

University of Groningen

Effectevaluatie ziekenhuisarts pilot - traject II

van Offenbeek, Marjolein; Bakker, Roel H.; Regts, A.G.; Roemeling, Oskar; Vos, Jantje

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2018

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

van Offenbeek, M., Bakker, R. H., Regts, A. G., Roemeling, O., & Vos, J. (2018). *Effectevaluatie ziekenhuisarts pilot - traject II: Eindrapportage*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



rijksuniversiteit
groningen

faculteit economie
en bedrijfskunde

expertisecentrum
healthwise

Effectevaluatie ziekenhuisarts pilot – traject II

Eindrapportage



www.rug.nl/healthwise

Onderzoek in opdracht van de Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG).
Subsidie verstrekt door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

Groningen, 31 juli 2018

Auteurs:

Mw. dr. M.A.G. van Offenbeek

Dhr. dr. R. Bakker (TGO)

Mw. dr. A.G. Regts-Walters

Dhr. dr. O.P. Roemeling

Mw. dr. J.F.J. Vos

Dankwoord

Dit onderzoek is alleen tot stand gekomen dankzij de medewerking en de steun van velen in het veld. Wij willen iedereen bedanken die zijn of haar ervaringen met en verwachtingen van ziekenhuisartsen met ons heeft gedeeld, of anderszins een bijdrage heeft geleverd aan het verzamelen, verwerken en analyseren van gegevens. Wij zijn zeer erkentelijk voor de uitgebreide interviews en zelfs in de soms lastig in te vullen vragenlijsten gaven betrokkenen veelal nog uitvoerige toelichtingen. Om redenen van beloofde anonimiteit zullen meewerkende instellingen, geïnterviewden en respondenten niet met naam en toenaam worden genoemd in deze eindrapportage¹. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar de ziekenhuisartsen wier nieuwe functie en rollen werden geëvalueerd. Zij hebben het onderzoek op uiteenlopende manieren ondersteund en ons bovenal een kijkje in de keuken gegund. Het gaat hier uitdrukkelijk om een evaluatie van de effecten van hun functie en niet om hen als persoon. Wij hopen dat deze blik op de eerste effecten van dit nieuwe medisch beroep voeding kan geven aan een vruchtbare dialoog over de verdere ontwikkeling en positionering van deze nieuwe profielarts en de bijbehorende rollen. Mogelijk kunnen de inzichten de besluitvorming over de inzet van deze nieuwe medische functie, zowel landelijk als lokaal, ondersteunen.

Namens de betrokken onderzoekers,

Dr. M. van Offenbeek

¹ In Bijlage 7 is een lijst met leden van de klankbordgroep opgenomen.

Inhoudsopgave

Management Samenvatting	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel en vraagstelling	10
Hoofdstuk 2 Methode	10
2.1 Onderzoeksdesign	10
2.2 Casestudies: interviews en vragenlijsten	11
2.3 Dieptestudie	14
2.4 Patient Journey	17
Hoofdstuk 3 Resultaten	18
3.1 Casebeschrijvingen	18
3.2 Resultaten per deelvraag	19
3.3 Het perspectief van de patiënt	50
3.4 Contracten, diensten en verdiensten	51
Hoofdstuk 4 Conclusies en aanbevelingen	52
4.1 Rolontwikkeling en substitutie	52
4.2 Ervaren effecten van de ziekenhuisartsfunctie	53
4.3 Beperkingen van de studie	55
4.4 Discussie en aanbevelingen	56
4.5 Slotconclusie	62
Literatuur	64
Bijlagen	

Management Samenvatting

Het onderhavige onderzoek richtte zich op de lokale effecten van de nieuwe medische functie ziekenhuisarts, een profielarts, binnen Nederlandse ziekenhuizen. De volgende vragen stonden centraal: 1. Wat is het mogelijke effect van de invoering van de nieuwe functie ziekenhuisarts op de (verandering in) taken en verantwoordelijkheden van omringende medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg? 2. Wat zijn de waargenomen en verwachte effecten van de ziekenhuisartsfunctie op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid, vanuit ziekenhuisperspectief en vanuit patiënten-perspectief; de efficiëntie van de patiëntenzorg; de samenwerkingsrelatie met andere medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg; de samenwerkingsrelatie van het ziekenhuis met de eerste en derde lijn binnen de patiëntenzorg?

De onderzoekspopulatie bestond uit de eerste negentien ziekenhuisartsen die aan de slag gingen in een klinische setting binnen een Nederlands ziekenhuis. Daarvan hebben er achttien hun medewerking aan het onderzoek verleend. Er zijn in totaal 57 interviews gehouden op negen ziekenhuisafdelingen, vooral met ziekenhuisartsen en direct betrokken medisch specialisten en hoofdverpleegkundigen. Daarnaast konden vragenlijsten worden uitgezet rondom een of meer ziekenhuisartsen op zes locaties bij ziekenhuisartsen, de hen omringende professionals en in beperkte mate hebben patiënten met ons gesproken of een vragenlijst ingevuld. Ziekenhuisartsen en andere professionals in een zaalartsrol zijn op drie ziekenhuisafdelingen geobserveerd. Bij één ziekenhuisafdeling werden prestatie-indicatoren retrospectief vergeleken. Geplande voor- en nametingen in termen van observaties en prestatie-indicatoren konden geen doorgang vinden. Wel vond op twee ziekenhuisafdelingen na een jaar een tweede ronde van het vragenlijstonderzoek plaats.

Het lukte alle afgestudeerde ziekenhuisartsen van de eerste twee cohorten die dat wilden een (eerst veelal tijdelijke) functie als ziekenhuisarts te vinden. Een beperkt aantal afgestudeerden had geen belangstelling voor zo'n functie, of althans niet in Nederland. Tijdens de opleiding zelf was er vooral bij de eerste twee cohorten sprake van uitval. Bij latere cohorten is de uitval tot nu toe minder.

Ongeveer een half jaar tot een jaar na aanstelling functioneert de meerderheid van de eerste negentien ziekenhuisartsen naar tevredenheid van betrokkenen op de werkvloer. Slechts bij een enkeling was dit niet het geval. Verpleegkundigen zijn vrijwel unaniem positief. Zij waarderen met name de meer gestructureerde visites en een verschuiving van 'de arts komt op bezoek' naar 'samen de afdeling runnen'. Over het algemeen neemt de ziekenhuisarts vooral taken over van de ANIOS, de medisch specialist en de AIOS. Op de betrokken snijdende afdelingen ervaart men bijna overal dat minder intercollegiale consulten worden aangevraagd, maar men kan dit (nog) niet objectief aantonen of heeft daar nog geen pogingen toe ondernomen.

De kwaliteitsaspecten waarop het meest positieve effect wordt waargenomen zijn persoonsgerichte zorg; medicatiebeleid; medische visite; communicatie met patiënt en familie; en continuïteit van de medische behandeling en van de informatievoorziening. De geboden continuïteit op deze twee aspecten alsmede de beschikbaarheid van een breed opgeleide arts in de klinische setting die naar de gehele patiënt kijkt, lijken de meest belangrijke pijlers. De continuïteit uit zich onder andere in een gestructureerde medische visite en goede overdracht. De generalistische focus op de patiënt wordt vooral op snijdende afdelingen breed gewaardeerd. Op de tot nu toe weinige beschouwende afdelingen waar een enkele ziekenhuisarts werd ingezet, was de ervaren meerwaarde beperkter. Op

vrijwel alle afdelingen valt de speciale aandacht van ziekenhuisartsen voor het medicatiebeleid op. De ervaren meerwaarde op dit punt bestaat uit aandacht voor de medicatie voor, na en tijdens opname; saneren medicatie en minder medicatiefouten. Verwacht wordt dat de ziekenhuisartsfunctie meer kan bijdragen aan stroomlijning van het zorgproces in de klinische setting, naarmate de inzet van de functie daartoe meer als gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gezien op de afdeling en wordt ondersteund door een gedeelde visie van het management en de medische staf. We zien daarvan al enkele concrete voorbeelden. Er zijn ook afdelingen waarin structurele verbeteringen in de organisatie van het werk niet van de grond komen. Belangrijke verklarende factoren lijken een minder bewuste inzet van de functie door het management, de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen het medisch domein en de rolopvatting van de individuele ziekenhuisarts. Wanneer een ziekenhuisarts een van de vele poppetjes blijft en in de roostering als inwisselbaar wordt gezien met andere beroepsgroepen in het medisch domein, is stroomlijning van het zorgproces niet mogelijk. Een herhaalde meting na een jaar in twee ziekenhuizen laat een bestending van de overwegend positieve ervaringen en het daarmee gepaard gaande brede draagvlak voor de functie zien.

Tegelijk zijn er (aanloop-)problemen die aandacht behoeven. De lokale rolontwikkeling, maar zeker ook het leren benutten van en werken met een ziekenhuisarts op een afdeling zijn veranderingsprocessen die tijd en aandacht vragen. Dit geldt ook voor de meer experimentele fase waarin de invoering van de functie zich in ongeveer de helft van de bestudeerde afdelingen nog bevindt. Bovendien zijn er nog onvoldoende ziekenhuisartsen beschikbaar. Dit beperkt de mogelijkheden om de medische zorg op een klinische afdeling beter te organiseren. Door deze omstandigheden lukt het een minderheid van de ziekenhuisartsen (nog) niet hun meerwaarde boven andere functies in het medisch domein overtuigend aan te tonen. Ten tweede veronderstelt een geslaagde invoering van de functie ziekenhuisarts overleg tussen de raad van bestuur, de centrale opleidingscommissie en de medische staf dan wel het medisch specialistisch bedrijf over de visie op de inzet en financiering van de functie. Dit komt soms onvoldoende van de grond of leidt niet tot een duidelijk beleid. Ten derde spelen op enkele plekken verschillende verwachtingen tussen de individuele ziekenhuisarts en het (medisch) management.

Meer in het algemeen is er een groeipad nodig voor klinische afdelingen die ziekenhuisartsen (willen) inzetten, waarbij op verschillende punten wordt gebalanceerd tussen wat wenselijk en wat in een bepaalde fase mogelijk is. Aandachtspunten betreffen de verhouding tussen zaalwerk enerzijds en de (meer projectmatige) verantwoordelijkheden voor het organiseren van kwaliteitszorg en patiëntveiligheid en voor opleidings- en onderzoekstaken anderzijds; de frequentie van rouleren over afdelingen; de haalbaarheid van een 24/7-inzet; de onderlinge positionering van de functies in het medisch domein; en de duurzame aantrekkelijkheid van de functie ziekenhuisarts. We schetsen vier mogelijke typen ziekenhuisartsrollen om het gesprek over de inzet van ziekenhuisartsen, inclusief de afwegingen op bovengenoemde aandachtspunten, te voeden.

Uit het recent afgesloten Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 (4 juni, 2018) blijkt dat landelijk wordt ingezet op taakherschikking in ziekenhuizen. In het akkoord worden expliciet afspraken gemaakt over de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Deze functies bieden evenals de ziekenhuisarts meer continuïteit van zorg. De ziekenhuisarts onderscheidt zich echter in de klinische setting ten opzichte van deze functies door een bescheiden doch reële bijdrage aan verticale substitutie en met name door de horizontale integratie van de medische zorg bij complexe dan wel heterogene patiëntenstromen in een specialistische klinische zorgsetting. De eerste generatie artsen

blijkt de generalistische competenties in de ogen van betrokkenen in de praktijk nuttig te kunnen inzetten. Het onderhavige rapport biedt aanknopingspunten voor het nader positioneren van de ziekenhuisarts binnen het taakherschikkingsbeleid.

Op basis van deze conclusies kunnen aanbevelingen worden gedaan voor beleid en praktijk over de inzet van de ziekenhuisarts in de klinische setting in Nederlandse ziekenhuizen. In deze managementsamenvatting geven we een overzicht van de aanbevelingen per stakeholder, zoals die in de discussie van het voorliggende rapport per thema naar voren kwamen.

VWS, NVZ, NFU, FMS, ZKN en andere betrokken beleidspartijen

- Gebruik de resultaten van dit onderzoek om de nieuwe medische functie ziekenhuisarts een plaats te geven binnen het landelijke taakherschikkingsbeleid.
- Formuleer mede op basis van de gegeven voorzet in het afsluitende hoofdstuk een nadere positionering van de physician assistant en de ziekenhuisarts ten opzichte van elkaar.
- Bespreek de behoefte (en de grenzen) aan flexibele rollen voor ziekenhuisartsen, mede gezien de uiteenlopende capaciteits- en continuïteitsproblemen van opleidings- en perifere ziekenhuizen en het verschil in meerwaarde op snijdende en interne afdelingen.

Ziekenhuismanagement en medische staf/MSB

- Een geslaagde invoering van de functie ziekenhuisarts vraagt om overleg tussen de raad van bestuur, de centrale opleidingscommissie en de medische staf dan wel het medisch specialistisch bedrijf over de op strategische gronden gewenste bijdrage van de ziekenhuisarts en over de bijbehorende organisatorische en financiële randvoorwaarden.
- Overweeg het vanaf de start inzetten van meer dan één ziekenhuisarts.
- Formuleer in samenspraak met de ziekenhuisarts(-en) een groeipad op basis van de lokale behoeften op dit specifieke aandachtsgebied en faciliteer een daarbij passende inroostering van de ziekenhuisarts.
- Bespreek vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen het medisch domein het omgaan met de beperkingen in de beginfase wanneer er wellicht maar één ziekenhuisarts is en structurele verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid moeilijk kan worden geborgd.
- Voorkom in samenspraak met de ziekenhuisarts(-en) dat deze laatsten met te hoge frequentie rouleren over afdelingen. Neem bij de afweging van de genoemde voor- en nadelen de setting en het type rol in ogenschouw.

