 behandelkamer en een soort veredelde bezemkast waar de assistente in moest. En dat was 2 weken voor de opening en er stond nog niets." De Spoedpost bleek nog in geen enkel aspect (inrichting, materieel) gereed. Uiteindelijk is de opening van het St. Anna Ziekenhuis drie maanden uitgesteld en in februari 2009, met iets betere aanpassingen, alsnog geopend. Huisarts respondent: "Je [als huisarts] zit een beetje weg, en hebt eigenlijk geen direct contact met de Spoedpost..het is echt eenzaam..En dat snap ik wel als het tijdelijk is, prima voor the time being."

Beleving daadwerkelijke invoer Spoedposten

Opvallend is dat bijna alle respondenten met een positief gevoel terugkijken op de implementatie van het project Spoedposten, waarbij de meerderheid van de respondenten specifiek spreekt namens de Spoedpost waar hij/zij werkzaam is (triageverpleegkundigen, SEH-arts, SEH hoofden en huisartsen). Een bestuurlijk respondent vertelt hoe hij terugkijkt op het project: "Nou, toch wel als zijnde een heel leuke, interessante tijd, ik ehh, ben heel blij dat ik daar deelgenoot van heb mogen zijn."

Veel respondenten gaven tijdens het interview aan dat ze vinden dat de Spoedpost goed functioneert. Daaraan gerelateerd zeiden de bestuurlijk betrokken en leidinggevende actoren ook weinig verschillen te kunnen noemen tussen hoe de Spoedpost in theorie bedacht was en het resultaat in de praktijk nu is. De meeste respondenten gaven ook aan dat het project Spoedpost dan wel als gereed kan worden gezien, maar dat nu een periode van verfijning plaatsvindt; er moet nog steeds verder ontwikkeld worden.

Verbeteringen op de Spoedposten zijn nog steeds gaande, maar zoals één van de uitvoerende respondenten zei: "In de kern is het geworden zoals we [in de werkgroep]het bedacht hadden".

5.8 Praktische knelpunten

De drie Spoedposten zijn geopend (respectievelijk december 2008 en februari en april 2009).

Tijdens de gesprekken heb ik aan de respondenten gevraagd hoe de Spoedposten in hun beleving werkt en waar men in de praktijk mogelijk tegen aan loopt. Mogelijk dat het proces tekort heeft geschoten of te snel is afgesloten, of zo ervaren. Een drietal onderwerpen kwam hierbij aan de orde; de Spoedpostbalie, de kortelijnsverpleegkundige en de ANW-diensten van de huisarts.

De Spoedpostbalie

Als je binnenloopt bij één van de drie Spoedposten, dan moet je je melden aan de Spoedpostbalie. Toen de Spoedposten net geopend waren, bevonden zich achter één balie twee verschillende personen; de SEH-secretaresse die verantwoordelijk is voor het inschrijven van SEH-patiënten en de doktersassistente van de CHP, die verantwoordelijk is voor het inschrijven en/of triëren van zelfverwijzers en patiënten die een huisartsenconsult hebben. In praktijk bleken de doktersassistentes erg druk te zijn met het invoeren van gegevens van HAP-patiënten. Ze voelden zich veredelde secretarissen en tegelijkertijd hadden de dienstdoende huisartsen het gevoel alles alleen te moeten doen, omdat de doktersassistente constant bezet was.

De CHP heeft op dit probleem ingespeeld door baliemedewerksters aan te nemen, puur voor het administratieve gedeelte. Momenteel zijn er dus 3 verschillende personen die achter het loket van de Spoedpost zitten: De SEH secretaresse, de baliemedewerkster van de CHP en af en toe de doktersassistente van de CHP. Een leidinggevende respondent zegt hierover: "...waarvan ik me echt afvraag of ze [CHP] dat wel hadden moeten doen. Want we hebben eigenlijk van het begin af aan aangegeven dat onze[SEH] secretarissen, want die krijgen minder bulk aan patiëntengegevens, want we hebben minder patiënten, die hebben best wel wat ruimte te krijgen om misschien nog wel wat extra werkzaamheden aan de balie erbij te doen."

Een paar respondenten vragen zich af of het niet mogelijk zou zijn om de SEH-secretaresse een aantal ondersteunende taken voor de Spoedpost te kunnen laten verrichten. Zij zou bijvoorbeeld ook patiënten kunnen ontvangen en administratieve taken kunnen overnemen. De praktijk wijst immers uit dat de SEH-secretaresse door de komst van de Spoedpost het minder druk heeft. Tegelijkertijd beseffen respondenten wel dat het ingewikkeld kan zijn dat SEH- en HAP- werkzaamheden dan door elkaar gaan lopen en dat de CHP wellicht deze taken en mensen liever gescheiden zou houden: “.. anders heb je een secretaresse in dienst van het ziekenhuis die werkt voor de spoedpost, ja .. dat is ook ingewikkeld.” Maar toch vragen respondenten zich af wat efficiënter én wat beter voor de patiënt is: “Het is natuurlijk een heel rare situatie: Twee mensen naast elkaar, en de één is heel druk met die zelfverwijzers en onze [SEH] secretaresse heeft het rustig, die krijgt gewoon een vervelend gevoel dan.”

Bovendien zorgt drie personen achter één loket in praktijk voor de patiënt nog wel eens voor onduidelijkheid. Bij wie moet de patiënt zich melden en wie is van de HAP en wie van de SEH? Deze (on)duidelijkheid voor patiënten en de taak(her)verdeling van de assistentes omtrent de Spoedpostbalie laat zien dat er nog een aantal stappen in de ontwikkeling van de Spoedpost te nemen zijn.

De kortelijnsverpleegkundige

De kortelijnsverpleegkundige (KLV'er) is een nieuw initiatief binnen de Spoedposten. De bedoeling is dat deze KLV'er laagcomplexere zorg uit kan voeren ten behoeve van de huisarts. Patiënten die zich melden op de Spoedpost, en als ze een lage urgentiecode toegekend krijgen (U4,U5), kunnen behandeld worden door de KLV'er. Daarmee kan de huisarts worden ontlast. De CHP organiseert de opleiding, werving en selectie van de KLV'er.

Aanvankelijk zou de KLV'er niet lang na de opening starten, maar de komst van de KLV'er heeft langer op zich laten wachten dan de bedoeling was. Inmiddels is de opleiding van start gegaan (april 2010), maar enkele respondenten vragen zich af hoe de KLV'er zich in de praktijk gaat handhaven, aangezien ook de nurse-practitioner in de nabije toekomst zijn intrede gaat doen binnen de Spoedpost. “Uiteindelijk is er besloten om een KLV'er in te zetten en nu zitten ze alweer over een nurse-practitioner opleiding te praten.”

Bovenstaand citaat laat zien dat het project nog niet afgerond is, en dat er nog een aantal hobbels te nemen zijn.

ANW-diensten Huisarts

Opvallend is dat alle drie de huisartsen die geïnterviewd zijn, opmerkten dat ze de diensten als pittig ervaren, huisarts-respondent: “Over het algemeen worden de diensten als zwaar ervaren. Het is echt anders dan een hele dag spreekuur doen, want dat doe je hier [op eigen praktijk] niet. Daar [Spoedpost] non-stop, met geselecteerde problematiek, van mensen die je niet kent. Soms veel ernstige dingen, maar soms ook hele onnozele dingen, dat je weer gaat twijfelen of het echt wel onnozel is. Dat herkennen collega's als ik daarover praat.” En ook: “Wij moeten in 10min. verhaal horen en beslissen (verwijzen/behandelen). Maar goed, dat is ons vak, maar het is de soort problematiek maakt dat dat heftiger is.” Het hier gegeven signaal is duidelijk: de ANW-diensten vormen een zware belasting. Mogelijk kan dit in de toekomst problemen opleveren. De KLV'er of

Nurse Practitioner kan de huisarts vermoedelijk ontlasten, maar aandacht aan dit aspect is geboden, aangezien de huisartsen in het voorgenomen besluit toekomstvisie (2005) randvoorwaarden hebben geformuleerd waarin ze aangeven dat ze niet meer diensten willen draaien en tevens niet onder hogere werkdruk willen werken, of daar een compensatie (financieel / menskracht) in verwachten.

Ook merken huisartsen op dat veel patiënten die op consult komen eigenlijk niet per se een consult toegewezen hadden hoeven/moeten krijgen. De huisartsen zijn van mening dat nog meer patiënten die oneigenlijk gebruik maken van zorg geweerd zouden kunnen worden uit de Spoedzorg. Hiervoor zien ze met name mogelijkheden bij de telefonische triage in het callcenter. Hier zitten doktersassistenten die denken in urgentie. Wanneer een doktersassistente beslist dat een patiënt een consult op de Spoedpost behoeft, dan wordt deze beslissing niet meer bekeken door de Regiearts, waar dat met zelfzorgadviezen wel gebeurt. Wellicht dat in dat callcenter een extra huisarts dienst zou kunnen doen als back-up en met een diagnosticerende blik meer patiënten met een zelfzorgadvies zou kunnen helpen en daarmee de dienstdoende huisarts op de HAP te ontlasten. Als dat lukt, dan kan de eerste consultarts ook meer vrij gepland worden voor overleg met de triageverpleegkundige. Een locatiecommissie is inmiddels bezig met het onderzoeken van de mogelijkheden omtrent deze problematiek.

Beleving ten aanzien van de CHP

De Spoedposten functioneren nu ruim een jaar. Met name de CHP-gebonden respondenten zijn van mening dat gewaakt moet worden voor de identiteit van de huisarts. Patiënten weten té vaak nog niet wat de Spoedpost is en zien geen verschil tussen de verschillende zorgaanbieders die hen hulp verlenen. Soms hebben huisartsen nu al het gevoel alsof ze een beetje in de marge opereren. Ze komen naar het ziekenhuis, doen daar hun 'kunstje' en gaan na de dienst weer naar huis, waar in het ziekenhuis alles toch wel door draait.