Ziekenhuisafdelingen

- Expliciteer bij de aanname van een ziekenhuisarts vroegtijdig de verwachtingen tussen de afdeling en de betreffende ziekenhuisarts. Zie het ontwikkelen van een duurzaam aantrekkelijke ziekenhuisartsrol binnen deze besproken verwachtingen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

Ziekenhuisartsen

- Investeer bij het draaien van NAW-diensten in het ontwikkelen en neerzetten van een hecht team van ziekenhuisartsen met een eenduidige visie en beleid.
- Verduidelijk uw rol naar de patiënten, eventueel met behulp van voorlichtingsmateriaal dienaangaande.
- Organiseer onderling voldoende uitwisseling over uw bijdragen aan het beter organiseren van de kwaliteitszorg en patiëntveiligheid en hoe u hierin het voortouw kunt nemen binnen het eigen ziekenhuis.

Opleidingen, Vereniging voor ZiekenhuisGeneeskunde (VvZG)

- Bespreek naar aanleiding van de onderzoeksresultaten in hoeverre (lokale) aanpassingen in (de flexibiliteit binnen) de opleiding wenselijk zijn.
- Geef in de opleiding ruimschoots aandacht aan verschillende mogelijke rollen en wanneer deze wenselijk en praktisch en financieel haalbaar zijn, zodat de uitstromende ziekenhuisartsen goed beslagen ten ijs komen in het gesprek met een toekomstig werkgever.
- Een verwachting om NAW-diensten te draaien kan consequenties hebben voor de instroomvereisten en aantrekkelijkheid van de functie. Neem dit punt mee in de voorlichting en selectie.

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Het voorliggende rapport biedt een inzicht in de resultaten van de effectevaluatie van de pilotinvoering van de ziekenhuisarts als een nieuwe profielarts binnen de medische professie. De ziekenhuisarts beoogt vanuit een generalistisch perspectief zorg te bieden aan klinische patiënten en borgt kwaliteit en veiligheid van algemene medische zorg. *“Hij is daarmee de verbindende factor in het multidisciplinaire medische palet. De ziekenhuisarts werkt effectief samen met medische specialisten maar ook andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, en met niet-zorgverleners i.e. ziekenhuismanagers”* (SOZG, 2012, p5).

De opleiding tot ziekenhuisarts is een initiatief van vier opleidingsziekenhuizen, waar een vijfde ziekenhuis zich bij heeft aangesloten. De vier ziekenhuizen zijn het Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch; het UMC Groningen; het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven; en het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Het vijfde ziekenhuis is MC Haaglanden te 's Gravenhage. De minister van VWS heeft de vier eerstgenoemde ziekenhuizen subsidie verleend voor een pilot om de opleiding tot ziekenhuisarts te stimuleren en de meerwaarde van een generalistische arts te onderzoeken in het veld. Sinds 2012 wordt de opleiding tot ziekenhuisarts in de vier opleidingsziekenhuizen bekostigd door middel van subsidie vanuit het ministerie van VWS. De pilot bestaat uit twee opleidingstrajecten (2012-2015 & 2015-2018). Het vijfde ziekenhuis bekostigt de opleiding uit eigen middelen. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) heeft de ziekenhuisgeneeskunde per 1 juli 2014 erkend als deelgebied van de geneeskunde. De functie 'ziekenhuisarts' is daarmee inmiddels officieel erkend binnen de Nederlandse ziekenhuizen.

De achtergrond voor het initiatief van deze ziekenhuizen heeft te maken met meer complexe zorgvragen, verregaande specialisering onder medisch specialisten, een hoog verloop onder ANIOS en de beperkte beschikbaarheid van AIOS en ANIOS voor de klinische zorg aan opgenomen patiënten. De achterliggende vraag in dit rapport is in hoeverre een specifiek voor de klinische zorg opgeleide generalistische arts kan bijdragen aan de oplossing van deze capaciteits- en continuïteitsproblematiek. Een problematiek welke door alle betrokken stakeholders wordt onderkend, maar over de oplossing waarvan in het veld nog geen consensus bestaat (Van Offenbeek, Visser & Bakker, 2014).

De Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG) ziet de ziekenhuisarts als belangrijk onderdeel van de oplossing en stelt zich in haar subsidieaanvraag ten doel te 'voldoen aan de toekomstige behoefte van voldoende en goed opgeleid personeel maar ook de dringende behoefte aan een ander type arts'. Het initiatief sluit aan bij de zich ontwikkelende taakherschikking in het Nederlandse zorgsysteem (KNMG, 2002). Zo geeft de minister in de eerste subsidieverleningsbrief voor de pilot, mede refererend aan de NFU-notitie 'De medisch specialist van straks', aan dat de voorziene taakherschikking door inzet van de generalistische arts moet worden geconcretiseerd gedurende de pilot. Dit rapport is bestemd voor de SOZG, als opdrachtgever en voor de subsidiegever, het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

1.2 Doel- en vraagstelling

Het onderhavige onderzoek richt zich op de lokale effecten van de nieuwe medische vervolgfunctie binnen de Nederlandse ziekenhuizen waar de uitgestroomde ziekenhuisartsen werkzaam zijn. In een eerder rapport werd de pilot 'Ziekenhuisarts' als proces geëvalueerd (Van Offenbeek, Visser & Bakker, 2014) en is meer achtergrondinformatie beschikbaar.

Het centrale doel van het onderzoek is beleidsmakers en besluitvormers kennis over en inzicht in de (mogelijke) impact van de ziekenhuisarts in Nederlandse ziekenhuizen te geven. Het onderzoek beoogt antwoord te geven op de volgende twee hoofdvragen:

1. Wat is het mogelijke effect van de invoering van de nieuwe functie ziekenhuisarts op de (verandering in) taken en verantwoordelijkheden van omringende medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg?
2. Wat zijn de waargenomen en verwachte effecten van de ziekenhuisartsfunctie op
 - a. de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid, vanuit ziekenhuisperspectief en vanuit patiëntenperspectief?
 - b. de efficiëntie van de patiëntenzorg?
 - c. de samenwerkingsrelatie met andere medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg?
 - d. de samenwerkingsrelatie van het ziekenhuis met de eerste en derde lijn binnen de patiëntenzorg?

Hoofdstuk 2 Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Voor de beantwoording van de twee hoofdvragen is gebruik gemaakt van een onderzoeksopzet waarbinnen kwalitatieve en kwantitatieve methoden werden gecombineerd. De uitvoering van het onderzoek werd geconfronteerd met drie onvoorziene omstandigheden: (a) beperkingen in de beschikbaarheid van betrouwbare, over de tijd vergelijkbare data bij enkele pilotziekenhuizen; (b) uitval en vertraging in de uitstroom van ziekenhuisartsen (zie Tabel 1) en (c) grotere onvoorspelbaarheid in het aanstellingsproces dan voorzien. In februari 2017 is in het licht van deze omstandigheden in overleg met de opdrachtgever de onderzoeksopzet bijgesteld. Het onderzoek zou initieel bestaan uit een combinatie van kwalitatieve casestudies en kwantitatieve scenario-analyses.

In de bijgestelde onderzoeksopzet is de nadruk verschoven naar de casestudies, waarbinnen zoveel mogelijk beschikbare kwalitatieve en kwantitatieve gegevens zijn meegenomen. Het onderzoek van de casestudies had een kwalitatief design en was voor wat betreft beschrijving van de ziekenhuisartsfunctie *cross-sectioneel* van aard en voor wat betreft een indicatie van waargenomen effecten daarvan *retrospectief* van aard. Met de wijzigingen in de aanpak van het onderzoek krijgen

kwalitatieve inzichten een hoofdrol en worden kwantitatieve bevindingen ingezet ter ondersteuning, reflectie en verdieping.

2.2 Casestudies: interviews en vragenlijsten

Eén van de deelonderzoeken was een vergelijkende casestudie, bestaande uit (a) een eenmalige interviewronde en (b) een jaarlijks terugkerende 'primaire stakeholder'-monitor. Onderdeel (a) betrof een eenmalige cross-sectionele kwalitatieve meting en bij onderdeel (b) werd waar mogelijk gekeken naar verschillen tussen en de ontwikkeling in de ervaring van directbetrokkenen. Beide hoofdvragen komen in de casestudie aan de orde.

De eenheid van analyse was de ziekenhuisartsrol op een afdeling in een ziekenhuis. De onderzoekspopulatie bestond uit de eerste twee cohorten aangevuld met de eerste uitstromende ziekenhuisartsen uit cohort 3 (zie Tabel 1). In 2015 is 20% van de AIOS ZHG voortijdig gestopt tegen ongeveer 10% jaarlijks (9,7% in 2015) van het aantal AIOS gemiddeld over alle specialismen en profielen (gewogen gemiddelde; Capaciteitsorgaan, 2016 deelrapport I; p.81).

Tabel 1.

Uitstroom per cohort (december 2017)²

AIOS ZHG	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 3
Gestart als AIOS	11	21	23
Uitval	5	5	4
Nog bezig	0	1	14
Afgerond als ZHA	6	15	5

De uiteindelijke onderzoekspopulatie staat weergegeven in Tabel 2 en bestaat uit afgestudeerde ziekenhuisartsen die als zodanig werkzaam zijn in een Nederlandse zorginstelling. Er is één ziekenhuisarts die medewerking heeft geweigerd.

Gebaseerd op informatie afkomstig van de vragenlijsten en interviews zijn per ziekenhuisartsrol casebeschrijvingen opgesteld van de ontwikkelde rol en de waardering daarvan door de directbetrokkenen in termen van ervaren veranderingen. Waar meer artsen dezelfde rol op eenzelfde type afdeling vervullen, zijn de ervaringen samengenomen in één casebeschrijving. De keuze voor een subjectieve meting hangt ermee samen dat een objectieve meting van effecten (nog) niet tot de mogelijkheden behoort: de aantallen zijn klein, de rollen in ontwikkeling en de setting is complex en dynamisch. Hierdoor is het niet mogelijk gemeten kwantitatieve veranderingen met zekerheid toe te schrijven aan de functie van ziekenhuisarts.

² Stand per juli 2018: Cohort 1, ongewijzigd. Cohort 2, uitval=6; nog bezig=0; afgerond als ZHA=16. Cohort 3, uitval = 5; nog bezig =5; afgerond als ZHA=13.

Tabel 2.

Verantwoording onderzoekspopulatie (uitgaande van de situatie in december 2017)

	Cohort 1	Cohort 2	Cohort 3
Afgestudeerde ZHA-en	6	15	5
• Aan het werk in buitenland	-	3	
• Niet aan het werk als ZHA	-	4	
• Aan het werk als ZHA in NL	6	8	5
Onderzoekspopulatie (n=19)			
• Niet bereid mee te werken	1	-	-
• Onderzoek afgerond	5	8	5

Van de onderzoekspopulatie van 19 ziekenhuisartsen hebben er 18 in het onderzoek geparticipeerd. Van de negentiende arts is bekend waar deze opgeleid en werkzaam is geweest gedurende de onderzoeksperiode. Binnen de onderzoeksperiode zijn de 18 ziekenhuisartsen in totaal op negen locaties werkzaam (geweest). Op drie locaties hebben alleen interviews plaatsgevonden (redenen: nog maar kort in dienst; slechts korte tijd in dienst geweest; geen pilot-ziekenhuis). Op zes locaties zijn zowel interviews gehouden als vragenlijsten afgenomen. Op een enkele locatie konden extra gegevens worden verzameld, zoals hieronder wordt besproken.

2.2.1 Interviews

De semi-gestructureerde interviews zijn gehouden met de:

- artsen aangesteld als ziekenhuisarts;
- hoofdverpleegkundige of verpleegkundig manager direct betrokken bij de patiëntenzorg van de betreffende ziekenhuisarts;
- medisch specialist, veelal supervisor, die eveneens direct bij het zorgtraject betrokken was.

Deze drie interviews vonden, waar mogelijk, ongeveer zes maanden na aanstelling van elke ziekenhuisarts plaats. De interviews gingen in op de manier waarop de functie van ziekenhuisarts is vormgegeven, de taken en verantwoordelijkheden van de ziekenhuisarts, de relatie met de patiënt, en de samenwerking met andere zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis. De focus lag hierbij op de volgende kwesties:

- Zijn het taken die voorheen zijn bleven liggen (zogenaamde 'gaten' in de zorg), zijn het nieuwe taken (innovatie), of zijn het taken die zijn overgenomen van andere professionals in het zorgproces (substitutie) (hoofdvraag 1);
- Welke gevolgen lijkt dit tot nu toe te hebben voor de organisatie van en samenwerking binnen het zorgproces en welke gevolgen worden op basis van de ervaringen verwacht voor de kwaliteit van zorg, de patiëntveiligheid, en de efficiëntie (vraag 2a en b);

- Wat betekent dit voor de kwaliteit van het werk van omringende medische en paramedische specialismen (hoofdvraag 1)?

De interviews brachten tevens in kaart met welke andere medische en niet-medische functies (bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen) de ziekenhuisarts contacten heeft, van welke aard en waarover, inclusief de eerste en derde lijn (zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde). Dit hielp een beeld te krijgen van het mogelijke relationele effect (vraag 2c en d).

Ten behoeve van de implementatie werd elke geïnterviewde ook gevraagd naar de doelen met de ziekenhuisartsfunctie voor de komende periode en naar mogelijke aandachtspunten en zorgen ten aanzien van de nieuwe functie. De verkregen antwoorden werden als implementatie-issues gecategoriseerd en teruggekoppeld aan het concilium.