Maar ook met het oog op de toekomst, waarin de Spoedpost mogelijk uitgebreid gaat worden naar een 7x 24uurs Spoedpost, is het van belang dat de CHP de belangen van de huisartsen blijft behartigen, volgens de respondenten. " ..daar kunnen we slachtoffer worden van ons eigen succes, dat moeten we ons realiseren.." en "Ik denk dat we dat dan als huisartsen zelf kunnen bedenken hoe we dat zouden willen.. ik denk dat ze [CHP] daar nu over moeten gaan nadenken.. Vooral omdat het weer een onderwerp is waar je veel over moet praten, scenario's moet uitontwikkelingen, voors en tegens, discussie met de achterban..", aldus een CHP-respondent.

Een andere respondent haalt aan hoe de huisartsen zich positioneren ten opzichte van de CHP: "Bij collega's wordt vaak gezegd, de CHP, maar de CHP zijn wij zelf. Wij zijn de coöperatie wij zijn de CHP. .. Dus ik denk dat een belangrijk punt is, dat je betrokkenheid houdt van mensen. En dat de CHP ook zijn meerwaarde laat zien, niet alleen in patiëntenzorg, maar ook hoe kun je de praktijk nog verder kunt ondersteunen."

5.9 Doelstellingen behaald?

Zowel bestuurlijke, leidinggevende als uitvoerende respondenten benoemen allemaal dat de doelstelling van het ombuigen van 21.000 patiënten zeker gehaald gaat worden. Vrijwel elke respondent is van dat target op de hoogte en enthousiast over het feit dat ze echt kunnen zien dat veel patiënten in de ANW-uren doorverwezen kunnen worden naar de HAP. "Ja, die ombuiging halen

we sowieso, kwantitatief. Kwalitatief ook, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste profs. Gaan we zeker halen." De doelstelling om overbodig/dubbel onderzoek en anamneses te ondervangen lijkt behaald.

Enkele respondenten zijn er van overtuigd dat het Spoedpost concept inderdaad beter is voor de patiënt en dat dit impliciet ook bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Maar over het algemeen zijn de respondenten voorzichtig, ze weten niet zo goed welke doelstellingen er aanvankelijk geformuleerd zijn, en daarbij durven ze niet te zeggen of alle doelstellingen behaald zijn, of gaan worden.

Doelstelling samenwerking

Voorafgaand aan de implementatie is de keuze gemaakt voor het geïntegreerde zorgmodel (zie casusbeschrijving, paragraaf 2.3, figuur 2.4) van de Spoedpost, wat betekent dat de HAP en de SEH naast elkaar zullen functioneren, niet áchter elkaar (dat is immers het voorpost model). Deze keuze is onder andere gemaakt op basis van de mogelijkheden die het biedt tot synergie van de HAP en de SEH. Een bestuurlijke respondent: "Als je één ingang hebt en gezamenlijke triage, en daarachter behandeling, dan heb je bij de triage en behandeling veel meer mogelijkheden om te integreren en behandelplannen te uniformeren. Elkaar beter te leren begrijpen voor elkaar in te vallen; dit samenwerkingsmodel heeft veel meer mogelijkheden om door te ontwikkelen en te groeien."

Uit de gesprekken komt naar voren dat de samenwerking in praktijk tussen de HAP en de SEH minder is dan van tevoren werd gedacht, met name de wederzijdse hulp bij piekdruk. Wanneer behoefte is aan elkaars kennis en/of kunde moet daar om gevraagd worden, het is (nog) niet vanzelfsprekend. Leidinggevende respondent: "Het is niet vanzelfsprekend van goh, we kijken even over de schutting. Je moet echt een signaal geven, of hulp vragen en dan moet het ook kunnen dat je elkaar helpt."

Ook de samenwerking specifiek tussen huisarts en medisch specialist blijkt weinig veranderd, maar dat is te verklaren door het feit dat medisch specialisten zich fysiek weinig op de SEH bevinden; contact betreft vooral telefonisch overleg. Dit telefonisch overleg, en het feit dat de huisarts in pandig zit, draagt volgens respondenten wel bij aan het verlagen van de drempel voor de huisarts op patiënten naar de medisch specialisten te verwijzen.

De huisarts en de SEH-verpleegkundigen/triageverpleegkundigen werken, naar eigen zeggen, over het algemeen goed samen. Voorafgaand aan een dienst wordt kennis gemaakt, overleg gepleegd en de eerste consultarts aangewezen (deze vervangt tot nu toe de kortelijnsverpleegkundige). Voor de triageverpleegkundige blijkt het soms wat lastig om tijdens een dienst een juist moment te vinden om te overleggen met een huisarts. Deze is vaak bezet en druk met patiënten. Respondent: "Dat hebben we ook afgesproken bij de start, dat we overleggen met de huisarts, maar in de praktijk komt het daar vaak niet van. Dan moet je hem echt op gaan zoeken." Sommige triageverpleegkundigen beslissen daarom in sommige gevallen zelf wat te doen en de eerste consultarts accordeert dit dan achteraf. In de praktijk werkt dit prima, maar het is niet volgens de afspraken. Omgekeerd zegt een huisarts dat hij het lastig vindt om triageverpleegkundigen op dit 'eigengereide' gedrag aan te spreken: ".. over het algemeen triëren die gewoon alsof het een eerste hulp is, dus ieder enkeltje gaat daar gewoon naar de röntgen alsof er niets is veranderd, en dat vind ik wel teleurstellend...dan zegt de CHP bestuur/ directie van: "Ja, daar moeten jullie voor zorgen dat dat gebeurt." Dat betekent

dat als jij daar als huisarts komt dat jij van die ervaren SEH-verpleegkundigen moet gaan commanderen en zeggen van: "Luister eens meneertje of mevrouwtje, ik wil iedere patiënt die jij triëert wil ik zien want ik ben hier de huisarts" en dat vind ik wel hier moeilijk, of ja, dat doe ik gewoon niet."

Doelstelling patiëntenrouting en beeldvorming Spoedpost

Het ontwikkelen van een geprotocolleerde patiëntenrouting is ook één van de gestelde doelstellingen van de opdrachtgevers. Tijdens de interviews kwamen een aantal keren dit onderwerp, en het, mijns inziens, hieraan gerelateerde onderwerp over de beeldvorming onder de patiënt van de Spoedpost aan de orde.

Respondenten geven aan dat de routing van patiënten nog verbeterd kan worden. Met name wanneer een patiënt van HAP alsnog doorgestuurd wordt naar SEH, ontstaat verwarring bij de patiënt. Uitvoerende respondent: "Ja, als een patiënt vanuit de HAP naar de SEH verwezen wordt, dan heeft hij al een urgentiecode, officieel hoeft die dan niet meer getriëerd te worden, maar dan zie je toch vaak dat de patiënt niet weet hoe het dan in het ziekenhuis gaat lopen, hè. Werkwijze, inlichtingen over wachttijden, pijnstilling." En een andere leidinggevende respondent beaamt: "...dat loopt logistiek ook niet altijd lekker, en daar zijn we nog niet helemaal uit. Daar zijn nog wel wat discussie over te voeren over de routing van patiënt." En ook dat de beeldvorming over de Spoedpost bij de patiënten toe nog te wensen over laat: "Je wilt in de beeldvorming naar mensen duidelijk maken dat je er voor spoed bent."

Daarnaast loopt personeel aan tegen het feit dat de HAP en de SEH niet bij elkaar in de systemen kunnen werken. De patiënteninformatie die een huisarts invoert, kan de SEH niet inzien als een patiënt (direct of op een later moment) doorgestuurd wordt. Ook als een huisarts klein onderzoek wil verrichten, dan is dit nog niet mogelijk via de HAP, maar dan moet een patiënt ingeschreven worden in het ziekenhuissysteem. Op dit moment schrijft de huisarts dus in het ene systeem zijn bevindingen en de specialist in een ander systeem en functioneren deze systemen geheel gescheiden van elkaar. Dit resulteert in de praktijk in onnodig dubbele handelingen. Aan de respondenten was te merken dat er veel behoefte is aan een synchronisatie van deze systemen. "In een tijd dat we raketten naar Mars en de maan kunnen sturen moet dit toch een kleinigheidje zijn om te doen. Maar dat moet je willen en ik denk dat daarin een geïntegreerde spoedpost daar een positieve bijdrage aan kan leveren..".

In praktijk blijkt nu dat lang niet elke patiënt achteraf weet of ze nu bij een huisarts of bij een medisch specialist geweest zijn. Een uitvoerende respondent vertelt: "En dan zeggen ze: "Ja, ik ben hier geweest 2 dagen geleden, en toen hebben jullie geen foto gemaakt en toen ben ik weer naar huis gestuurd." En dan zie ik niets in de status en dan zeg ik: "Ja, maar u bent hier niet geweest, u bent bij de huisarts geweest. U bent wel op deze locatie geweest, maar u bent bij de huisarts geweest, in een ander kamertje." Nou, dat krijg je niet aan mensen hun verstand gepeuterd."

Een huisarts-respondent beaamt de problematiek rond de herkenbaarheid van de Spoedpost: "Wat wel een puntje van aandacht is, is de beleving vaak is dat ze in het ziekenhuis zijn geweest en dat ze dan bij de huisarts zijn geweest zou beter onder het voetlicht kunnen worden gebracht. Ik heb al een paar keer gevraagd aan de heren van hang borden op."

Doelstelling diagnostiek

'Het boeken van kwaliteitswinst door adequate competenties, trefzekere werkafspraken, snelle berichtgeving over en weer, snelle beschikbaarheid van consulten en diagnostiek' was ook één van de opgestelde doelstellingen van de opdrachtgevers (ontwerpeisen, 2006). Met betrekking tot de diagnostiek kwam het volgende naar voren.

Zowel huisartsen als bestuurlijke respondenten brachten de ruimte voor diagnostiek van de huisarts ter sprake tijdens de interviews. Huisartsen zouden in de ANW-uren graag beschikken over de mogelijkheden waar ze overdag ook over beschikken. Daarnaast vindt men dat juist nu de HAP zich in het ziekenhuis bevindt, de mogelijkheden die een ziekenhuis biedt ook benut zouden moeten kunnen worden. Een aantal malen is de radioloog en labdiagnostiek genoemd. De radiologen stellen zich op dit moment niet de gehele ANW-diensten beschikbaar om foto's te beoordelen. Dit maakt dat patiënten vaak lang moeten wachten op een uitslag en hen niet de optimale zorg en doorstroom geboden kan worden. Veel respondenten betreuren dit. " .. Je kan niet van iedereen vragen dat hij z'n stuk doet en dat we van de radiologen, vanwege eigen belang en gemak, gewoon niet thuis geven dat is gewoon voor mij onbestaanbaar."

5.9 Positieve leerpunten

Ondanks dat het project Spoedposten nog geen afgerond project is en er nog steeds wordt geëvalueerd, ontwikkeld en verfijnd, heb ik toch al willen terugblikken op het project vanaf het prille begin tot nu toe. Wat vinden respondenten, achteraf gezien, slimme zetten in het proces, denken ze dat doelstellingen behaald zijn (of gaan worden) en wat zouden zij noemen als de succesfactor voor het kunnen realiseren van de Spoedposten?

Uit de gesprekken kwam naar voren dat men (als bestuur van het project) van tevoren meer problemen verwacht had bij de implementatie van de Spoedpost, maar ook in de praktijk, dan dat daadwerkelijk in praktijk zijn voorgevallen. Het project was goed voorbereid en is stap voor stap doorlopen. Het handboek Spoedpost waarvan gebruik is gemaakt op de drie ziekenhuislocaties werd genoemd als een goede houvast tijdens de implementatie. Tevens zorgde het handboek voor uniformiteit tussen drie verschillende locaties. Ook merkt een leidinggevende respondent op dat het beslisdocument een belangrijke rol heeft gespeeld: "Het beslisdocument dat door de ledenraad en het bestuur [van de CHP] ondertekend waren is een handige zet geweest. Dat je niet constant in discussie moest treden over afspraken die je gemaakt had."

Daarnaast werd opgemerkt dat het ombuigen van de zelfverwijzers merkbaar goed verloopt. Zij zien als resultaat betere regulering, minder lange wachttijden en minder onnodige onderzoeken.

Succesfactor

Een aantal respondenten zijn bevraagd op wat volgens hen de succesfactor is geweest voor het realiseren van de Spoedposten. Meerdere respondenten noemen dat het zo ontzettend belangrijk is geweest dat degenen die de verandering willen bewerkstelligen, veelal managers, goed met elkaar overweg kunnen. "Vaak is een succes toch dat bepaalde personen een goede relatie met elkaar hebben, dat is zo bepalend."

Een andere respondent benadrukte dat specifiek voor het project Spoedposten de succesfactor met

name te maken heeft met het feit dat het gewoon een goed idee is met een win-win situatie. Op het moment dat iedere partij bereid is om verder te kijken dan zijn eigen belang, dan valt er veel winst te behalen en weinig af te geven op het concept. Daarnaast zei deze respondent: “..Het is een combinatie van sturen, en toch ook voldoende luisteren en op tijd mee bewegen..”.

Een enkele respondent noemde als succesfactor ook het geld dat de Zorgverzekeraar beschikbaar heeft gesteld om professionals mee tegemoet te komen. Zonder die tegemoetkoming zou het project nooit van de grond gekomen zijn.

5.11 Een blik in de toekomst

De Spoedposten functioneren pas ruim 1 jaar, maar toch wordt er al druk gespeculeerd over de toekomst van de Spoedpost.

Wanneer het onderwerp ‘toekomst’ aangesneden werd tijdens de gesprekken, erkende vrijwel elke respondent dat de Spoedpost voor ANW-uren in de toekomst waarschijnlijk een 7x 24uur Spoedpost gaat worden. Een meerderheid van de respondenten was enthousiast, maar specifiek de huisartsen maakten een meer huiverige indruk ten aanzien van deze ontwikkeling. Een huisarts-respondent zei: “Als ik zei [in de werkgroep] van nou, denk eraan, als je de huisarts uitgumt en daar SEH-arts neerzet, dan ben je klaar...en ik ben eigenlijk ook wel een beetje bang dat het gaat gebeuren. En of het nou SEH-artsen zijn of huisartsen in dienstverband van een ziekenhuis.. Dan word je dus huisarts in loondienst van een ziekenhuis, en dan vind ik er hier niet zoveel meer aan.”

Maar volgens de meerderheid van de respondenten zou de 7 x 24uur Spoedpost, of één acuut centrum vooral een logisch vervolg zijn, na de implementatie van de Spoedpost voor ANW-uren, ook met oog op wat goed zou zijn voor de patiënt. Met name op de SEH vinden medewerkers het raar dat de SEH nog steeds voor 40uur in de week een andere werkwijze heeft dan voor de overige 128uur. “We hebben nou A gezegd. Als we het nou goed voor de patiënt en duidelijk willen doen, moeten we ook B zeggen.”

Borging project en procedures

Enkele respondenten benoemen uitdrukkelijk het belang van het borgen van het project Spoedposten, bestuurlijke ziekenhuis gerelateerde respondent: “..het staat nu net, het moet goed geborgd worden en blijven, dat betekent dat we niet zullen moeten gaan verslappen..”. Met name leidinggevende respondenten bemerkten dat er nu al af en toe onduidelijkheden zijn over wie de juiste aanspreekpunten zijn of wat nu ook alweer afgesproken is of het een of ander.

Ook het Nederlands Triage Systeem zou geborgd moeten worden; alle drie de ziekenhuislocaties werken inmiddels naar redelijk tot goede tevredenheid met het systeem in de ANW-uren, maar officieel is dit nog steeds een pilot. “Borging is echt ontzettend hard nodig. We moeten het borgen in de systemen, zodat je niet meer afhankelijk bent van managers die toevallig weten hoe het ook alweer toen afgesproken is.” Daarbij was in het Elkerliek meer moeite met de overstap naar dit systeem, dan bij de andere ziekenhuizen, daar zij erg tevreden waren met hun triagesysteem (Boston). Borging is belangrijk, zodat de medewerkers weten dat het Nederlands Triage Systeem het systeem van de toekomst is en dat het Boston Triage Systeem verleden tijd is.

Samenhangend met bovenstaande, vermoeden een aantal respondenten ook dat meer geïnvesteerd kan worden in de bewustwording van patiënten om de instroom van oneigenlijke patiënten terug te dringen. "Er komen hier echt veel mensen op de praktijk die zijn daar [Spoedpost] geweest en die hadden zich niet gerealiseerd dat dat een Spoedpost is. En daar kunnen we slachtoffer worden van ons eigen succes, dat moeten we ons realiseren."

6 Discussie & conclusie

In deze discussie en de aansluitende conclusie komen het theoretisch kader, de documentenanalyse en de resultaten van mijn onderzoek samen. Ik structureer deze discussie aan de hand van de theorie en start met de theorie van Mintzberg over de professionele organisatie. Vervolgens vormt de fasering zoals beschreven door Schrijvers (1994) en de veranderstrategie van Boonstra et al. (1996), (ontwerpen en/of ontwikkelen) de leidraad in de discussie. Het thema borging is hierin verweven. Voorts wordt aan de hand van de krachtenveldanalyse de rol van macht en afhankelijkheden besproken (6.1.1). De resultaten die voortvloeien uit mijn documenten-analyse en interviews zijn in de hele discussie verweven. In paragraaf 6.1.2 blik ik kort terug op het proces aan de hand van de voorwaarden van Schrijvers en de respondenten. Tot slot formuleer ik in de conclusie mijn antwoord op de hoofdvraag: "Welke betekenis geven de betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant?".

6.1 Discussie

De formeel genoemde actoren in het project, bestaan volgens Mintzberg uit een aantal typologieën die elk een eigen rol spelen. De organisatiebeschrijving van de respondenten van de vier participerende partijen bevestigt enigszins de schets van Mintzberg en Schrijvers over professionele organisaties. Qua structuur geldt voor alle vier de organisaties dat de operationele kern het belangrijkste is en veel zeggenschap heeft. Zowel de medisch specialisten, verenigd in de medische staf, als de huisartsen hebben een belangrijke rol gespeeld in het project. De huisartsen zijn gedurende het proces steeds betrokken geweest via ALV's, ledenraden en bezoeken aan de HAGRO's,

Hierbij lijken zowel de CHP als het Catharina-ziekenhuis een ontwikkeling te hebben doorgemaakt ten aanzien van hun houding naar de huisartsen. Het Catharina werd in eerste instantie gezien als een groot, kil, topklinisch ziekenhuis met arrogante specialisten (zie 5.2), maar sinds enkele jaren lijkt dit veranderd te zijn. Sinds het prioriteren van de relatie met de eerstelijnszorg in hun beleidsplan en het oprichten van het samenwerkingsplatform HaCa (Huisartsen-Catharina) en nu ook met de komst van de Spoedpost lijkt een goede basis voor een betere en warmere samenwerking te zijn ontstaan. De CHP, ten tijde van het oude bestuur, wordt door respondenten omschreven als een autocratisch en naar binnen gekeerde organisatie. Het nieuwe bestuur wordt door diverse respondenten geprezen om haar prestaties, waaronder het project Spoedposten. Echter, door het groeien van de CHP, zijn er inmiddels heel veel doktersassistentes, chauffeurs en andere medewerkers werkzaam die elkaar vaak kennen, en lijken de huisartsen meer aan de zijlijn te komen te staan, in plaats van in het hart van de organisatie te fungeren. Dit lijkt het nieuwe elan weer wat te niet te doen. Een scheiding tussen professionals en het management, zoals deze beschreven wordt door Mintzberg, maar ook door Schrijvers, is hier zichtbaar.