Interviewprotocollen zijn opgesteld aan de hand van interviewschema's uit eerdere onderzoeken naar effecten van het profiel spoedeisende hulp artsen (Kathan, 2008) en 'nurse practitioner'-rollen van verpleegkundig specialisten (Knip, 2005; Roodbol, 2005). Deze zijn verbijzonderd naar de doelen en situatie van de ziekenhuisarts.

Er zijn in totaal 57 interviews gehouden, waarvan 53 in het kader van de casebeschrijvingen:

- 22 interviews met ziekenhuisartsen (3 van de 19 ziekenhuisartsen zijn 2 keer geïnterviewd, op verschillende locaties/afdelingen);
- 16 interviews met medisch specialisten die het meest bij de patiëntenzorg van de betreffende ziekenhuisarts betrokken zijn;
- 15 interviews met hoofdverpleegkundigen die het meest bij de patiëntenzorg van de betreffende ziekenhuisarts betrokken zijn.

De overige vier interviews zijn gehouden om te komen tot een evenwichtig beeld van het zich ontwikkelende medische vervolgberoep:

- 1 'uitval'- interview met iemand die tijdens de opleiding Ziekenhuisgeneeskunde gestopt is;
- 1 'exit'- interview met een ziekenhuisarts die na de opleiding niet als ziekenhuisarts aan het werk is gegaan, maar met een andere medische vervolgopleiding is begonnen;
- 1 interview met de initiatiefnemer bij een adopterend niet-pilot ziekenhuis;
- 1 interview met een opleider over de exit uit het beroep en de uitval tijdens de opleiding.

2.2.2 Vragenlijsten

Een 'primaire stakeholder'- monitor (op aanvraag beschikbaar) is afgenomen rondom de ziekenhuisartsen. Het ging hierbij om de tevredenheid met de (waargenomen effecten van) de nieuwe functie en de wijze waarop deze wordt ingevuld, en uitdrukkelijk niet om het persoonlijk functioneren van de ziekenhuisarts. De monitor bestond uit een korte vragenlijst met hoofdzakelijk gesloten vragen. Voor deze vragenlijst kon ten dele worden voortgebouwd op instrumenten gebruikt in onderzoek naar ervaringen en tevredenheid met de hospitalist (met name de Verenigde Staten en Canada) en gedeeltelijk op de methoden gebruikt in Kathan (2008) en Van Offenbeek *et al.* (2003). Per ziekenhuisarts werd een op de betreffende respondentengroep afgestemde versie van- de vragenlijst ingevuld door:

- de ziekenhuisarts zelf;
- de hiërarchisch leidinggevende van de ziekenhuisarts;

- enkele bij het werk van de ZHA betrokken professionals binnen het zorgproces.

Op twee locaties was het mogelijk een jaar later nogmaals de vragenlijst te laten invullen. De vragenlijst bevatte items over de (herkomst van de) taken en verantwoordelijkheden van de ziekenhuisarts, en over de waargenomen invloed van de ziekenhuisarts op de kwaliteit van zorg, de patiëntveiligheid, de efficiëntie van het zorgproces, de relatie met andere medische en niet-medische professionals op de werkvloer, en de samenwerking met de eerste en derde lijn (vraagstellingen 1, 2a t/m d).

Vragenlijsten zijn uitgezet rondom een of meer ziekenhuisartsen op zes ziekenhuislocaties. Voornamelijk vanwege de latere uitstroom van ziekenhuisartsen heeft slechts bij twee ziekenhuizen een tweede ronde plaats kunnen vinden, bij de overige ziekenhuizen alleen de eerste ronde. De respons was als volgt:

- Ziekenhuisartsen: 17 ingevulde vragenlijsten (ronde 1; 100% respons; 59% mannen, 41% vrouwen); 1 ingevulde vragenlijst (ronde 2; 100% respons). Bij twee van de 19 geïncludeerde ziekenhuisartsen zijn alleen interviews gehouden en geen vragenlijsten afgenomen in verband met het stadium of de aard van de aanstelling;
- Professionals: 140 vragenlijsten (ronde 1; 43 tot 85% respons per ziekenhuis, 30% mannen en 70% vrouwen); 31 ingevulde vragenlijsten (ronde 2 bij 2 ziekenhuizen; 57% respectievelijk 71% respons, 23% mannen en 77% vrouwen);

2.3 Dieptestudie

De dataverzameling ten behoeve van de dieptestudie en prestatiemeting bestond uit observaties, activiteiten- en tijdmetingen (13 dagdiensten) en prestatie-gegevens uit enkele ziekenhuizen. Tabel 3 geeft een overzicht van de verzamelde gegevens per ziekenhuislocatie. Door tussentijdse ontwikkelingen (onvoorziene omstandigheden binnen het ziekenhuis, dan wel besluitvorming aangaande de plaatsing en functie van de ziekenhuisarts) was het slechts op één locatie mogelijk de situatie zonder en de situatie met ziekenhuisarts te observeren.

Tabel 3.

Overzicht verzamelde data (Juli 2018)

Case	Diensten	Prestatiegegevens
STZ ziekenhuis (A), ziekenhuisarts	2	2015, 2016 en 2017
STZ ziekenhuis (B), ziekenhuisarts	4	Geen gegevens beschikbaar
Alg. ziekenhuis, specialisten (zaaldienst)	3	Geen gegevens over ziekenhuisarts
UMC, ziekenhuis, ziekenhuisarts	2	Geen gegevens beschikbaar
UMC, ziekenhuis, A(N)IOS	2	Geen gegevens beschikbaar

De verzamelde kwantitatieve gegevens hebben betrekking op de ligduur, intercollegiale consulten, veiligheid incident meldingen (VIM). Alle gebruikte gegevens zijn afkomstig uit digitale bestanden van het ziekenhuis STZ-A en werden verzameld in samenwerking met de ter zake deskundige ziekenhuismedewerkers om de betrouwbaarheid van de gegevens te waarborgen. Bovendien hebben we op deze manier voldoende geanonimiseerde gegevens aangeleverd kunnen krijgen die niet terug te voeren zijn op individuele patiënten.

De dataset die voor de huidige kwantitatieve analyses werd gebruikt, is samengesteld op basis van de eenheden Dagbehandeling en Kortverblijf, op elk waarvan door de weeks een ziekenhuisarts werkzaam was. Na de eerste dataverzamelingsronde zijn de bevindingen en de mogelijke interpretatie daarvan besproken met een opleider en een kwaliteitsmanager binnen ziekenhuis STZ-A. Tijdens deze eerste ronde bleek de dataset incompleet. Met behulp van de verkregen informatie uit de feedbacksessie heeft opnieuw overleg plaatsgevonden met verschillende interne medewerkers en kon aanvullende data worden verzameld en verwerkt tot de uiteindelijk geanalyseerde dataset.

De dataset bestond uit 68.615 patiëntgegevens, waarvan 13.191 Kortverblijf en 55.424 Dagbehandeling. Voor het samenstellen van de dataset hebben we enkele criteria gebruikt: negatieve doorlooptijden zijn verwijderd, alleen patiënten toegewezen aan een verantwoordelijk specialisme, er is een ondergrens van minimaal 30 minuten voor Dagbehandeling en minimaal 1 uur voor Kortverblijf, een bovengrens van zeven dagen voor beide afdelingen, een focus op die specialismen waarvan in ieder geval een keer per maand een patiënt aanwezig was. De gevolgen voor de dataset zijn opgenomen in Tabel 4.

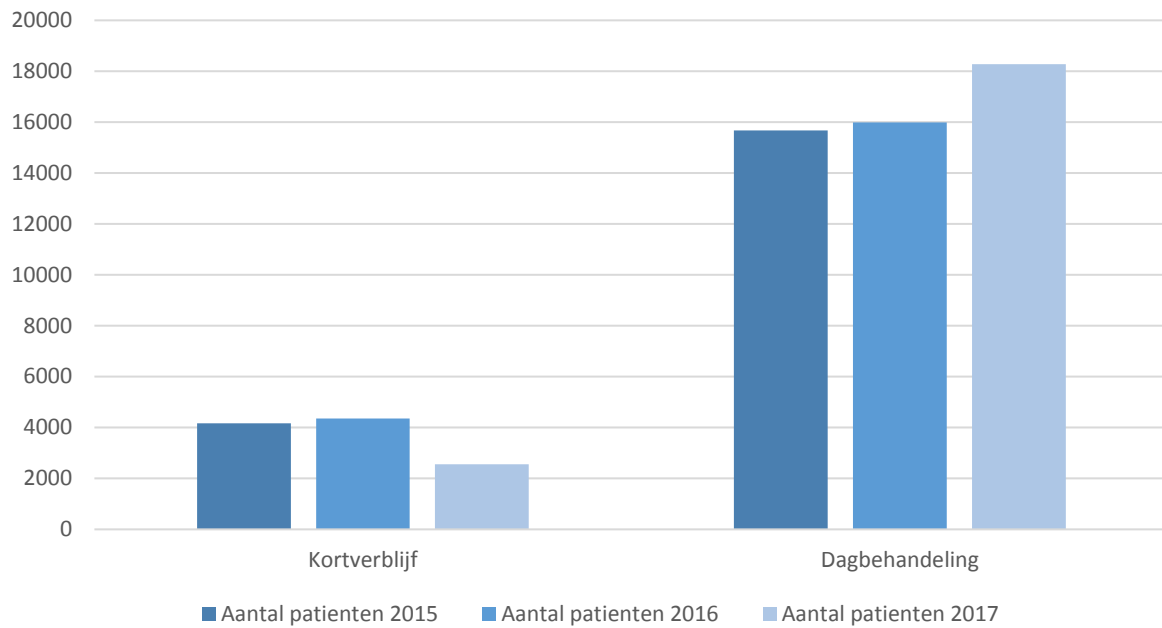
Tabel 4.

Samenstelling dataset patiëntgegevens en criteria

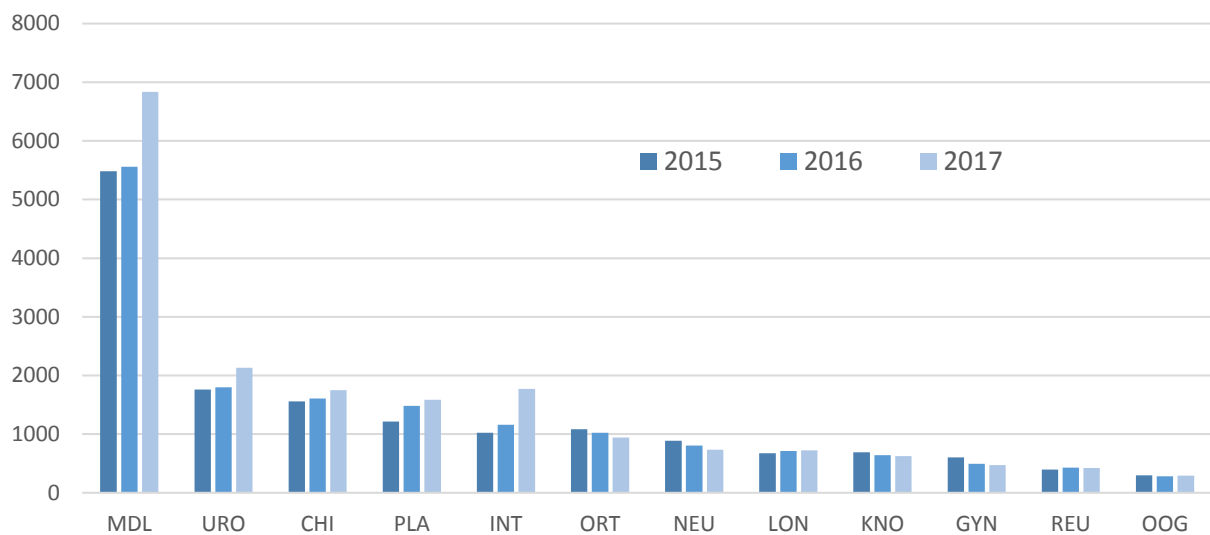
Criteria	Gevolgen dataset	
	Basis	
	68.615	
	Kort Verblijf	Dagbehandeling
	13.191	55.424
Negatieve doorlooptijd	-1	-85
Onbekende verantwoordelijke	-239	-157
Ondergrens	-11	-68
Bovengrens	-421	-417
Minimale aanwezigheid	-1.449	-4.785
<i>Totaal</i>	11.070	49.912
<i>Percentage van basis</i>	83,9%	90%

Bij het bepalen van de trend in doorlooptijd waren we geïnteresseerd in de bulk van de patiënten en zijn unieke of zeer zeldzame gevallen minder relevant. Ook dragen de criteria bij aan de betrouwbaarheid van de data omdat uitschieters worden vermeden. Afgezien van deze bewerkingen is de data verder niet aangepast of anderszins veranderd. Op basis van de door ons gestelde criteria ontvingen de eenheden Kortverblijf en Dagbehandeling in 2015 respectievelijk 4.162 en 15.675 patiënten. In het jaar 2016 was er een kleine stijging van het aantal patiënten voor Kortverblijf met een totaal van 4.352. Dagbehandeling vertoonde een lichte daling met 15.992 patiënten. In 2017 ontving de eenheid Kortverblijf beduidend minder patiënten: 2.556, Dagbehandeling zag een stijging

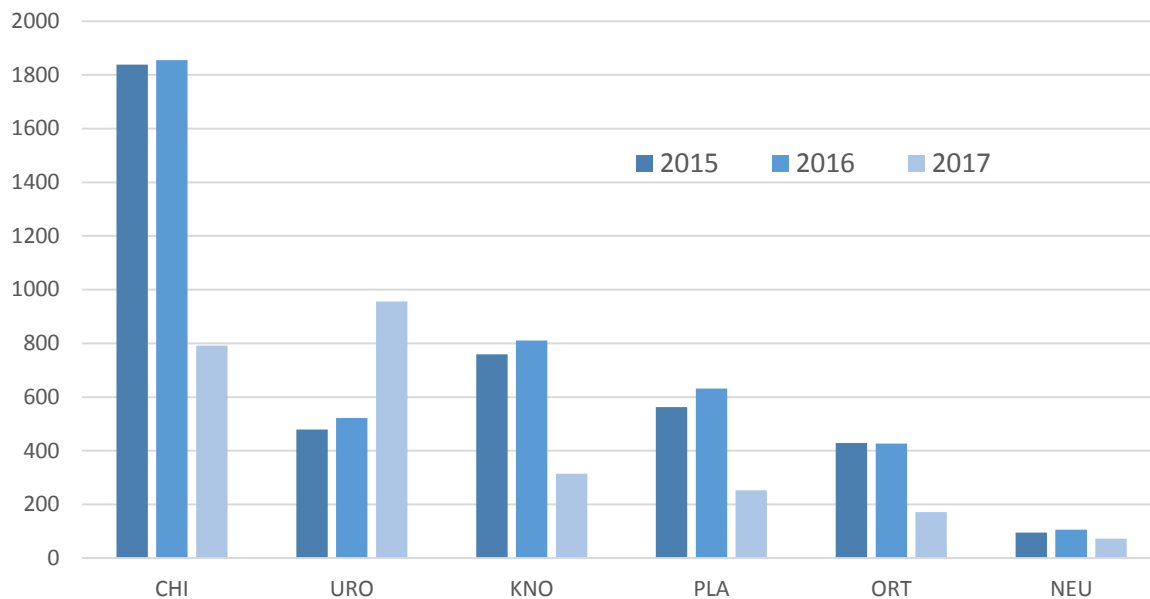
naar 18.281 patiënten. Figuren 2 en 3 maken, op basis van de gestelde criteria, de patiëntenmix inzichtelijk voor zowel Kortverblijf als Dagbehandeling in de jaren 2015, 2016 en 2017.