Mintzberg stelt tevens dat een verandering in een professionele bureaucratie veel tijd zal vergen, daar een dergelijke organisatie niet zo flexibel is, en dat sluit helder aan bij het project Spoedposten. De eerste initiatieven startten rond 2005 en pas in 2007 was men aan de slag met werkgroepen en de voorbereidingen voor de implementatie, die uiteindelijk eind 2008, begin 2009 plaatsvond. Uiteraard is er een betrekkelijk logische verklaring voor het lange voortraject: Er waren aanvankelijk

twee, later drie ziekenhuizen betrokken, één Huisartsenpost en twee zorgverzekeraars. Dat zijn veel partijen, en hoe meer partijen, hoe meer belangen en meningen, des te meer tijd het project vraagt. Tevens moesten deze verschillende organisaties elkaar leren kennen en vertrouwen en ook dat heeft tijd gekost. Het standpunt van Mintzberg dat een verandering veel tijd vergt en nooit plotseling plaatsvindt, wordt hiermee bevestigd.

Zoals weergegeven in het theoretisch kader onderscheidt Schrijvers (1994) vijf opvolgende fasen in een dergelijk proces te weten; de initiatiefase, de fase van adoptie, de fase van doelbepaling en instrumentenontwikkeling, de experimentele fase en ten slotte de realisatiefase. Elk van deze fasen kan tegen het licht gehouden worden van ontwerpen en/of ontwikkelen. Tevens zal mede afhankelijk van de impliciet of expliciet gekozen strategie de borging eveneens in die fase moeten zijn geëffectueerd.

Fase I: Initiatiefase

De eerste fase, de initiatiefase, komt feilloos naar voren in het project Spoedposten. Zowel het CHP-bestuur als het Catharina-ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis (en later ook het Elkerliek ziekenhuis) zijn zich bewust geweest van de toen bestaande situatie die als ongewenst werd ervaren: de 'onvoldoende doelmatigheid' van de acute zorg. Er bestond daarmee een gedeelde sense of urgency, waar ook het Elkerliek ziekenhuis zich in kon vinden toen het zich, ongeveer 1½ jaar na de start van het project, direct bij het project heeft aangesloten. Het gezamenlijke doel is "dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plaats op het juiste tijdstip door de juiste professional ontvangt".

Zoals beschreven in de resultaten heeft in het begin van het project -nog voor de voorbereidende fase gestart werd, maar wel nadat duidelijk was dat de CHP, het Catharina-ziekenhuis en het St. Anna Ziekenhuis samen het project Spoedposten wilden gaan opzetten- een sessie plaatsgevonden waarbij de sleutelfiguren hebben nagedacht over de vraag: "Hoe moeten de Spoedposten eruit komen te zien". Deze eerste stappen hebben mijns inziens geleid tot een keuze voor geprogrammeerd ontwikkelen: In eerste instantie werd een probleem ervaren, namelijk ondoelmatige acute zorg. In de kern zijn toen, door het topmanagement, de contouren van de Spoedpost geschetst. Tevens is toen bedacht dat in een volgende voorbereidende fase van het project Spoedposten ruimte gegeven zou moeten worden voor ontwikkeling en acceptatie vanaf de werkvloer. Het formuleren van een organisatieontwerp en het starten van het project bij het topmanagement duidt op een ontwerpstrategie.

In deze initiatiefase zijn met name de mensen met sturende rollen actief. Deze sleutelfiguren beschrijft Pater et al., als supporters. Zoals ook beschreven staat in het theoretisch kader zijn deze sleutelfiguren erg enthousiast gebleken over het project, ook achteraf, en is er tijdens het project veel kracht en energie van hen uitgegaan.

Fase II: Adoptiefase

De fase van initiatie wordt gevolgd door een fase van adoptie (zie ook 4.2.1), waarin een selecte groep mensen inspanningen verricht om andere actoren en doelgroepen voor het vernieuwende concept te winnen. Deze fase is impliciet terug te zien bij de CHP, waar al in 2005 samen met de huisartsen een toekomstvisie is geformuleerd, en waarmee een basis werd gelegd voor het steunen van het project Spoedposten. Tevens hebben de later gehouden informatierondes die de directeur

van de CHP en een bestuurslid van de CHP hebben gehouden langs alle HAGRO's ook nog eens extra bijgedragen aan het acceptatieproces. Deze rondes zijn overigens ook een teken van het mobiliseren en inrichten van het interne krachtenveld, in dit geval de huisartsen. Een slimme en sterke zet van het CHP-bestuur. Daarnaast zijn deze bewust ingezette rondes langs alle HAGRO's een expliciete actie van borging, wat daarmee nog eens extra de ontwerpgerichte benadering onderschrijft.

De adoptiefase is bij de ziekenhuizen minder zichtbaar, maar heeft vermoedelijk plaatsgevonden tijdens het overtuigen van de professionals die verenigd zijn in de Medische Staven van de ziekenhuizen.

Het overtuigen van andere actoren van *jouw* goede idee, is per definitie een ontwerpaangelegenheid. Er is nog steeds sprake van het topmanagement dat naar de werkvloer communiceert en hen probeert te overtuigen van hun ideeën en niet andersom.

Verder blijkt uit de resultaten dat de uitvoerende respondenten voornamelijk tot de sceptici en de weifelaars behoorden. De sceptici hebben zich niet tégen het project Spoedposten gekeerd, maar houden tegelijkertijd niet echt van veranderen: “..Er waren natuurlijk ook veel onduidelijkheden en vragen, want je weet natuurlijk wel dat je dat een aantal patiënten gaat kosten en dat dat consequenties kan hebben voor de formatie verpleegkundigen op de afdeling.”. Volgens Pater et al. behoeft deze doelgroep in deze fase veel aandacht en betrokkenheid en dat is mijns inziens gedurende het project ook wat is gebeurd.

Fase III: Doelbepaling en instrumentenontwikkeling

De fase van doelbepaling is terug te vinden in de ontwerpeisen, die in maart 2006 geformuleerd zijn door de opdrachtgevers. Wanneer wat meer op het proces wordt ingezoomd lijkt het echter, dat alleen de sleutelfiguren zich bezig hebben gehouden met de doelbepaling, aangezien bijna niemand van de respondenten deze doelstellingen kon reproduceren. Wellicht is dit wel kenbaar gemaakt aan de respondenten, maar heeft het weinig indruk gemaakt. Het feit dat de doelstellingen geformuleerd zijn door de sleutelfiguren, en niet door de medewerkers van de CHP en ziekenhuizen, duidt op een ontwerpbenadering. Wederom beslist de top de belangrijke zaken, zonder daar de werkvloer bij te betrekken. Schrijvers (1994) geeft aan dat een groepsactiviteit omtrent doelbepaling voor grote motivatie kan zorgen. De sessie (beschreven in de resultaten) waarin sleutelfiguren alvast hebben nagedacht over de contouren van de toekomstige Spoedposten, sluit goed aan bij deze stelling van Schrijvers. De nauw betrokken respondenten kijken dan ook met veel plezier terug op deze geslaagde sessie. Dat deze sessie alleen voor de sleutelfiguren en niet in een bredere kring is gehouden is mogelijk een gemiste kans geweest en had wellicht voor nog meer draagvlak kunnen zorgen.

De ontwerpeisen die in 2006 opgetekend zijn, vormen tevens een borgingsdocument. De ontwerpeisen zelf zijn een teken van expliciete borging, wat goed aansluit bij de conclusie dat de fase van doelbepaling een ontwerpbenaderingsfase geweest is.

De fase van instrumentenontwikkeling, ook een onderdeel van deze fase, is te vergelijken met het moment dat ik in mijn resultaten ‘de voorbereidende’ fase heb genoemd. In deze fase gingen de opgerichte werkgroepen aan de slag met het inrichten van de toekomstige Spoedposten.

Tijdens deze fase van instrumentenontwikkeling komt overwegend de ontwikkelbenadering van Boonstra et al. zichtbaar terug. In deze fase wordt de organisatie als bron van ervaring gebruikt en

ook wordt er gebruik gemaakt van de kennis en het inzicht van het personeel, dat dan via de opgerichte werkgroepen terugvloeit naar de stuurgroep en het opdrachtgeversoverleg. Dit is duidelijk een kenmerk dat de ontwikkelbenadering benadrukt: Er is een iteratief proces zichtbaar (zie 4.2.1). Daarnaast ondersteunt het op en neer gaan van de informatie tussen de werkgroepen en de bestuurlijke niveaus daarboven, zoals beschreven in de resultaten (zie 5.6), de typering van deze kenmerken als ontwikkelen. Deze typering wordt versterkt doordat blijkt dat het werkdoel van de werkgroepen bestond uit het bepalen en bereiken van gemeenschappelijke doelen door middel van overleg en onderhandeling. Voor dat doel was de samenstelling van de werkgroepen dusdanig gekozen dat uit elke organisatielaag iemand aanwezig was. Deze keuze voor ontwikkelen is bewust gepland en beperkt gehouden tot deze fase, maar dat betekent niet dat dit proces een ontwerpstrategie volgt. In deze fase is toch duidelijk sprake van de ontwikkelstrategie.