Figuur 1. Patiënten-instroom in de jaren 2015, 2016 en 2017 op de Dagbehandeling en het Kortverblijf



Figuur 2. Patiëntenmix in de jaren 2015, 2016 en 2017 op de Dagbehandeling



Figuur 3. Patiëntenmix in de jaren 2015, 2016 en 2017 op Kortverblijf

2.4 Patient Journey

In de onderhavige evaluatie van de ziekenhuisarts is een poging gedaan de door patiënten ervaren zorg op ziekenhuisafdelingen waar een ziekenhuisarts werkzaam is op twee manieren in beeld te brengen:

- aan een selectie van patiënten die op zes ziekenhuislocaties van dit onderzoek met de ziekenhuisarts te maken hebben gehad zijn vragenlijsten (op aanvraag beschikbaar) uitgereikt, waarvan er uiteindelijk 57 retour zijn gezonden; Deze zijn in ronde 1 verspreid over alle ziekenhuizen; responspercentage niet te bepalen, omdat we niet overal precies weten hoeveel het ziekenhuis er heeft uitgereikt), 3 ingevulde vragenlijsten (ronde 2 bij 1 ziekenhuis).
- met tien patiënten verdeeld over drie ziekenhuizen zijn telefonische diepte-interviews gehouden.

Voor beide onderdelen, zowel het vragenlijstonderzoek als de patient journey, geldt dat het aantal deelnemende patiënten zeer beperkt is gebleven. Daarmee kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de representativiteit van de resultaten. Die kanttekeningen gelden voor wat het vragenlijstonderzoek betreft des te meer omdat veel vragen van het vragenlijstonderzoek door slechts een deel van de respondenten is ingevuld en sommige vragen niet volledig.

Bij zowel het vragenlijstonderzoek als de interviews bleek het methodologisch en organisatorisch niet realiseerbaar om ook over gegevens vanuit een controlegroep (zonder ziekenhuisarts) te beschikken. In Bijlage 3 wordt methodologische verantwoording dienaangaande gegeven en worden de wel beschikbare resultaten gepresenteerd en met de nodige slagen om de arm besproken.

Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Casebeschrijving per ziekenhuisafdeling³

De elf casestudies vormen de ruggengraat van het onderzoek. De geaggregeerde bevindingen worden gebruikt bij de interpretatie van de resultaten per deelvraag in paragraaf 3.2 en bij de discussie in hoofdstuk 4. Van elk van de casestudies is een beschrijving opgenomen in Bijlage 1. Deze beschrijvingen geven managers binnen zorginstellingen een beeld van mogelijke rollen voor dit nieuwe medische beroep. Elke case beschrijft de inzet van een ziekenhuisartsrol op een klinische afdeling volgens een vast stramien. Voor elke casus wordt eerst een schets gegeven van de afdeling en de patiëntenstroom. Daarna worden achtereenvolgens de visie op de inzet van de ziekenhuisarts, de tot nu toe gerealiseerde rol van de ziekenhuisarts in deze setting, de taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid, de ervaren meerwaarde van de ziekenhuisartsrol en de gesignaleerde uitdagingen beschreven. We evalueren de mening van de betrokkenen, maar kunnen niet met zekerheid vaststellen of deze rollen effectief zijn. Het bleek ofwel niet mogelijk zowel een voor- als een nameting uit te voeren, ofwel de rol was nog in ontwikkeling. Tabel 5 geeft een overzicht van de opgenomen cases.

Tabel 5.

Overzicht van de onderzochte ziekenhuisartsrollen in een klinische setting

Case	Ziekenhuis	Type afdeling	Aantal 'klare' ziekenhuisartsen
1	Topklinisch ziekenhuis	Chirurgie	3; 2 ^e meting 6
2	Topklinisch ziekenhuis	Interne Oncologie en Hematologie	1
3	UMC	Chirurgie	1, 2 ^e meting 1
4	UMC	Chirurgie	1
5	Topklinisch ziekenhuis	Kort Verblijf en Dagbehandeling	2
6	Topklinisch ziekenhuis	Revalidatie	1
7	Algemeen ziekenhuis	Acute Opname Afdeling	4
8	Algemeen ziekenhuis	Chirurgie	1
9	UMC	Hematologie	1
10	Algemeen ziekenhuis	Interne geneeskunde	1
11	UMC	Chirurgie	1

³ Met het oog op de vertrouwelijkheid wordt gebruik gemaakt van de mannelijke persoonsvorm. In Hoofdstuk 2 is beschreven hoeveel vrouwen en hoeveel mannen het betreft. Vanuit hetzelfde oogpunt is zeer zuinig gebruik gemaakt van letterlijke uitspraken in de casebeschrijvingen.

3.2 Resultaten per deelvraag

3.2.1 Verandering in taken en verantwoordelijkheden van omringende beroepsgroepen

In het eerste deel van deze paragraaf worden de taken en activiteiten benoemd waarmee de eerste generatie ziekenhuisartsen zich bezighoudt. In het tweede deel van deze paragraaf analyseren we de herkomst van de taken van de ziekenhuisarts. De ziekenhuisartsen werden gevraagd naar hun feitelijke werkzaamheden aan de hand van activiteitenlijsten afgestemd op het werk op en rond verpleegeenheden. Ook werden enkele ziekenhuisartsen geobserveerd tijdens het werk. Om inzicht te krijgen in de verandering in de taken en verantwoordelijkheden van omringende beroepsgroepen door de komst van de ziekenhuisarts, is aan zowel de ziekenhuisarts als aan de omringende beroepsgroepen gevraagd naar (1) de taken en herkomst van de taken van de ziekenhuisarts en (2) in hoeverre men verwacht dat de ziekenhuisarts in de toekomst nog (meer) taken zal overnemen van omringende beroepsgroepen. Het bevragen van zowel de omringende beroepsgroepen als de ziekenhuisartsen zelf en het gebruik van verschillende, elkaar deels overlappende vraagstellingen maakt triangulatie van de subjectieve waarnemingen (op basis van methode en bron) mogelijk.

De activiteiten van de eerste generatie ziekenhuisartsen. Taken en verantwoordelijkheden in de **directe patiëntenzorg** en het bijbehorend overleg van vrijwel alle ($n \geq 16$) onderzochte ziekenhuisartsen zijn het lopen van de dagelijkse medische visite, het bepalen en communiceren van beleid (meestal tijdens visite), de overdracht aan begin/einde van de dienst; het uitvoeren van diagnostiek; gesprekken met familie; en sanering medicatie. De meerderheid ($9 \geq n < 16$) herkent daarnaast ook de volgende vaste overlegmomenten als behorend tot de eigen taken: bijwonen van presentatie nieuwe patiënten; multidisciplinair overleg; grote visite; papieren visite (dagelijks). De meerderheid ($9 \geq n < 16$) ziet ook de volgende onderdelen van de directe patiëntenzorg als behorend tot het takenpakket: opnemen van nieuwe patiënten die naar de poli zijn geweest; psychosociale begeleiding van de patiënt; lichamelijk onderzoek, zoals opnemen bloeddruk/pols/temperatuur; wondcontrole op zaal; opnemen van nieuwe patiënten die niet op de poli kunnen komen; patiënt overnemen van de intensive care na de operatie; gesprekken met patiënt; telefonisch patiëntencontact (secretaresse filtert); alsmede een of meer van de volgende zorgactiviteiten; drains verwijderen; pacemakerdraden verwijderen; pacemaker drempelen; infuus aansluiten/arterieel bloed afnemen; spons wisselen; wonden opleggen op zaal. Zeven ziekenhuisartsen hebben bovendien als taak aanwezig bij overdracht van de intensive care naar de afdeling.

Taken en verantwoordelijkheden in de **indirecte patiëntenzorg** van vrijwel alle ($n \geq 16$) onderzochte ziekenhuisartsen zijn medicatie controleren, wijzigen en voorschrijven; medische status bestuderen en bijwerken; geven van informatie, voorlichting en advies aan patiënten; aanvullende onderzoeken aanvragen; beoordelen van labuitslagen en in status schrijven; beoordelen van ECG/labresultaten en in status schrijven; overplaatsing naar ander ziekenhuis regelen; ontslagbrief schrijven; externe overdracht bij ontslag; echo/scan/andersoortige visuele diagnostiek bekijken; maken van patiëntenoverzicht voor overdracht. De meerderheid ($9 \geq n < 16$) geeft daarnaast ook de volgende indirecte taken aan complicatie registratiesysteem; externe overdracht bij opname; foto's bekijken bij de röntgenafdeling. Zeven ziekenhuisartsen houden zich ook bezig met het voorbereiden van het opnamegesprek.

Overleg met andere disciplines dat vrijwel alle ziekenhuisartsen ($n \geq 16$) tot hun taak rekenen is overleg met verpleegkundige over specifieke patiënten; overleg met ander type zorgverlener over specifieke patiënten; overleg met huisarts; overleg met medisch specialist over medisch beleid in het algemeen; overleg met medisch specialist (supervisie) over specifieke patiënten; consulten aanvragen van andere medische disciplines; coördineren van zorg over disciplines heen. De meerderheid ($9 \geq n < 16$) geeft in deze categorie daarnaast ook de volgende taken en verantwoordelijkheden aan: overleg met kwaliteitsfunctionaris; overleg met verpleegkundige over de beddenlogistiek; aansturen paramedici; overleg met specialistische vakgroepen; overleggen met verpleegkundig specialist en/of physician assistant en/of arts-assistent over specifieke patiënten. Niemand heeft als taak de consultpieper beantwoorden. Wel noemt iemand de spoedtelefoon.

Uit de interviews blijkt dat een behoorlijke inwerkperiode nodig is en dat men met bovenstaande taken en met het vormgeven van de eigen rol meestal drukbezet is, waardoor **opleidings- en onderzoekstaken** nog weinig van de grond komen. In de vragenlijst geeft de meerderheid ($9 \geq n < 16$) aan wel scholing geven aan verpleegkundigen (t/m niveau 4) en scholing van co-assistenten (inclusief semi-artsen) als taken te zien. Een minderheid houdt zich bezig met het inwerken van ANIOS en/of AIOS en/of VS en/of PA ($n=7$) en het doen van wetenschappelijk onderzoek ($n = 3$). Deze laatste taken hangen ook samen met het type ziekenhuis waar men werkzaam is.

Ook voor taken en verantwoordelijkheden rond het aandachtsgebied van de ziekenhuisgeneeskunde **kwaliteitszorg en patiëntveiligheid** geldt dat nog niet alle ziekenhuisartsen hieraan (voldoende) toekomen, maar beduidend meer dan aan opleidings- en onderzoekstaken. De meerderheid ($9 \geq n < 16$) heeft al wel als taken deelname aan audits; deelname aan of eigenaar van kwaliteitsverbeterprojecten en/of het ontwikkelen en monitoren van kwaliteitsindicatoren; samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines op het thema “patiëntveiligheid”, bijvoorbeeld in projecten en werkgroepen. De Veilig Incident Meldingen (VIM)--commissie wordt regelmatig genoemd. De ziekenhuisartsen zitten verder bijvoorbeeld in werkgroepen gericht op valrisico-screening, medicatieveiligheid/medicatiefouten, medicatieverificatie, antibioticareductie, valpreventie, Electieve Opname Afdeling (EAO), Necrologiecommissie, Acute Zorg, Verbetering Visite en ontslagcommissie.

Hier en daar zijn al protocollen door de ziekenhuisartsen ontwikkeld. Een minderheid ($4 \geq n < 7$) noemt samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines op het thema “integratie van ‘care’ en ‘cure’ in projecten en werkgroepen; samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines uit de eerste lijn; en samenwerking met zorgverleners uit andere disciplines uit de derde lijn (zoals een project rond “ketenoptimalisatie”). Op deze laatste punten blijken in paragraaf 3.2.2. dan ook nog relatief weinig kwaliteitseffecten te worden waargenomen door de omringende professionals.

Op verschillende locaties wordt waargenomen dat de ziekenhuisarts de aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid integreert in het dagelijkse werk voor individuele patiënten. Een ziekenhuisarts op een heelkundige afdeling van een topklinisch ziekenhuis beschrijft de eigen ‘overige’ activiteiten ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid als volgt:

“polyfarmacie; valrisico, of een optiscan noodzakelijk is; of labafname en/of glucose dagcurve noodzakelijk is, frequentie van controles, folders afgeven voor lopende onderzoeken om patiënten de keuze te bieden om mee te doen; antistollingscontrole en management; aanwezigheid van bijzondere

micro-organismen; poliafspraken checken en doorgeven; eindgesprekken doen en daarin feedback noteren om aan het gehele team door te geven”.

Concrete bijdragen aan het kwaliteit- en veiligheidsbeleid die worden benoemd zijn bijvoorbeeld:

- Betrokkenheid bij medicatieverificatie proces bij opname en ontslag;
- Betrokkenheid bij het farmacotherapeutisch team t.a.v. medicatie-/ voorschrijffouten;
- Coördinatie en beoordeling van opnamecriteria voor patiënten;
- Registratie en controle van thuismedicatie;
- Dagelijkse kennisoverdracht en –kennisontwikkeling op afdeling (patiëntgerelateerd en algemeen);
- Overdracht naar de 1e lijn (naast het standaard schriftelijke, indien relevant, direct telefonisch contact). Dit laatste punt wordt ook in interviews naar voren:

“En je ziet dat hij heel erg vaak gericht is op die overdrachten. We zijn wel makkelijk naar huisartsen. Hij dat doet gewoon heel goed.” (STZ)

“Dus met name in valpreventie, medicatie saneren, dat soort dingen, contact met de huisarts. Dat gaat nu allemaal soepeler en sneller.” (UMC)

In bijlage 4 wordt voor elke ziekenhuisarts specifiek aangegeven welke taken deze ten tijde van het onderzoek vervulde op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Op twee van de achttien na hebben de ziekenhuisartsen allen extra taken opgepakt gericht op een breed scala aan onderdelen binnen het kwaliteit- en veiligheidsbeleid. Wel brengen de interviews en observaties duidelijke verschillen naar voren in de mate waarin en de intensiteit waarmee deze taken worden opgepakt. Samenvattend, komen kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid als specifieke aandachtsgebieden naar voren waar de meesten actief aan proberen bij te dragen, maar wordt het initiëren van veranderingen en leiden van projecten regelmatig nog sterk begrensd door de beschikbare tijd en ruimte.

Observaties op de werkplek. Het inzichtelijk maken van de uitgevoerde taken behorende tot de ziekenhuisartsrol is gerealiseerd doormiddel van observaties. Op drie werkplekken werden in totaal acht ziekenhuisartsen gedurende een dagdienst gevolgd door een onderzoeker. De aanwezige onderzoeker maakt elke minuut een aantekening van de uitgevoerde activiteit. Hiermee is de aanpak sterk vergelijkbaar met de ‘work sampling’-methode (e.g. Robinson, 2010). Echter maken wij niet uitsluitend gebruik van vooraf bepaalde categorieën of willekeurige opname momenten. In onze observaties zijn de categorieën deels inductief ontstaan en werd elke minuut een notatie gemaakt van de uitgevoerde activiteit, een aanpak eerder werd toegepast (bijvoorbeeld van Offenbeek *et al.*, 2007).

Tabel 6 geeft een overzicht van de geobserveerde activiteiten. Per activiteit is vermeld hoeveel tijd een ziekenhuisarts hier gemiddeld gedurende een dienst aan besteed en hoeveel procent deze taak hiermee van de totale tijd bezet. Uit de observaties kan worden afgeleid dat een substantieel deel van de tijd van de ziekenhuisarts besteed wordt aan communicatie met collega's over de patiënt, ook zien we dat het bijhouden en bijwerken van handelingen in de medische systemen belangrijk is. Het bewaken van voortgang van de patiënt en het zorgvuldig bijhouden van de status past bij de coördinerende rol die de ziekenhuisarts wordt toegekend.

Tabel 6.

Activiteiten gedurende dienst ziekenhuisarts (n= 8 dagdiensten van ziekenhuisartsen)

Activiteit*	Tijd in minuten	Percentage
Communicatie intern over patiënt	83	14
Papieren visite	62	10
Status bestuderen/bijwerken	46	7
Overdracht	44	7
Niet afdeling gebonden activiteiten	38	6
Medische visite	37	6
Administratie, uitslagen opzoeken	36	6
Beweging (lopen)	31	5
Communicatie met patiënt en/of familie	30	5
Stand-by	27	4
Organisatie op zaal	24	4
Pieper/Telefoon beantwoorden	22	3
Aanvragen invullen	19	3
Supervisie/onderwijs geven	14	2
Wachten	11	2
Medisch technische verrichting	2	<1
Communicatie extern over patiënt	2	<1
Brieven schrijven	2	<1
Supervisie/onderwijs krijgen	2	<1
Totaal	550	89

**Niet opgenomen activiteiten: persoonlijke verzorging, lunch*

Tijdens de observaties merkt een ziekenhuisarts op dat het bijwerken van een dossier en een papieren visite in feite hetzelfde zijn. Een papieren visite, het doornemen van de status van een patiënt ter voorbereiding van bezoek, kan niet worden losgezien van het bijwerken van een status. Op het moment van papieren visite of tijdens het bijwerken van een status is een ziekenhuisarts met de gedachten bij de patiënt en denkt na over vervolgstappen of andere mogelijkheden voor een patiënt. Naast de indeling in taken is er ook een grotere indeling gemaakt op basis van drie grotere domeinen: 1) directe patiënt zorg, 2) indirecte patiëntzorg, en 3) Clinical Governance. Uit Tabel 7 komt naar voren dat de rol van de ziekenhuisarts zich in grote mate richt op indirecte patiëntzorg. Wederom zien we hier een ondersteuning voor het beeld dat een ziekenhuisarts organisatorische en coördinerende taken binnen het zorgtraject op zich neemt.

Tabel 7.

Domeinen van zorg

Domein	Percentage
Indirecte patiëntzorg <i>Betreft patiëntgebonden activiteiten zonder direct patiëntcontact. Denk hierbij aan zorgtaken die van toepassing zijn op de patiënt maar geen direct contact vereisen, bijvoorbeeld een papieren visite.</i>	53
Directe patiënt zorg <i>Betreft patiëntgebonden activiteiten met direct patiëntcontact. Denk hierbij aan zorgtaken die direct van toepassing zijn op de patiënt, bijvoorbeeld het toedienen van medicatie.</i>	12,4
Clinical Governance <i>Definitie gebruikt als uitgangspunt binnen de opleiding ziekenhuisarts geneeskunde: "A system through which a healthcare organization is accountable for continuously improving the quality of its services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish. Clinical governance describes the structures, processes and culture needed to ensure that healthcare organizations and all individuals within them — can assure the quality of the care they provide and are continuously seeking to improve it."</i>	12,3
Rest <i>Betreft niet directe zorgtaken, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, lunch, wachten, stand-by, etc.</i>	22,4
Totaal	100

Waargenomen herkomst taken ziekenhuisarts. Zowel aan de ziekenhuisarts als aan omringende beroepsgroepen is gevraagd wie eerst (delen van) de rol van de ziekenhuisarts vervulde voor de patiëntenstroom/-stromen waarmee de ziekenhuisarts zich bezighoudt. Hoewel de aangestelde ziekenhuisarts niet altijd uitspraken uit eerste hand kan doen over de situatie vóór de eigen aanstelling, blijken velen daarover wel informatie te kunnen geven. Ten eerste waren sommigen al bekend met de situatie op de afdeling voor hun formele aanstelling: zeven waren er eerder al als AIOS Ziekenhuisgeneeskunde of zelfs als co-assistent werkzaam. Ten tweede zijn zij allen tijdens hun inwerkperiode taken gaan oppakken en overnemen en hebben daarover overleg gepleegd met betrokkenen. Met andere woorden, ziekenhuisartsrollen en de daarmee eventueel gepaard gaande substitutie van werkzaamheden van anderen hebben zich door de tijd ontwikkeld (en zijn veelal nog steeds in ontwikkeling).

De resultaten laten zien dat, zowel volgens de omringende beroepsgroepen als de ziekenhuisarts, ruim driekwart van de rol bestaat uit taken die eerst door de medisch specialist, AIOS en ANIOS werden uitgevoerd (zie Figuur 4 en Tabel 8). Zoals verwacht behoort patiënten zien op pre-operatieve poli (incl. statussen) niet tot de taken en verantwoordelijkheden (n=0) en slechts een ziekenhuisarts ziet patiënten op de Intensive Care (n=1).

Op heelkundige afdelingen komt het volgende patroon naar voren in de taakverdeling tussen de ziekenhuisarts en de medisch specialist:

“De ziekenhuisarts weet iets van het chirurgische deel, maar niet het belangrijkste, want daar is ie dan niet voor. [...] Dat de heekunde zijn ding doet... eigen ding, en dat de ziekenhuisarts de rest van de patiënt met het heekundig ding erbij regelt” (ZHA).

“Wij [chirurgen] zijn echt de superviserende eindverantwoordelijke, voor zo’n visite. Daar zie je ook de tweedeling in de rolverdeling. Zij heeft veel meer oog voor de interne dingen. En leert wel ook bij over die andere dingen, maar dat ligt nog heel erg op ons terrein. Dat vind ik ook wel terecht.” (MS)

De afbakening van verantwoordelijkheden in de meestal als positief ervaren samenwerking moet veelal nog meer gestalte krijgen:

“De chirurg die opereert is de hoofdbehandelaar. Informeel verantwoordelijk voor de ziekenhuisarts, formeel niet. Het is voor iedereen een leerproces: wat kan de ziekenhuisarts en tot waar liggen de verantwoordelijkheden.” (ZHA).

“De rolverdeling van wat doet niveau 5 en wat [de ZHA], ik denk dat daar nog een stuk in kan verbeteren.”(MS)

Bij een universitair ziekenhuis heeft een hoofdverpleegkundige daar de volgende visie op:

“De verpleegkundige specialisten zijn eigenlijk opgeleid voor een standaard patientengroep ...eh waarbij eigenlijk de interventies nagenoeg hetzelfde zijn, en die hebben we eigenlijk niet meer”. (VP)

Als aandachtspunt wordt wel genoemd dat deze substitutie niet moet leiden tot afkalving van de deskundigheid van de behandelende, snijdende specialist:

*“We moeten ervoor waken dat de 'overblijf'-specialist ook nog naar de gehele mens kijkt. Hij moet niet verworden tot iemand die nog een kunstje komt doen op een heel klein gebied”
(MS)*

Een van de verschuivingen in taken die op vrijwel alle locaties naar voren komt is het vervangen van intercollegiale consulten. Ziekenhuisartsen noemen dat ze bepaalde intercollegiale consulten (vooral van interne geneeskunde en ouderengeneeskunde) zelf oppakken waar voorheen met het andere specialisme overlegd moest worden:

“Die [behandelend] specialist kan minder gebeld worden en die andere specialismen kunnen ook minder gebeld worden. Zeg maar de consulten van de interne, de internist.” (ZHA)

Een andere ziekenhuisarts licht toe:

“...wij vangen gewoon dingen voor de medisch specialisten op. Ze worden nu toch voor minder dingen gebeld.” (ZHA)

Dit wordt bevestigd door medisch specialisten:

*“Met name neemt de ziekenhuisarts bij ons de zaaldokter over en is overstijgend gespecialiseerd in internistische problematiek, hierdoor consulteren we de internist/ ouderengeneeskundige minder.”
(MS)*

“We hebben wel specialisten ouderengeneeskunde. Die komen voor bijzondere casuïstiek wel. Maar je ziet wel in de tijd dat zij [de ZHA] er nu is, dat die rol veel kleiner is geworden” (MS)

“Doordat de ZHA al een tijdje interne heeft gedaan, zowel makkelijker interne problematiek op een chirurgische afdeling kan tackelen, oppakt, met name op het gebied van medicatiedingetjes en nierfunctie-dingen, waar we toch wel bij heel veel patiënten tegenaan lopen, dat wordt door hen [de ZHA] nu wat makkelijker zelf geregeld denk ik.” (MS)

In Tabel 8 zijn de waargenomen schattingen verder gesplitst en komen deze intercollegiale consulten die ‘afgevangen’ worden naar voren onder ‘Specialist ouderengeneeskunde’, maar worden ook veel expliciet benoemd onder ‘Andersoortige hulpverlener’.