De theorie over borging, zoals Pater et al. deze schetst, sluit aan bij de ontwikkelbenadering van Boonstra et al. en is in deze doelbepaling- en instrumentontwikkelfase van toepassing. Bij ontwikkelen vindt borging namelijk vooral gedurende het proces plaats; de opgerichte werkgroepen hadden ruimte voor het meedenken over hoe de Spoedpost er in de toekomst uit zou moeten komen te zien en gaandeweg maakten deze medewerkers het project Spoedposten zich eigen. Het project kon langzaam landen, ook bij andere medewerkers die op de hoogte werden gehouden middels nieuwsbrieven en werkoverleggen. Borging vindt hier dus op impliciete wijze plaats. De discussie van de werkgroepen over de triage en onder wiens verantwoordelijkheid deze plaats moet vinden is hier eveneens een voorbeeld van. En het uiteindelijke resultaat, uitvoering van de triage door een SEH-verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van de CHP, wordt al doende geborgd in het proces, ook op de werkvloer. Ook dit handelen bevestigt het beeld van de ontwikkelstrategie

Hier staat tegenover dat in de instrumentontwikkelingsfase ook verscheidene ontwerpstrategie-aspecten zijn te herkennen, zoals het oplossingsgericht denken en het vooruitzicht op een eindresultaat: De Spoedposten. Met dit gemeenschappelijk doel in het hoofd is langzaam toegewerkt naar oplossingen voor verschillende knelpunten, zoals bijvoorbeeld het verdelen van verantwoordelijkheid en taken bij de Spoedpostbalie. Daarnaast blijkt bij een project als de Spoedposten dat het eindresultaat niet heel veel kan afwijken van dat wat men in gedachte heeft, omdat een Spoedpost aan veel protocollen en regelgeving moet voldoen aangezien het handelt om zorg en om patiënten die je zorg moet leveren en alles handelt om afspraken en targets die gehaald moeten worden, door de overeenkomst die met de zorgverzekeraars is aangegaan. Bovendien, is er een bepaalde mate van voorspelbaarheid aanwezig geweest, omdat er immers al meerdere Spoedposten in het land eerder gerealiseerd zijn en daardoor de sleutelfiguren als gevolg van hun eerdere exercitie een duidelijk beeld hadden hoe de Spoedposten eruit moesten komen te zien. Deze strakke normen veroorzaken een ontwerpgerichte benadering.

Het abrupt opheffen van de werkgroepen, duidelijk een ingreep van bovenaf, heeft afbreuk gedaan aan de ontwikkelfase. Door deze ingreep ontstaat een scheiding tussen beide fasen, wat kenmerkend is voor de ontwerpstrategie, aangezien na het opheffen van de werkgroep, de experimentele fase van de Spoedposten van start ging. Het afsluiten van de werkgroepen is in deze fase niet geborgd en heeft een negatieve invloed gehad op de betrokkenheid en acceptatie van werkgroepleden. Toen hun input eenmaal het opdrachtgeversoverleg bereikt had, was het plotseling klaar. Een goede afsluiting van de werkgroepen had waarschijnlijk een prettiger gevoel achtergelaten bij de

medewerkers die hier aan deelgenomen hebben, en daarmee ook hun energie voor het project vastgehouden.

Tijdens deze fase zijn de weifelaars, met name de SEH-artsen, verpleegkundigen en triageverpleegkundigen, het meest betrokken. Zij hadden vragen en twijfels ten aanzien van de komst van de Spoedpost en de gevolgen die dat voor hen zou hebben bij het uitvoeren van hun professie. Tijdens het verloop van het project, toen er meer duidelijkheid ontstond over hoe de Spoedposten eruit zouden komen te zien, zijn de weifelaars en sceptici (beschreven bij fase II) langzaam bijgedraaid en voorzichtig enthousiast geworden. Het betrekken van verschillende organisatieleden in de werkgroepen, afkomstig uit verschillende organisatielagen uit de organisaties, heeft positief bijgedragen aan het verandervermogen van de organisaties om de Spoedposten te realiseren.

Fase IV: Experimentele fase

Schrijvers spreekt in zijn boek van een experimentele fase bij het uitvoeren van de zorgvernieuwing op kleine schaal. In het geval van de Spoedposten is, voor zover ik weet, geen sprake van een experimentele fase geweest. Wel kan de daadwerkelijke invoering van de Spoedposten en de periode daarna gezien worden als een experimentele fase waarin aanpassingen en verbeteringen zijn aangebracht.

De projectleider heeft in de ontwerpeisen aangegeven dat bij de fase van daadwerkelijke implementatie de ontwerp-optiek dominant zal zijn. En dat klopt met de praktijk. Het plannen en beëindigen van de werkgroepen en het (uit)zetten van nieuwe stappen zodra op bestuurlijk niveau de benodigde informatie binnen was, onderschrijft de overgang naar een meer ontwerpgerelateerde periode. Gedurende de daadwerkelijke implementatie was er minder aandacht voor de werkvloer en meer aandacht voor planningen. Tijdens de implementatie heeft met name sturing op managementniveau plaatsgevonden (top-down). Mede door het abrupte einde van de werkgroepen komt de scheiding tussen ontwerpfase en invoeringsfase, die ook beschreven wordt in de ontwerpstrategie, goed tot uiting.

De strubbelingen op het gebied van huisvesting in het Catharina-ziekenhuis en het tóch openen van de Spoedpost op de vooraf geplande datum, is een sterke aanwijzing voor de ontwerpstrategie. Als het aan de werkvloer had gelegen, was daar nog even mee gewacht. Het noodgedwongen uitstellen van de opening van de Spoedpost in het St. Anna Ziekenhuis getuigt van ontwikkelen, maar ook deze beweging werd planmatig behandeld en door de top aangekaart en besloten, en niet vanuit de werkvloer.

Zowel het handboek Spoedposten als het beslisdocument blijken tijdens deze implementatiefase van grote waarde. Beide documenten bevatten de belangrijkste afspraken omtrent het project Spoedposten zodat men kon verwijzen naar deze documenten en niet steeds in discussie behoefde te gaan, wat tijdens de invoering van de Spoedposten de duidelijkheid ten goede kwam. Deze twee borgingsdocumenten zijn expliciete uitingen van borging en dragen duidelijk bij aan de verankering van de in het project Spoedposten gewenste kwaliteit, wat ook een van de doelstellingen is geweest.

In de periode na de invoering van de Spoedposten, die ik nog steeds schaar onder de experimentele fase, lijkt het project wederom in een ontwikkelfase te zijn aanbeland: De regie vanuit het

topmanagement is afgenomen. De medewerkers van de Spoedposten functioneren zoals het kan en zorgen dat alles loopt. Borging van het project vindt impliciet plaats: Voor de zaken die niet lekker lopen, worden op de werkvloer ter plekke aanpassingen bedacht. Op deze wijze ontwikkelt en verbetert men verder in een tempo dat men zelf bepaalt. In deze fase zijn nu, op alle drie de ziekenhuislocaties locatiecommissies opgericht, die bijdragen aan het evalueren en verbeteren van de Spoedposten. Of deze locatiecommissies zichtbaar genoeg zijn voor alle medewerkers van de Spoedpost en welke resultaten zij boeken, is nog onbekend. Als alle medewerkers met hun klachten, ideeën en verbeteringen de locatiecommissies weten te vinden en als zij ook in staat zijn om hier zichtbaar resultaten mee te boeken, zijn ook deze commissies een teken van borging op de werkvloer, welke aansluit bij de ontwikkelbenadering (impliciete borging). Het gevaar nu is wel dat de mensen die er werken (denken te) weten wat ze moeten doen en hoe het allemaal werkt, maar dat door de tijd heen collega's niet van elkaar weten wat iedereen doet, en vooral, wáárom iedereen het werk op deze wijze doet. Een aantal leidinggevende respondenten bemerkten dit al, doordat er nu al af en toe onduidelijkheden zijn over wie de aanspreekpunten zijn of over wat nu ook alweer afgesproken was over het één of ander (zie 5.10).

Fase V: Realisatie fase

Nu, na ruim een jaar functioneren, zou de experimentele fase afgesloten moeten worden en een fase van verankeringen ingezet moeten worden, zodat iedereen weet waar hij staat en vanuit welk vertrekpunt de Spoedposten nog verder kunnen worden verbeterd. Deze fase stem ik gelijk met de realisatiefase van Schrijvers.

In deze fase komt de organisatiestructuur in rustig vaarwater en kunnen de nieuwe procedures uitharden. Vandaar dat de procedures en protocollen en de organisatieopbouw volledig kunnen worden beschreven.

Voorlopige conclusie

Samenvattend komt het proces van het project Spoedposten op het volgende neer. De initiatiefase, adoptiefase en de fase van doelbepaling hebben alle drie een sterk ontwerpgericht karakter gekend. Het topmanagement had visie en doel en had daar ook al een eigen invulling aan gegeven. Borging heeft in de doelbepalende fase expliciet plaatsgevonden. De ontwerpisen als borgingsdocument is hier een voorbeeld van. De fase van instrumentontwikkeling –die ik gelijk heb gesteld met de voorbereidende fase uit mijn resultaten- is overwegend door de ontwikkelstrategie gedomineerd geweest. Borging heeft hier impliciet plaatsgevonden, door middel van de werkgroepen en nieuwsbrieven op alle ziekenhuislocaties. De daarop volgende experimentele fase is uit te splitsen in twee gebeurtenissen: de daadwerkelijke invoering van de Spoedposten enerzijds en de huidige praktijk anderzijds. De invoering van de Spoedposten is door middel van een ontwerpbenadering ingevoerd, waarbij het Handboek Spoedposten en het beslisdocument belangrijke expliciete borgingsdocumenten zijn gebleken. De huidige praktijk van het functioneren van de Spoedposten nu, verkeert in een fase van ontwikkeling. Borging vindt plaats in het dagelijks handelen van de Spoedpostmedewerkers.