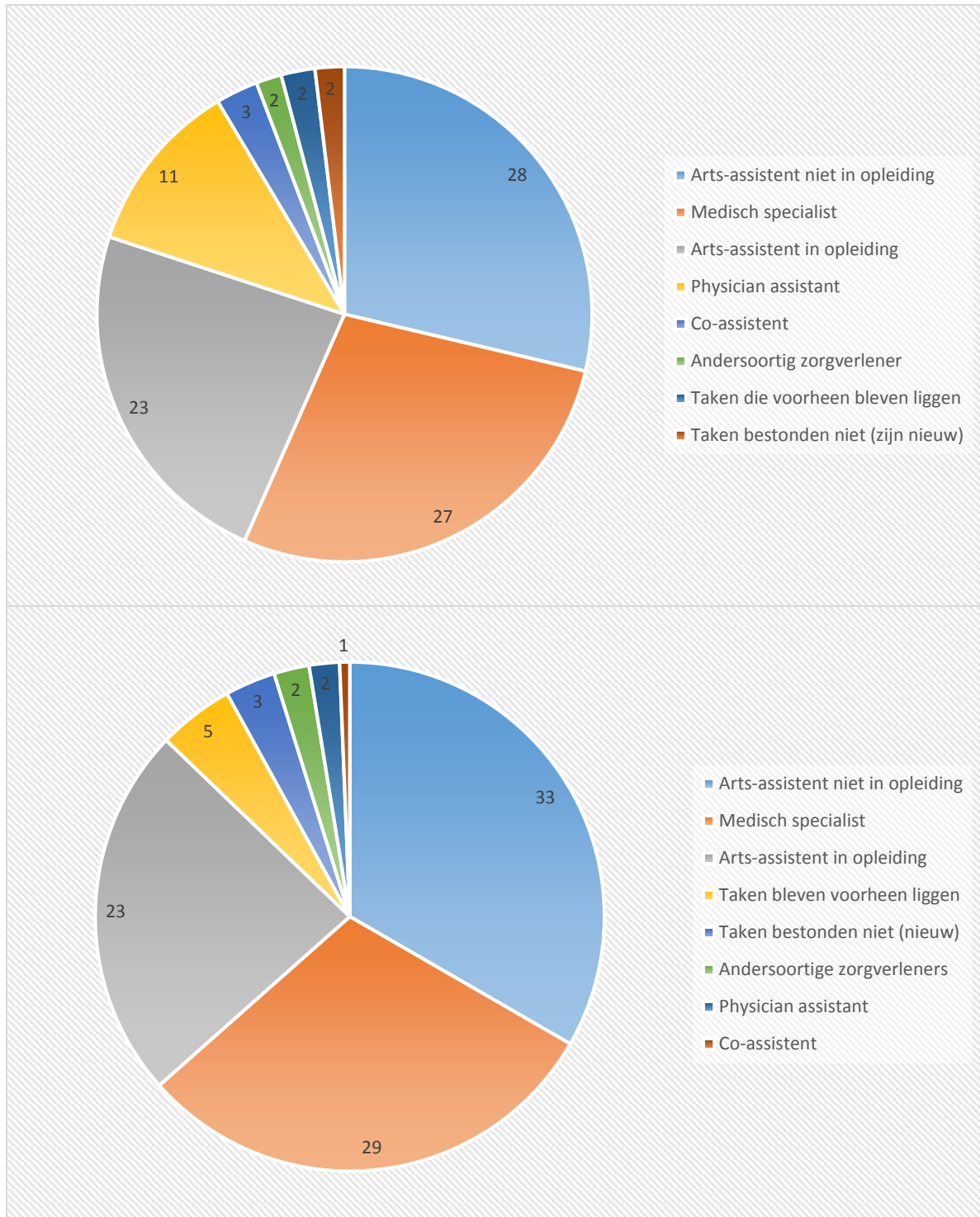
Tabel 8.

Geschatte percentage taken van de ziekenhuisartsrol dat afkomstig is van een andere beroepsgroep

Respondent	Omringende professies n=134	Ziekenhuisarts n=14
Medisch specialist	26,8	29,4
AIOS	22,5	23,1
ANIOS	27,6	32,5
Verpleegkundige (niv.4)	1,4	0,9
Verpleegkundig specialist (niv . 5)	1,2	0,9
Physician Assistant	11	1,9
Co-assistent	2,7	0,6
Paramedici	0,1	0,3
Specialist ouderengeneeskunde	0,8	0,3
Andere zorgverlener	1,6	2,2*
<hr/>		
Niet vervulde taken (bleven liggen)	2,1	4,7
Nieuwe taken	1,8	3,1
Totaal	100	100

* betreft intercollegiale consulten in de drie genoemde gevallen.

In Figuur 4 is het antwoord van respondenten uit alle omringende beroepsgroepen samengenomen. Dit geeft een eerste indruk. Er zijn echter noemenswaardige verschillen in waarneming tussen beroepsgroepen (Tabel 9) en, zoals verwacht, tussen locaties (Tabel 10). Substitutie van het medisch specialistisch werk op zaal wordt door medisch specialisten significant lager ingeschat dan door de overige beroepsgroepen ($p < 0,05$) en net niet significant lager dan door verpleegkundigen ($p = 0,06$). De substitutie van werk van ANIOS wordt door medisch specialisten juist significant hoger ingeschat dan door verpleegkundigen en de overige beroepsgroepen ($p < 0,05$). Er zijn twee verklaringen. Het is mogelijk dat medisch specialisten bij het bepalen van de percentages vooral afgaan op het percentage werk dat henzelf uit handen is genomen (een andere vraag) en dat de verpleegkundigen meer aanwezig zijn op zaal en zien wat de ziekenhuisarts van wie overneemt. Voor zover dit speelt is de schatting van verpleegkundigen meer betrouwbaar. De tweede verklaring is dat medici beter kunnen bepalen welke taken binnen het medisch domein door wie worden uitgevoerd dan verpleegkundigen. Voor zover dit speelt is de schatting van de medisch specialisten en andere medici meer betrouwbaar.



Figuur 4. *Herkomst taken op basis van besteedde tijd aan het totale takenpakket. Boven de schatting van omringende professionals (n=134), onder de schatting van de ziekenhuisartsen zelf (n=14). Afgeronde percentages uit Ronde 1.*

Tabel 9.

Herkomst van de taken van de ziekenhuisarts in percentages geschat door verpleegkundigen (VP) en medisch specialisten (MS) en overige beroepsgroepen (Overig)

Respondent:		Medisch specialist	AIOS	ANIOS
VP	Gemid. n=50	28,2%	26,1%	21,0%
MS	Gemid. n=33	17,7%	19,8%	39,9%
Overig	Gemid. n=51	31,4%	20,8%	26,1%

Over het percentage taken afkomstig van AIOS zijn de respondenten het wel redelijk eens (de 95%-betrouwbaarheidsintervallen overlappen). De grootste variatie in de geschatte herkomst van taken van de ziekenhuisarts vinden we echter tussen locaties. De oorspronkelijke Ausgangssituatie, alsmede zich ontwikkelende inhoud van de ziekenhuisartsrol verschillen per locatie (zie de casebeschrijvingen in Bijlage 1). In Tabel 10 wordt de geschatte herkomst van de taken in de betreffende ziekenhuisartsrol per onderzochte locatie weergegeven.

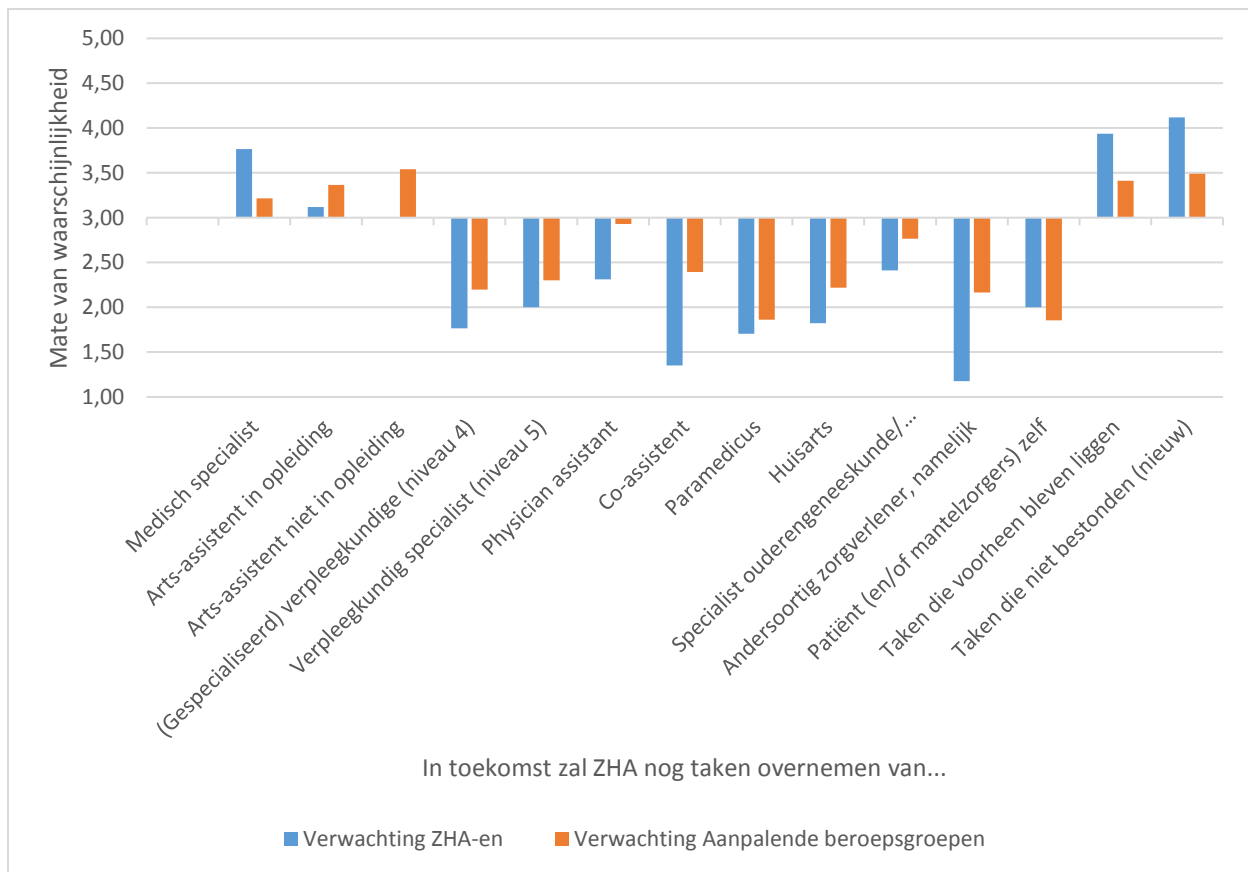
Tabel 10.

Geschatte herkomst taken in percentages per ziekenhuislocatie door omringende beroepsgroepen op zes locaties

Taakherkomst in %	Type Ziekenhuis	Type				Algemeen		Totaal n=134
		UMC n= 25	STZ n=23	STZ n=26	STZ n=34	n=12	n=14	
Medisch specialist		13,0	33,3	12,8	32,9	24,2	54,6	26,8
Arts-assistent in opleiding		26,0	33,7	40,2	11,2	1,7	10,7	22,5
Arts-assistent niet in opleiding		42,6	12,8	30,8	13,4	60,7	25,4	27,6
(Gespecialiseerd) verpleegkundige (niveau 4)		2,4	0,2	1,8	1,2	0,0	2,5	1,4
Verpleegkundig specialist (niveau 5)		2,0	2,0	0,8	1,2	0,0	0,4	1,2
Physician assistant		0,2	11,1	0,1	33,1	3,3	2,9	11,0
Co-assistent		3,8	2,0	6,7	0,6	1,0	0,7	2,7
Paramedicus		0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Huisarts		0,4	0,0	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2
Specialist ouderengeneeskunde (vroegere verpleeghuisarts)		1,6	0,0	0,2	1,5	0,8	0,0	0,8
Andersoortig zorgverlener of anders		1,2	0,2	0,0	2,7	7,5	0,0	1,6
Patiënt (en/of mantelzorgers) zelf		0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Taken die voorheen bleven liggen		4,2	0,2	4,4	0,7	0,8	1,8	2,1
Taken bestonden niet (zijn nieuw)		2,2	3,9	1,6	1,3	0,0	1,1	1,8

Uit Tabel 10 komt naar voren dat er verschillen zijn tussen ziekenhuislocaties in de mate waarin van substitutie van taken en van complementaire taken sprake is. Bij de categorie 'Anders', geeft een

verpleegkundige aan: “Op de afdeling hebben we geen arts- assistent. Als er iets met de patiënt aan de hand was, belden we de arts. Vaak moesten we dan iemand anders bellen. Voor sommige beschouwende patiënten waren er wel afspraken met de assistentes als er vragen waren/ problemen waren. Nu met de komst van de ziekenhuisarts zijn de lijnen veel korter, zijn ze eerder bij ons en lopen zo nu en dan binnen” (VP). Als voorbeeld van taken die voorheen vaak bleven liggen, geeft een verpleegkundige aan: “ontslagpapieren duurden lang voordat deze klaar waren; medicatielijsten; verwijsbrieven; consultaanvragen; en aanvragen onderzoeken.” (VP) In de interviews komen ook taken rond kwaliteitsmanagement naar voren. Een van de ziekenhuisartsen noemt zichzelf letterlijk een “add on” (ZHA). Het valt in dat verband op dat de waargenomen percentages complementaire taken (taken die voorheen bleven liggen en nieuwe taken) bescheiden blijven. Voor dit laatste komen uit de interviews twee met elkaar samenhangende verklaringen naar voren. Ten eerste komen ziekenhuisartsen tijdens de inwerkperiode meestal nog niet toe aan het naar zich toe trekken en opzetten van nieuwe activiteiten en projecten (zie casebeschrijvingen). Ten tweede worden de ziekenhuisartsen over het algemeen als zaalarts ingeroosterd, in ieder geval voor een groot deel van hun tijd.



Figuur 5. Overnemen van taken door de ziekenhuisarts in komende twee jaar, verwachting van de omringende beroepsgroepen (n = 140) en van de ziekenhuisartsen zelf (n=17). Gemiddelde scores; 1 = hoogst onwaarschijnlijk; 3 = misschien; 5 = hoogst waarschijnlijk.

In hoeverre zal de substitutie zich nog verder ontwikkelen in de toekomst? Figuur 5 laat zien dat ziekenhuisartsen het niet zeer waarschijnlijk achten dat zij binnen twee jaar nog substantieel taken overnemen van andere beroepsgroepen, mogelijk nog wel van medisch specialisten en misschien van

AIOS. De verwachting van de omringende beroepsgroepen is nog wat behoudender: zij verwachten dat ziekenhuisartsen mogelijk nog andere taken gaan overnemen van AIOS en ANIOS en misschien van medisch specialisten. Verder verwachten vooral de ziekenhuisartsen wel dat zij gaan investeren in nieuwe taken en taken die voorheen bleven liggen.

Tenslotte konden we bij twee ziekenhuizen een herhaalde meting uitvoeren om hier meer zicht op te krijgen. De resultaten staan in Tabel 11. In deze tweede meting, ongeveer een jaar na de eerste, lijkt de schatting meer gedifferentieerd geworden en is de geschatte substitutie van taken van co-assistenten en van artsen in opleiding tot (meestal snijdend) specialist gedaald bij beide ziekenhuizen. De differentiatie lijkt passend bij de rol van connector; spin in het web die een verbinding maakt met het werk van verschillende disciplines. Kijkend naar verschillen in oordelen tussen beroepsgroepen bij de herhaalde meting, lijken de oordelen van medisch specialisten en verpleegkundigen alleen significant verschillend voor wat betreft taken die op zaal blijven liggen: de verpleegkundigen schatten de rol van de ziekenhuisarts hier gemiddeld hoger in (gemiddeld 7% versus 0%). Let wel: het gaat hier om kleine aantallen respondenten.

Tabel 11.

Gemiddelde geschatte percentage taken van de ziekenhuisartsrol afkomstig van een andere beroepsgroep gedurende tweede meting (ziekenhuisartsfunctie >1 jaar ingevoerd)

Herkomst taken:	Omringende professionals			
	UMC-afdeling n=10	Vershil t2 – t1	STZ-afdeling n=24	Vershil t2 – t1
Medisch specialist	10,5	-2,5	14,7	1,9
Arts-assistent in opleiding	19,5	-6,5	32,8	-7,4
Arts-assistent niet in opleiding	34,5	-8,1	35,6	4,8
Verpleegkundige	3,0	0,6	4,1	2,3
Verpleegkundig specialist	3,0	1,0	0,8	0,0
Physician assistant	3,0	2,8	0,4	0,3
Co-assistent	1,0	-2,8	2,7	-4,0
Paramedicus	1,5	1,5	0,5	0,5
Huisarts	2,5	2,1	1,4	1,0
Specialist ouderengeneeskunde	4,0	2,4	2,9	2,7
Andere zorgverlener	6,0 ⁴	4,8	0,2	0,2
Patiënt/ mantelzorgers	0,5	0,1	0,4	0,2
<hr/>				
Niet vervulde taken/bleven liggen	8,0	-3,8	3,1	-1,3
Nieuwe taken	3,0	-0,8	1,8	0,2
Totaal	100		100	

Kwantitatieve vergelijking intercollegiale consulten. De sterke indruk bij betrokkenen (interviews en vragenlijstgegevens) dat door de aanwezigheid van de ziekenhuisarts minder intercollegiale consulten aangevraagd hoeven te worden, kon op één pilot-locatie met ziekenhuisartsen worden getest. Een vergelijkende analyse werd uitgevoerd op de aantallen intercollegiale consulten (ICC) tussen de jaren

⁴ Deze 6% betreft taken van de traditionele 'hoofdverpleegkundige' (genoemd door een medisch specialist).

2015 (geen ziekenhuisartsen), 2016 (met ziekenhuisartsen) en 2017 (geen ziekenhuisartsen) voor een eenheid Kortverblijf en een eenheid Dagbehandeling (zie Tabel 12). Opvallend is dat op de Dagbehandeling geen geregistreerde ICC hebben plaatsgevonden in 2015, het jaar zonder ziekenhuisartsen. Op beide eenheden zijn er veel meer ICC geregistreerd in 2016, het jaar met de twee ziekenhuisartsen. Daarbij zet deze trend van meer ICC zich door in het jaar 2017. Binnen deze case vinden we dat het aantal geregistreerde ICC juist is toegenomen over tijd, deze trend zet zich door ook zonder de ziekenhuisarts. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor het gestegen aantal ICC, bijvoorbeeld een betere registratie van consulten of vaker consult aangevraagd door betere signalering en met het oog op patiëntveiligheid. Deze data bevestigen de subjectief waargenomen trend dus niet.

Tabel 12.

Aantallen geregistreerde Intercollegiale consulten

Afdeling	2015	2016	2017	Totalen
Kortverblijf	15	38	107	160
Dagbehandeling	0	78	85	163
Totalen	15	116	192	323

Afsluitend, merken we op dat een ziekenhuisarts niet alleen de taken vervult die voorheen de A(N)IOS deed, maar dat de taakopvatting van de ‘gemiddelde’ ziekenhuisarts grondiger en veelomvattender lijkt. Dit roept de vraag op in hoeverre een manager zou kunnen zeggen: ‘die taken kostten de A(N)IOS vroeger xx-tijd dus jij moet het ook in xx-tijd kunnen doen en je daarnaast ook op protocollen etcetera richten’. Naast de percepties over welke taken probeerden we daarom ook door middel van objectieve data inzicht te krijgen in de activiteiten die de ziekenhuisartsen vervullen en hoeveel tijd ze daaraan besteden. Met dit doel zijn observaties uitgevoerd en ziekenhuisartsen gevolgd en hun activiteiten per minuut geregistreerd. Met deze observaties is het mogelijk inzicht te geven in welke taken worden uitgevoerd gedurende een dienst. In Tabel 13 is een overzicht opgenomen van de observaties.

Tabel 13.

Observatie van ziekenhuisartsen en andere medici in ‘zaalarts’-rol (op slechts enkele locaties)

Tijdmeting ziekenhuisartsen (n=8)	Tijdmeting ‘andere medische functies’ (n=5)
<ul style="list-style-type: none"> • UMC 2 dagdiensten • STZ-A 2 dagdiensten • STZ-B 4 dagdiensten 	<ul style="list-style-type: none"> • UMC 2 dagdiensten a(n)ios • Algemeen 3 dagdiensten specialisten

Gedurende de observaties waren de ziekenhuisartsen actief in functie als ziekenhuisarts. De specialisten opgenomen in het overzicht waren op het moment van de observaties actief als zaalarts. In Tabel 14 is een overzicht opgenomen van de activiteiten van de ziekenhuisartsen afgezet tegen andere medici die zaaldiensten draaiden. De bevindingen in Tabel 14 suggereren dat de ziekenhuisarts mogelijk wat meer tijd besteedt aan patiëntenadministratie-gerelateerde activiteiten, zoals het bijwerken van papieren visite en het afhandelen van aanvragen. De ziekenhuisarts investeert in verslaglegging en bewaakt bovendien het proces (monitoren) tijdens deze verslaglegging. Het verschil

in communicatie over de patiënt tussen ziekenhuisarts en medisch specialist is voornamelijk te verklaren door de rol die de specialist heeft.

Tabel 14.

Belangrijkste verschillen in minuten per dienst.

	ZHA (n=8)		A(N)IOS (n=2)		SPECIALIST (n=3)	
Papieren visite	62	10%	22	3%	30	6%
Comm. over patient	83	14%	96	15%	125	23%
Aanvragen (lab e.d.)	19	3%	18	3%	11	2%

Hoewel de specialist tijdens de observatie dienst had als zaalarts, werd zij nog steeds voor specialistische vragen omtrent andere patiënten benaderd. Onze data bevestigen niet dat de ziekenhuisarts meer tijd besteedt aan communicatie over de patiënt met andere zorgverleners. Mogelijk is hierin van belang dat de ervaren ANIOS gedurende een van de observaties samen dienst had en in een deel van de taken optrok met een ziekenhuisarts-AIOS. Natuurlijk is dit speculeren, is het aantal geobserveerde dagen zeer beperkt en kunnen we geen enkele harde uitspraak doen.

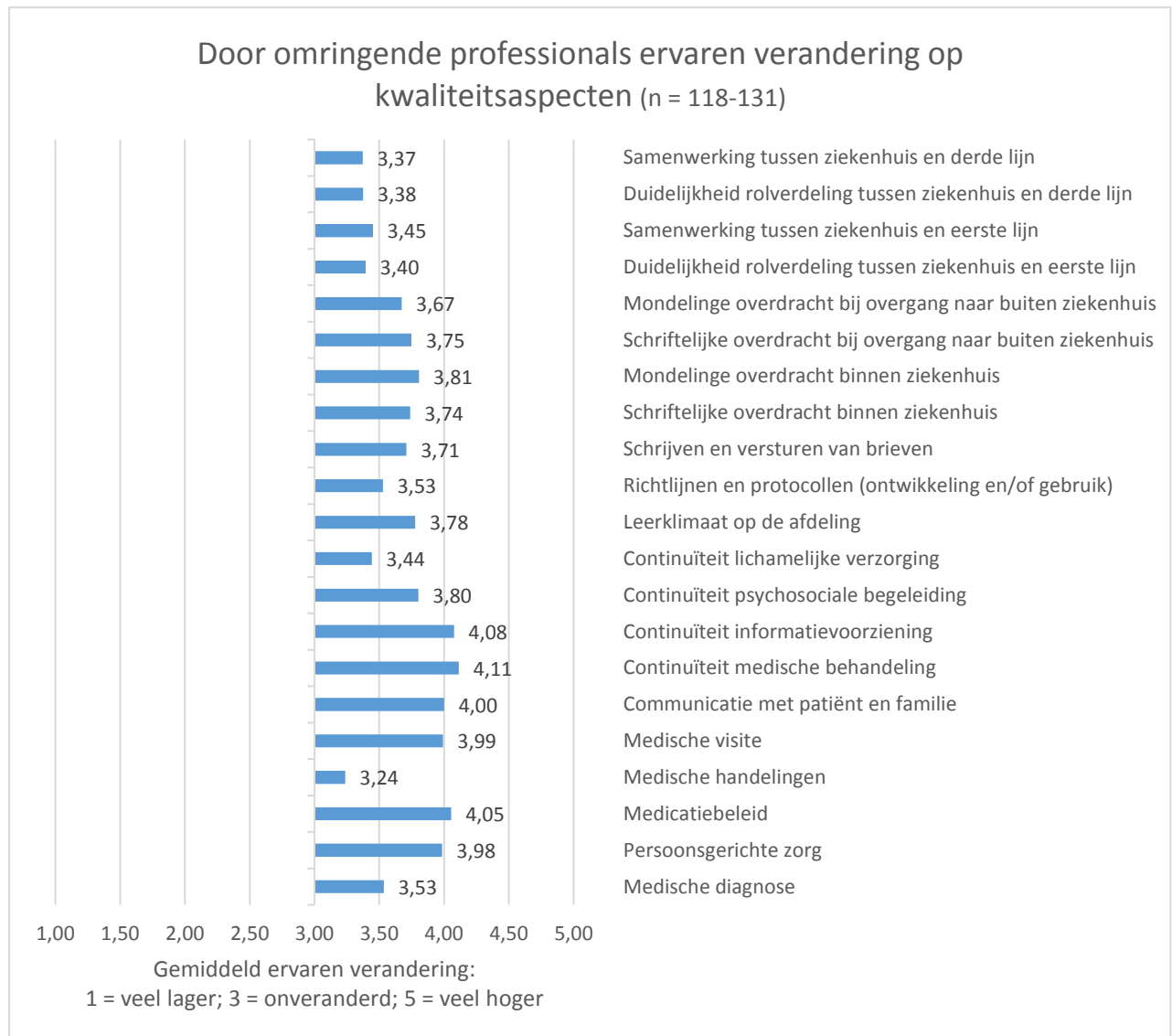
3.2.2 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

De waargenomen en verwachte effecten van de ziekenhuisartsfunctie op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid zijn naast de interviews op de volgende manier in kaart gebracht. Gevraagd is naar het effect van de ziekenhuisartsrol op 21 kwaliteitsaspecten die voor de klinische zorg relevant zijn. Zowel aan de ziekenhuisarts als aan omringende beroepsgroepen op de werkvloer is gevraagd in hoeverre **door de komst van de ziekenhuisartsrol** verandering is opgetreden voor de patiëntenstroom/ -stromen waarmee de ziekenhuisarts zich bezighoudt. Ook is gevraagd welke verdere effecten men nog voor de toekomst (< 2 jaar) verwacht.

De ervaringen van de omringende beroepsgroepen worden weergegeven in Figuur 6. In Bijlage 2 (Tabel a) vindt u het onderscheid tussen de percepties van verpleegkundigen, van medisch specialisten, van overige professionals, en van de ziekenhuisartsen zelf. Ook laten wij in Bijlage 2 (Tabel b) zien welke verdere effecten op de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in de toekomst worden verwacht door deze beroepsgroepen. In de tabellen in deze bijlage vindt u tenslotte ook de spreidingsgegevens. Uit de resultaten blijkt dat zowel de ziekenhuisarts zelf als de omringende beroepsgroepen het eens zijn dat de komst van de ziekenhuisartsrol verbetering heeft gebracht op de volgende kwaliteitsaspecten (Top 6):

1. Medicatiebeleid;
2. Medische visite;
3. Communicatie met patiënt en familie;
4. Continuïteit van zorg (medische behandeling);
5. Continuïteit van zorg (informatievoorziening);
6. Persoonsgerichte zorg.

Op dezelfde zes aspecten verwacht de overgrote meerderheid bovendien nog verdere positieve effecten in de toekomst.



Figuur 6. Waargenomen effecten van de ziekenhuisartsrol op de kwaliteit van zorg (NB. Niet alle respondenten konden overal een oordeel over geven).