De realisatiefase is de fase die nu gaat aanbreken, en waar mijns inziens gewaakt moet worden voor onduidelijkheden, zowel in de te beleggen verantwoordelijkheden en wie je daar op aanspreekt, als

in procedures en afspraken die onderling moeten worden nagekomen. De onderstaande figuur vat deze subconclusie samen.

Figuur 6.1; Overzicht fases van Schrijvers, veranderingsbenadering Boonstra et al., en toepassing borging Pater et al.

Fase	Ontwerpen en/of ontwikkelen?	Borging?
Initiatie	Ontwerpen	n.v.t.
Adoptie	Ontwerpen	Beperkt van toepassing (HAGRO-rondes)
Doelbepaling & Instrumentontwikkeling	Ontwerpen Ontwikkelen	Expliciet (ontwerpeisen) impliciet (werkgroepen, nieuwsbrieven)
Experimentele fase; invoering & praktijk	Ontwerpen Ontwikkelen	Expliciet (beslisdocument, handboek) Impliciet (in dagelijks handelen)
Realisatie

6.1.1 Krachtenvelden

'De samenwerking in het project Spoedposten zal ongetwijfeld beïnvloedt worden door de onderlinge macht en afhankelijkheid', zo stelde ik in mijn theoretisch kader (4.4). De vergelijking die Mastenbroek maakt, kan ook breder getrokken worden naar de deelnemende organisaties in het project Spoedposten: De drie ziekenhuizen en de CHP. Ik heb de verhoudingen tussen deze organisaties afgezet tegen de theorie van Mastenbroek.

Tijdens de initiatie- en adoptiefase heeft het krachtenveld een positief effect gehad voor de voortgang van het proces. Immers, alle drie de ziekenhuizen voelden een sense of urgency en wilden daarom participeren in het project, maar ook om andere ziekenhuizen voor te blijven. Door de evenwichtssituatie tussen deze drie ziekenhuizen is dit proces goed verlopen. Ook het feit dat het Elkerliek later kon instappen zegt veel over dit onderlinge, door werkgebieden afgebakende, evenwicht. Met het Máxima Medisch Centrum erbij zou het proces, gezien de eigen belangen, anders zijn verlopen.

Alleen al bij de aanleiding van het project Spoedposten is zichtbaar dat zowel de ziekenhuizen als de CHP voor zichzelf bezig zijn met positieverbetering en het strategische spel. Met name het begrip centraliteit, en daarmee samenhangend ook de vervangbaarheid (zie 4.4.1), zijn naar mijn mening van toepassing op het project Spoedposten. De ziekenhuizen werken samen op het gebied van acute zorg, maar zijn, uiteindelijk, ook concurrenten van elkaar. Hoe groter je adherentiegebied, hoe meer zekerheid in de zin van voortbestaan en hoe kleiner de kans dat je als ziekenhuis vervangen wordt. De CHP zet zich in voor de huisartsen die in de in ANW-uren diensten draaien in de regio Zuidoost Brabant en daarmee speelt de CHP een centrale rol en heeft daardoor een machtige positie in het project Spoedposten. Maar, wat zullen de gevolgen zijn voor de CHP als de Spoedpostconstructie zich

uit gaat breiden naar dagzorg? Welke organisatie gaat dan de centrale rol in spelen? En hoe vervangbaar zijn de huisartsen eigenlijk? Het citaat van een huisarts onderschrijft deze afhankelijkheid: "Als je de huisarts uitgumt en daar SEH-arts neerzet, dan ben je klaar..".

Ook de spanningsbalansen die Mastenbroek schetst met betrekking tot de wederzijdse afhankelijkheid en gezamenlijke kracht naar buiten, tegenover de drang naar autonomie en een sterke zelfstandige positie zijn toepasbaar op de Spoedposten..Enerzijds is er de gezamenlijke kracht naar buiten waarbij de Spoedposten uitdragen de juiste zorg op de beste manier aan de patiënt te leveren, maar anderzijds mag verwacht worden dat onder druk van de markt en de lokale verschillen elke organisatie bezig is en blijft met het behartigen van de eigen belangen en dat daarbij soms spanning ontstaat met de gemeenschappelijke doelen.

Mastenbroek beschrijft dat de eigen identiteit in het geding kan komen, wanneer de identiteit van het grotere geheel, de Spoedpost, te dominant is. Zo is het Elkerliek ziekenhuis pas later ingestapt, maar heeft het zich wel geconformeerd aan het Spoedpostmodel zoals het er lag; een actie dat bij heeft gedragen aan het wij-gevoel van 'de Spoedpost'. Dit wij-gevoel versus eigen identiteit komt overeen met de spanningsbalans van Mastenbroek. Deze spanning speelt ook tijdens het project nog een rol. Zo ervaren de huisartsen dat hun identiteit in de toekomst mogelijk in het geding komt. Daar is wat voor te zeggen, aangezien zij intrek hebben genomen in die grote ziekenhuizen.

Enerzijds wil men een eenduidig beeld uitdragen van 'de Spoedpost', maar anderzijds wil iedereen maar wat graag duidelijk maken wie welke zorg geleverd heeft aan de patiënt. Nu het project staat zal aandacht voor deze spanningsbalans nodig blijven.

In het theoretisch kader ben ik uitgegaan van vier gelijke machtposities en relaties omdat iedere organisatie een eigen werkomgeving en zorggebied heeft en dat niet zomaar aan de ander zal afstaan en de partijen elkaar op basis van gemeenschappelijke en eigen belangen, als gelijkwaardige partners gevonden hebben. Hoe sterker de wederzijdse afhankelijkheid, hoe meer de partijen neigen naar onderling onderhandelen of samenwerken, maar Mastenbroek beschrijft ook dat als partijen ongeveer even machtig zijn, er tevens een impuls bestaat naar geleidelijk onderling verscherpende competitie. Die neiging kan ontstaan uit angst of weinig vertrouwen in elkaar. Vertrouwen blijkt dus ook hier (zie ook 'terugblik op het proces') van groot belang. Weinig vertrouwen kan zich uiten in competitief gedrag en discussies over posities, taken en bevoegdheden: "En dan ga je samenwerken, ja, dan moet je naar één kapitein op het schip." Deze discussies zie je onder andere terug in het kopje praktijk (5.8) over de Spoedpostbalie. Hiervoor moet gewaakt worden door de vier organisaties gezamenlijk, zodat het bestaan van de Spoedpost in de toekomst niet in het geding komt.

6.1.2 Terugblik op het proces

Vanuit de theorie

Schrijvers geeft een aantal voorwaarden aan waaraan een verandering moet voldoen om succesvol geïmplementeerd te kunnen worden. Eigenlijk sluiten alle genoemde voorwaarden in het theoretisch kader naadloos aan op het project Spoedposten: De win-win situatie is aanwezig, professionals zijn bereid geweest om verder te kijken dan hun eigen belang, en bleken bereid ten behoeve het project, waar nodig, in te leveren. De partijen hebben vertrouwen en respect getoond jegens elkaar. Immers, zonder vertrouwen was dit project nooit van de grond gekomen. De vraag of het management over voldoende kennis, vaardigheden en tijd beschikt heeft om het project in goede banen te leiden, durf

ik op grond van mijn resultaten niet met zekerheid te beantwoorden. Maar daar de Spoedposten nu ruim een jaar functioneren kan aangenomen worden dat het management van alle vier de partijen de taak goed volbracht heeft. Tot slot moet geconstateerd worden dat het project tot aan de daadwerkelijke invoering van de Spoedposten aangestuurd is geweest door een projectleider, die neutraal in dit project stond. Juist het feit dat het project in zijn geheel geslaagd is en geen ruimte is geboden aan onderlinge rivaliteit, terwijl de individuele belangen van de ziekenhuizen en de CHP wel kleine conflicthaarden in zich dragen, geeft aan dat de keuze voor een neutrale projectleider een zeer goede keuze is geweest.

De voorwaarde van Schrijvers met betrekking tot het feit dat de partijen voldoende respect en vertrouwen moeten hebben in elkaar, is een interessant punt. Want mijns inziens moet niet alleen voor en tijdens het project aan deze voorwaarde voldaan worden, maar ook nog in het vervolgtraject; waar het project Spoedposten zich nu in bevindt. Want ondanks dat de drie Spoedposten ieder op een eigen locatie functioneren, vindt er nog steeds samenwerking en afstemming plaats op regionaal niveau. Zo moeten de drie locaties namelijk *samen* een bepaald aantal zelfverwijzers ombuigen en daarnaast streven ze nog steeds uniformiteit van de Spoedposten na in deze regio. Wanneer het vertrouwen in elkaar wegebt kan dit alsnog desastreuze gevolgen hebben voor het voortbestaan van de Spoedposten. Te meer, omdat de CHP op alle drie de locaties werkt en als verbindende schakel zal moeten functioneren. Daarmee blijft openheid en vertrouwen in elkaar een essentiële voorwaarde.

Vanuit de respondenten

Al met al ervaren de respondenten de komst van de Spoedpost als een verbetering. Sommige respondenten vonden dat aan enkele partijen meer aandacht besteed had moeten worden. De opvallendste twee partijen die genoemd werden, waren de ambulancedienst en de patiënt zelf, vertegenwoordigd in een patiëntenorganisatie.

De werkvloer merkt aan den lijve de ombuiging van de zelfverwijzers. Achteraf bezien zeggen de bestuurlijke respondenten dat het project goed voorbereid is geweest en op een goede wijze stap voor stap is doorlopen.

De praktijkervaringen van respondenten omtrent de Spoedpostbalie, de kortelijnsverpleegkundigen en de ANW-diensten van de huisartsen laten zien dat het project Spoedposten nog niet als 'af' kan worden beschouwd. Zo laat de taak(her)verdeling tussen de medewerkers achter de Spoedpostbalie zien dat er nog een aantal stappen en groeiprocessen doorlopen moeten worden en ook de komst van de kortelijnsverpleegkundige is nog een punt van aandacht en onderdeel van het project.

De reacties op de vraag wat de succesfactor voor het project Spoedposten is geweest, zijn drieledig. Enkele respondenten vinden dat 'de Spoedpost' zelf gewoon een heel goed idee is, met win-win situaties voor alle participerende partijen. Sommige andere respondenten benoemen in dit kader de goede (persoonlijke) relaties tussen belangrijke sleutelfiguren in het project en (de) managers. En tot slot werd toch ook een paar keer de financiële tegemoetkoming van de zorgverzekeraars als bepalende factor voor het slagen van de Spoedposten genoemd. Luc Coenen verwijst in zijn artikel over samenwerking tussen HAP (Huisartsenpost) en SEH (Spoedeisende Hulp) ook naar de zorgverzekeraars als belangrijke katalysator in het proces, waarin zij vaak in staat zijn om de negatieve financiële prikkel op te heffen (2009).

6.2 Conclusie

Op basis van de discussie ben ik nu in staat om een onderbouwd antwoord te geven op mijn hoofdvraag:

‘Welke betekenis geven de betrokken actoren aan het project Spoedposten Zuidoost Brabant’

De betrokken actoren, waaronder ik alle medewerkers versta die medewerking hebben verleend aan mijn onderzoek, hebben het Project Spoedposten Zuidoost Brabant als proces, overwegend positief ervaren. Als concept zien respondenten dit als een positieve ontwikkeling voor de acute zorg.

Het CHP-bestuur, de Raden van Bestuur en de Medische Staven van de ziekenhuizen hebben grote inspanningen geleverd om het project Spoedposten op te kunnen zetten. Vele uren werk zijn gestoken in vergaderingen, onderhandelingen en het organiseren van bijeenkomsten en werkgroepen om iedereen te overtuigen van het belang en de win-win situatie van de Spoedpost.

Achteraf bezien had aan sommige actoren wellicht meer aandacht besteed moeten worden, en daar is het in sommige gevallen nog steeds niet te laat voor. Meer aandacht voor de patiëntenorganisaties had bij kunnen dragen in een nog breder draagvlak en aan de herkenning van en beeldvorming over de Spoedpost nu.

Van de hoofddoelstelling bleken alle respondenten op de hoogte, maar van de subdoelstellingen bleek dit slechts selectief het geval. Mogelijk had meer of betere informatieverschaffing omtrent de doelstellingen, of het meer betrekken van de werkvloer, de motivatie onder medewerkers nog meer kunnen aanwakkeren.

De voorbereidende fase is goed verlopen en respondenten kijken met een positief gevoel terug op deze periode. De periode van daadwerkelijke invoering van de Spoedposten werd ook met een positief gevoel op teruggekeken, maar deze fase kende ook een aantal hobbels op het gebied van huisvesting. Enkele respondenten vragen zich af of het Catharina per se al in december 2008 had moeten openen en of dat niet te snel is geweest. Ook de huisvesting op het St. Anna liet tot kort voor de eerst geplande opening zo zeer te wensen over dat die opening toen drie maanden verdaagd is.

Volgens respondenten wijken de Spoedposten weinig af van het model dat in theorie bedacht is en voldoet het resultaat van de Spoedposten in de praktijk en dat is een mooie prestatie. De gestelde doelstellingen lijken over het algemeen behaald te gaan worden.

Over het geheel genomen is in het project Spoedposten de ontwerpstrategie toegepast. Binnen de verschillende fases is met gevoel voor de situatie gevarieerd met ontwerpen en ontwikkelen. Het hele proces is daarmee binnen afzienbare tijd tot stand gekomen met een hoge kwaliteit en betrokkenheid. De borging is per gehanteerde veranderstrategie op de juiste wijze gehanteerd.

Kijkend naar de theoretische thema's en de dwarsverbanden die gelegd zijn in de discussie, sluit het project Spoedposten goed aan bij de theorie. De participerende organisaties en het proces blijken veel kenmerken van een professionele organisatie te hebben.

De succesfactoren volgens de respondenten voor het project Spoedposten blijkt een concept dat op de keper beschouwd gewoon een goed idee is met win-win situaties voor alle participerende

partijen. Daarnaast vinden respondenten dat een goede relatie tussen sleutelfiguren essentieel geweest en heeft de tegemoetkoming van de zorgverzekeraar de negatieve financiële prikkel kunnen opheffen, waardoor de Spoedposten tot stand hebben kunnen komen.

Ook zijn, naar mijn mening, de HAGRO-rondes, het beslisdocument en het handboek Spoedposten belangrijke factoren geweest voor het slagen van het project Spoedposten.

Een gemis tijdens, maar ook bij de opening van de Spoedposten, is het 'afsluiten' van een projectfase. Werkgroepen zijn in de beleving van respondenten te abrupt opgeheven en ook het openen van de Spoedposten had meer aandacht mogen krijgen. Medewerkers worden door zo'n moment van aandacht erkend en gewaardeerd voor hun inzet tot dan toe, bovendien weet iedereen daarna waar hij staat in het proces en wat nog komen gaat.

De borging van het project Spoedposten heeft nog niet voldoende plaatsgevonden. Afspraken en werkwijzen dienen in het project Spoedposten geformaliseerd en kenbaar gemaakt te worden. Daarnaast blijkt vertrouwen van de vier organisaties in elkaar van invloed op de onderlinge machtsbalans en voor het voortbestaan van de Spoedposten in Zuidoost Brabant. Alleen als borging plaatsvindt en vertrouwen en openheid blijft, kunnen de Spoedposten in Zuidoost Brabant ook *blijven* bestaan.

7 Bibliografie

- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Boonstra, J. J. , Steensma, H.O. & Demenint, M.I. (1996). *Ontwerpen en Ontwikkelen van organisaties, theorie en praktijk van complexe veranderingsprocessen*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.
- Creswell, J.W., (2003) *Research Design Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. University of Nebraska, Lincoln
- Kapteyn, B., (2001) *Organistietheorie voor non-profit* Bohn en Stafleu van Loghum
- Mastenbroek drs. C.G. Meer, van der F.M. (2005) *Acute zorg: over schakels en functies*. College voor Zorgverzekeringen, Diemen.
- Mastenbroek, drs. C.G., Meer, van der F.M., (mei 2004) *Rapport: Huisartsendienstenstructuren: doelmatigheid en sturing door zorgverzekeraars*, College van Zorgverzekeringen, Diemen.
- Mintzberg, H. (1983) *Structure in Fives: Designing Effective Organizations - condensed version of the structuring of organizations*, Prentice Hall.
- Pater, L., Roest, S., Dubbeldam, S., Verweijen, M., (2001) *Implementeren, het speelveld in de praktijk*. Boom uitgevers, Den Haag.
- Plank van der, R.N., (2002) *Ethiek bedrijven in de zorg* van Gorcum, pg. 67.
- Schrijvers, A.J.P., (2001) *Kathedraal van zorg*. Reed business BV.
- Silverman, D., (2005) *Doing Qualitative Research*, Sage Publications FSC Mixed sources.
- Stake, R.E., (1995) *The art of case study research* Sage Publications
- Turner, J.R., (2009) *The handbook of Project-based management. Leading strategic change in organizations* pg. 2 The McGraw-Hill companies, United States of America
- Vermue, Drs. N., Giesen, Dr. P., Huibers, L., (2007) *Samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp: huidige situatie en toekomstplannen van huisartsenposten in Nederland* WOK Centre for Quality Research, UMC St Radboud Nijmegen.

Overige bronnen

- Beleidsplan 2009-2011 (datum onbekend) *Aangenaam, Anna. Professionele en persoonlijke zorg in één*. Sint-Anna Zorggroep.
- Bentum van, M., (juli 2010) *Een gearrangeerd huwelijk of echte liefde?* Masterscriptie Universiteit van Utrecht.
- Beslisdocument Spoedpost Catharina-ziekenhuis (2008).
- Beslisdocument Spoedposten Zuidoost Brabant versie 1.1, (2008) CHP ZOB.
- CHP ZOB standpunten inzake de positie van de CHP en de Spoedeisende zorg (2005).
- Coenen, L., (augustus, 2009) *Twee en één samen is geen anderhalf*, een kwalitatieve, landelijke inventarisatie samenwerkingsverbanden HAP en SEH. Masterscriptie Universiteit Utrecht.

- Handboek Spoedpost Catharina (2009), Liesbeth van Rooij projectmedewerker Acute Zorg, CHP Zuidoost Brabant.
- Kwaliteitsjaarverslag CHP ZOB (2008) P.M.M. Crooijmans, kwaliteit- en klachtenfunctionaris.
- Otten, E., (2006) Ontwerpeisen project Spoedposten ZOB
- Overeenkomst projectpartijen Spoedposten Zuidoost Brabant en zorgverzekeraars Univé-VGZ-IZA-Trias en CZ (november, 2008).
- Scheppink, E., (2010) presentatie organisatiemodellen Spoedpost, VHN 'informatiebijeenkomst HAP en SEH' 17 maart 2010.
- Schilder, J.N. (2009) SEH-arts is geen specialist. Medisch contact. Nr 46, pg.64
- Schrijvers, A.J.P., (2009) Nieuwsbrief public health 349, pagina 1, geraadpleegd in maart 2010: http://www.integratedcare.eu/integratedcare_ned/downloads/349-nieuwsbrief-public-health-d.d.-31-mei-2009.pdf
- Toekomstvisie CHP Zuidoost Brabant (2005) Standpunt inzake de positie van de CHP in de spoedeisende zorg.
- ZonMw, (2009) Op één lijn, meer gezondheid en participatie door sterke organisatie van zorg dicht bij huis. Den Haag.