Ook op de andere aspecten rond kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid wordt door de respondenten gemiddeld een lichte kwaliteitsverbetering toegeschreven aan de komst van de ziekenhuisartsrol en worden door een meerderheid nog verdere positieve effecten verwacht. Het kwaliteitsaspect ‘medische handelingen’ scoort het laagst; medisch specialisten scoren dit gemiddeld net boven de 3 (3,19 op een schaal van 1 – veel lagere kwaliteit tot 5 – veel hogere kwaliteit). In dit opzicht is de kwaliteit volgens 80 omringende professionals gelijk gebleven, volgens zeven verminderd en volgens de anderen verbeterd. Bij deze vraag zijn er veel respondenten die hierover geen uitspraak durven te doen. Een medisch specialist schrijft over het aspect ‘medische handelingen’: *“een generalist kan minder dan de specifiek voor de chirurg werkende zaalarts”* en een ander noemt eveneens dat voor *“eerder uitgevoerde handelingen nu op de supervisie wordt gewacht (openleggen wond etc.)”*. Voor de toekomst verwachten echter slechts twee respondenten op dit aspect een verslechtering. Voor de 20

andere kwaliteitsaspecten zijn de betrokkenen overwegend positief over de invloed van de ziekenhuisarts op de kwaliteit van zorg. Zo noemen medisch specialisten het volgende:

“Kwaliteit verhogend, de snelheid, ik denk betere medische zorg voor de patiënt en ik denk ook de medicatiecontrole etcetera. Ik denk dat dat iets is wat zij beter doen dan wij.” (MS)

“De ziekenhuisarts herkent heel snel signalen en weet daar ook meteen de interventies bij. Ik zie daar echt een groot deskundigheidsverschil in.” (MS)

“Hij heeft een wat bredere kijk. Dus hij vraagt af en toe ook internistisch lab aan en dat zijn ze [de verpleegkundigen] niet zo gewend. Dus ze dachten, wat duurt dat allemaal lang, dan moet dit nog en dan moet dat nog, hij [de patiënt] kan allang naar huis. Maar [de ZHA] was iets grondiger heb ik het idee dan de zaalarts.” (MS)

Ook voor drie klassieke continuïteitsproblemen is gevraagd in hoeverre hierin een effect is ervaren en nog wordt verwacht door de komst van de ziekenhuisartsrol voor de patiëntenstroom/ -stromen waarmee de ziekenhuisarts zich bezighoudt. De ervaringen tot nu toe van de omringende beroepsgroepen worden weergegeven in Figuur 7. In Bijlage 2 (Tabel d en Tabel e) maken we ook voor het ervaren en verwachte effect op continuïteitsproblemen een onderscheid tussen de percepties van verpleegkundigen, van medisch specialisten, van overige professionals, en van de ziekenhuisartsen zelf. Uit de resultaten blijkt dat alle beroepsgroepen bescheiden positieve effecten ervaren en ook nog verwachten, waarvan zowel nu als in de toekomst het meest op ‘gaten’ in de zorg.



Figuur 7. Waargenomen effecten van de ziekenhuisartsrol op de continuïteitsproblemen in de zorg (NB. Niet alle respondenten konden overal een oordeel over geven).

De meerwaarde van de ziekenhuisarts, volgens zowel de ziekenhuisarts als omringende beroepsgroepen, richt zich op veel facetten van de kwaliteit van zorg. Zo draagt de ziekenhuisarts bij aan continuïteit van zorg op de afdeling zelf en in het zorgproces (opname en overdracht). De bijdrage aan de continuïteit wordt voortdurend benoemd. Daarbij is in die functie de ziekenhuisarts ook zeer waardevol voor de patiënt omdat er laagdrempelig korte familiegesprekken gepland kunnen worden, waar een zaalarts normaal niet aan toe komt. Een uitgebreidere bespreking wordt gegeven in de casebeschrijvingen in Bijlage 1. De volgende elementen worden regelmatig genoemd in de interviews:

- Betere informatie en communicatie met de patiënt en familie;
- Een 'vast' gezicht;
- De ziekenhuisarts is op de hoogte van de patiënt en ziektebeelden;
- Persoonlijke aandacht;
- Meer kennis dan ANIOS;
- Opleider van de ANIOS en semi-artsen;
- Goede klinische blik;
- Een toegankelijk en laagdrempelig aanspreekpunt, direct antwoord;
- Aandacht voor chronische medicatie;
- Eenduidig medisch beleid
- Betere communicatie over medicijnen.

De volgende uitspraken van een arts respectievelijk een hoofdverpleegkundige zijn illustratief:

“Die [verpleegkundigen] hebben meer het gevoel dat ze met vragen terecht kunnen en waar ze ook een antwoord op krijgen.” (MS)

“Nee, de diagnostiek, die is denk ik wel veranderd. Het is meer dat de ziekenhuisarts denkt van: ‘Tjemig misschien heeft die persoon wel een blaasontsteking in plaats van een wondinfectie’. Een chirurg denkt wondinfectie, de ziekenhuisarts denkt van ‘Nou, het zou misschien ook een blaasontsteking kunnen zijn’. Dus dat is misschien... de diagnose wordt wat breder gesteld.” (VP)

Effecten op de externe samenwerking worden nog weinig waargenomen, ook niet in de interviews. Enkele ziekenhuisartsen uitten een wens tot structureler samenwerking met huisartsen, maar dit lijkt nog niet op veel plaatsen van de grond te komen. Ook andere effecten op transmurale samenwerking worden weinig gezien, noch door betrokkenen zelf verwacht (één locatie vormt hierop een succesvolle uitzondering).

Net als bij de geschatte substitutie, kon ook voor de waargenomen kwaliteitseffecten bij twee ziekenhuizen een herhaalde meting na een jaar worden uitgevoerd om na te gaan in hoeverre de effecten blijvend zijn en zich eventueel verder ontwikkelen. De resultaten zijn te vinden in Bijlage 2 (Tabel c en Tabel f) en bevestigen de hierboven besproken resultaten: een bescheiden maar onmiskenbaar positieve effect op bijna alle geïnccludeerde kwaliteitsaspecten en de vermindering van continuïteitsproblemen.

Kwantitatieve vergelijking VIM-meldingen binnen een ziekenhuis. Om de percepties over de bijdragen aan kwaliteit- en veiligheidsbeleid te toetsen aan kwantitatieve gegevens is binnen een van de STZ-ziekenhuizen een vergelijking gemaakt tussen het aantal Veiligheid Incident Meldingen voor en

na aanstelling van de betreffende ziekenhuisartsen. We bieden in Tabel 15 een overzicht van VIM-meldingen uitgezet naar aantal en type over 2015 en 2016 afkomstig van een afdeling met twee eenheden, te weten Kortverblijf en Dagbehandeling. In 2015 waren er 81 VIM-meldingen, waarvan 41 incident en 40 bijna-incident. In 2016 werden 140 VIM-meldingen geregistreerd, waarvan 69 incidenten en 71 bijna-incidenten. Het gaat in absolute en in procentuele zin om een duidelijke stijging. De tabel laat daarnaast de verschillen in frequentie per type melding tussen beide jaren zien. De grootste stijging deed zich voor in het aantal 'algemene meldingen kliniek en ondersteunende diensten', namelijk van 16 naar 40 bijna-incidenten.

Tabel 15.

Overzicht VIM-meldingen over 2015 en 2016 per type.

Type	2015	%	2016	%	Totalen	%
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	16	14	40	36	56	50
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	9	8	7	6	16	14
Bloedproducten ¹	2	2	1	<1	3	3
Hygiëne en infectiepreventie	1	<1	4	4	5	5
Laboratorium Klinische Chemie en Hematologie	2	2	1	<1	3	3
Laboratorium Medische Microbiologie en Pathologie	1	<1	1	<1	2	2
Medicatie incident	9	8	16	14	25	23
Voeding en vocht	0	0	1	<1	1	<1
<i>T-toets over typen bijna-incidenten 2015 en 2016: p = 0,48</i>						
Bijna-incident	40	36	71	64	111	
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	19	17	22	20	41	37
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	5	5	5	5	10	9
Bloedproducten 1	5	5	12	11	17	15
Hygiëne en infectiepreventie	1	<1	2	2	3	3
Laboratorium Klinische Chemie en Hematologie	0	0	1	<1	1	<1
Medicatie incident	8	7	19	17	27	25
Valincident	3	3	6	5	9	8
Voeding en vocht	0	0	2	2	2	2
<i>T-toets 2015 en 2016 incidenten: p = 0,35</i>						
Incident	41	37	69	63	110	
Totalen	81	%	140	%	221	%

¹ NB. Medicijnen zoals Cofact en immunglobulines vallen onder medicatie incident en niet onder bloedproducten.

Ook de stijging in medicatie-incidenten valt op. In de interview- en vragenlijstdata kwam de speciale aandacht van ziekenhuisartsen voor medicatie naar voren. Deze aandacht heeft in dit ziekenhuis niet tot minder geregistreerde medicatie-incidenten geleid. Een verklaring kan zijn dat de ziekenhuisartsen beter hebben geregistreerd en dit zou kunnen wijzen op een hogere mate van kwaliteitsbewustzijn en controle. Met zekerheid kunnen we dit echter niet concluderen. We hebben de gegevens over heel 2015 met die over heel 2016 vergeleken en dus niet met een steekproef gewerkt. Met het oog op generalisatie naar vergelijkbare situaties en jaren hebben we toch berekend of de waargenomen verschillen tussen de twee jaren als significant kunnen worden gezien. De daartoe gebruikte T-toetsen wijzen uit dat de geregistreerde verschillen tussen de twee jaren overigens niet significant zijn.

Ter wille van een grotere betrouwbaarheid worden de VIM-meldingen hieronder uitgesplitst naar de organisatie-eenheden Dagbehandeling en Kortverblijf. Bij de Dagbehandeling wordt bovendien een nader onderscheid gemaakt tussen de meldingen binnen de snijdende en beschouwende specialismen (Tabel 16 respectievelijk Tabel 17). De resultaten voor Kortverblijf worden weergegeven in Tabel 18.

Tabel 16.

Overzicht VIM-meldingen over 2015 en 2016 per type voor Dagbehandeling snijdend.

Type	2015	2016	Totalen
Bijna-incident	12	26	38
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	3	18	21
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	5	3	8
Hygiëne en infectiepreventie	1	4	5
Laboratorium Medische Microbiologie en Pathologie	1	0	1
Medicatie incident	2	1	3
<i>T-toets 2015 en 2016 bijna incidenten: p = 0,45</i>			
Incident	15	12	27
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	5	5	10
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	2	2	4
Bloedproducten	3	1	4
Hygiëne en infectiepreventie	1	1	2
Medicatie incident	2	0	2
Valincident	2	3	5
<i>T-toets 2015 en 2016 incidenten: p = 0,60</i>			
Totalen	27	38	65

Uit tabellen 16 en 17 kan worden geconcludeerd dat voor zowel de snijdende als beschouwende disciplines bij de Dagbehandeling het aantal VIM-meldingen in 2016 sterk is gestegen. Dit geldt met name voor de algemene melding kliniek en ondersteunende diensten waarvan in het jaar 2015 drie incidenten en in het jaar 2016 achttien incidenten worden gemeld. De T-toetsen laten voor de bijna-incidenten van de snijdende functies echter geen significant effect zien. De data in Tabel 18 laten zien

dat zowel de incidenten als de bijna-incidenten op de eenheid Kortverblijf waren toegenomen in 2016 ten opzichte van 2015. De T-toetsen geven aan dat de verschillen tussen de twee opeenvolgende jaren niet significant zijn.

Tabel 17.

Overzicht VIM-meldingen over 2015 en 2016 per type voor Dagbehandeling beschouwend.

Type	2015	2016	Totalen
Bijna-incident	7	7	14
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	3	3	6
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	1	2	3
Bloedproducten	1	0	1
Medicatie incident	2	2	4
<i>T-toets 2015 en 2016 bijna-incidenten: p = 1</i>			
Incident	5	16	21
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	3	3	6
Bloedproducten	1	6	7
Hygiëne en infectiepreventie	0	1	1
Medicatie incident	0	5	5
Valincident	1	1	2
<i>T-toets 2015 en 2016 incidenten: p = 0,11</i>			
Totalen	12	23	35

Tabel 18.

Overzicht VIM-meldingen over 2015 en 2016 per type voor Kortverblijf.

Type	2015	2016	Totalen
Bijna-incident	21	38	59
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	10	19	29
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	3	2	5
Bloedproducten	1	1	2
Laboratorium Klinische Chemie en Hematologie	2	1	3
Laboratorium Medische Microbiologie en Pathologie	0	1	1
Medicatie incident	5	13	18
Voeding en vocht	0	1	1
<i>T-toets 2015 en 2016 bijna-incidenten: p = 0,46</i>			
Incident	21	41	62
Algemene melding kliniek en ondersteunende diensten	11	14	25
Beeldvormende techniek, Functie afdeling, Polikliniek	3	3	6
Bloedproducten	1	5	6
Laboratorium Klinische Chemie en Hematologie	0	1	1
Medicatie incident	6	14	20
Valincident	0	2	2
Voeding en vocht	0	2	2
<i>T-toets 2015 en 2016 incidenten: p = 0,31</i>			
Totalen	42	79	121

Samenvattend betreffen de gevonden verschillen in VIM-meldingen bij beide eenheden voor en na de komst van de ziekenhuisarts reële effecten, maar kan niet aannemelijk worden gemaakt dat deze trend zich bij ongewijzigde omstandigheden zou doorzetten, dan wel dat de gemeten verschillen generaliseerbaar zouden zijn naar andere dagbehandelings- en kortverblijf-eenheden en/of andere ziekenhuisartsen. De gepresenteerde bevindingen laten zien dat de aanwezigheid van de ziekenhuisarts samen is gegaan