Kamerstukken

- Borst-Eilers, dr. E., (12-03-2002), project Versterking Ambulancezorg Speech van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag. Geraadpleegd in maart 2010: http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/cz/startsein_project_versterking_ambulancezorg.asp
- Hoogervorst, H., (04-04-2006) Reactie op CVZ-rapport Acute zorg: over schakels en functies, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd in maart 2010: <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2006/reactie-op-cvz-rapport-acute-zorg-over-schakels-en-functies.asp>
- Hoogervorst, H., (05-10-2005) Kamerstuk minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Beleidsvisie Traumazorg 2005-2010, Den Haag. Geraadpleegd in maart 2010: <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2005/beleidsvisie-traumazorg-2005-2010.asp>
- Hoogervorst, H., (28-03-2004), Kamerstuk minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, reactie IGZ CVZ rapport huisartsenpost, Den Haag. Geraadpleegd in maart 2010: http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/reactie_igz_cvz_rapport_huisartsenpost.asp
- Klink, A., (juli 2009) Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbesteding, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd in februari 2010: <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2009/voorhangbrief-keten-dbc's-en-huisartsenbesteding.asp>

Websites

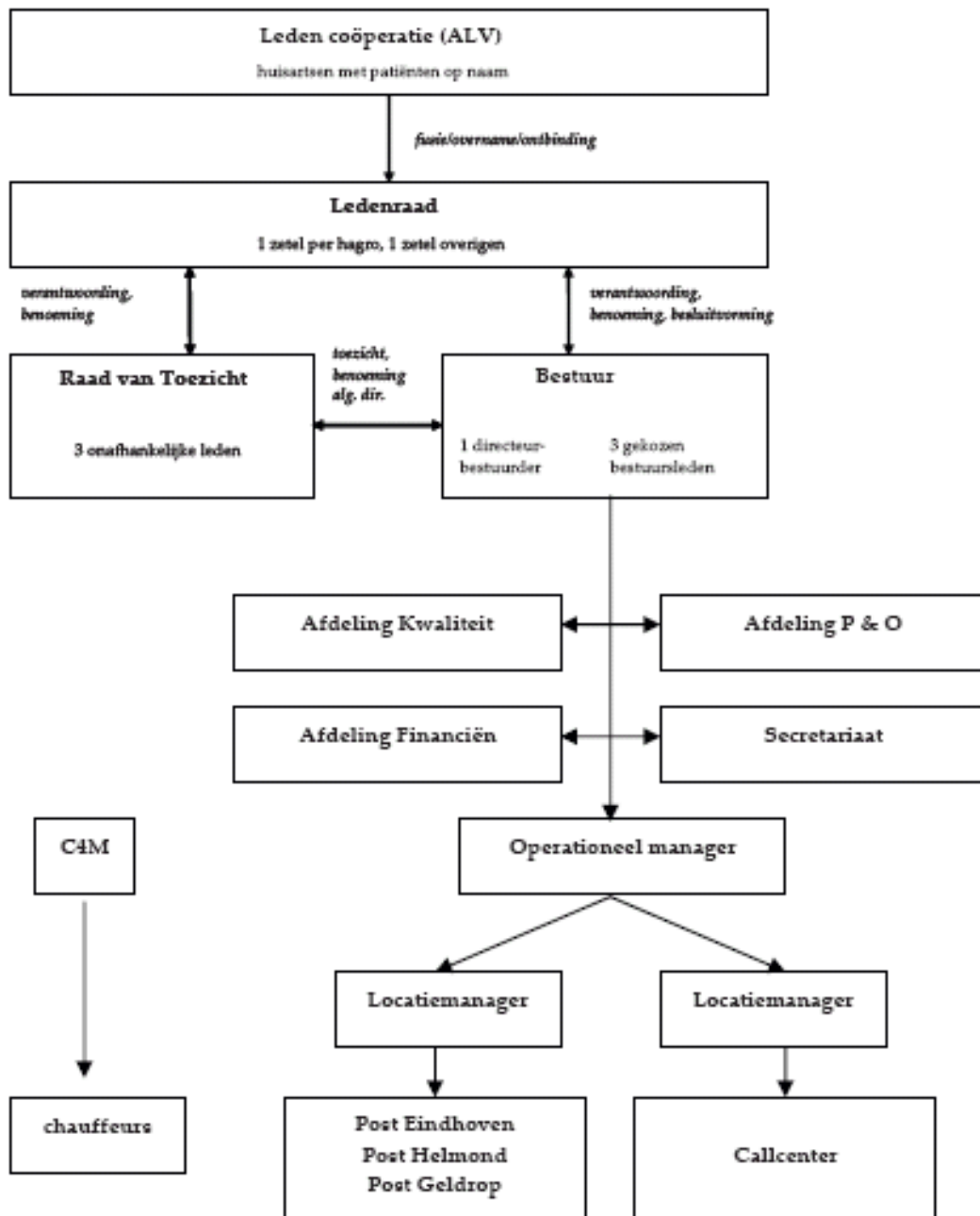
- a.a., (2004) Kennemer Gasthuis opent eerste spoedpost, Elsevier Geraadpleegd in maart 2010: <http://nieuws.elseviergezondheidszorg.nl/3276-kennemer-gasthuis-opent-eerste-spoedpost.html>
- A.a., (2009) Catharina-ziekenhuis. Geraadpleegd in juni 2010: <http://www.cze.nl/default.aspx?themaset=&TreeCode=000.002.003&MenuStartDepth=3&ContentURL=loader%2floader.aspx%3fDOCUMENTID%3dab5a5a87-d98e-4162-88e5-5680cfc1a73f>
- A.a., (2009) Elkerliek ziekenhuis. Geraadpleegd in juni 2010: <http://www.elkerliek.nl/default.aspx>

- A.a., (2009) St. Anna Ziekenhuis. Geraadpleegd in juni 2010: <http://www.st-anna.nl/beleidsplan-2009-2011.html>
- a.a., (2010) De arts-assistent, tabblad patiënten en bezoekers. Geraadpleegd in maart 2010: <http://www.catharina-ziekenhuis.nl/Site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=6c2c6e65-33f0-44c0-a462-23c2670273ed>
- a.a., (2010) Over onze organisatie. Geraadpleegd in januari 2010: <http://www.chpzob.nl/info.php>
- a.a., (2010) Sector portals; huisartsendienstenstructuren. Geraadpleegd in maart 2010: http://www.hkz.nl/component/option,com_sectorfrontpage/sector_id,95/Itemid,1584/
- Schrijvers, G., (juni 2009) Spoedposten Ja of nee? Aflevering 1: de definitie. Geraadpleegd in maart 2010: <http://www.medicalfacts.nl/2009/06/01/spoedposten-ja-of-nee-aflevering-1-de-definitie/>

Bijlagen

I Organogram CHP ZOB

Organogram Centrale HuisartsenPost ZuidOost Brabant



Toelichting organogram (Kwaliteitsjaerverslag, 2009):

CHP Zuidoost Brabant heeft samen met de Huisartsenpost HOV ('s Hertogenbosch, Oss & Veghel) een backoffice. De directeur en managers van beide organisaties zijn dezelfde personen. De afdelingen kwaliteit van beide organisaties tezamen vormt het cluster kwaliteit. De chauffeurs die voor de CHP rijden zijn in dienst van de stichting Care 4 Mobility.

II Topiclijst

Topiclijst semi-gestructureerde interviews

Introductie

Onderzoeker

- Master OVM
- Onderzoek naar Spoedpostsen ZOB
- Onderzoeksvraag

Geïnterviewde

- Anonimisatie wel/niet? Beroep noemen?
- Toestemming opnemen gesprek
- Functie

Associatie met de Spoedpost

De mogelijkheid voor de respondenten om vrij te vertellen over hun associatie met de Spoedpost. Het antwoord van de respondenten kan de onderzoeker een idee geven over hoe de respondenten in het gesprek staat en mogelijk een leidraad vormen voor het interview.

Aanleiding

Bekendheid met het project

- Aanleiding
- Rol respondent

Participatie

- Betrokken partijen
- Wie niet?

Doelstellingen

Het verandertraject/ de implementatie

Verloop implementatie

- Respondent betrokken?

Sturing

- Wie hadden een sturende rol?

SP-ZOB in praktijk

- Terugblik op verandering
- Eindresultaat
- Verschil theorie – praktijk?
- Toekomst

Afsluiting

- Vragen/opmerkingen/aanvullingen?
- Juni/juli afronding onderzoek
- Bedanken voor de medewerking

N.B. Tijdens het interview zal constant gevraagd worden naar de mening van de respondent.

III Afkortingen

Afkortingen en veelvoorkomend termen op alfabetische volgorde

ANW uren	Avond, nacht & weekend uren.
BOS	Bestuurlijk overleg Spoedposten
CHP ZOB	Centrale Huisartsen Post Zuidoost Brabant
CPA	Centrale post ambulance, tegenwoordig MKA; Meldkamer Ambulancezorg
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
Hagro	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
HDS	Huisartsendienstenstructuur
HOV	Huisartsenpost 's Hertogenbosch, Oss & Veghel
LHV	Landelijke huisartsen vereniging
RAV	Regionale ambulancevoorziening
SEH	Spoedeisende Hulp
SHOKO	Stichting Huisarts Organisatie Kempen en Omstreken
TOS	Tactisch overleg Spoedposten
Triageverpleegkundige	Verpleegkundige die werkt onder de supervisie van de SEH of de HAP. Zij beoordelen patiënten naar de ernst van de verwondingen of ziektebeeld in verschillende categorieën verdeeld, opdat zij de patiënt naar de juiste hulpverlener kunnen doorverwijzen.
UVIT	Univé-VGZ-IZA-Trias (zorgverzekeraars)
VHN	Vereniging Huisartsen Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport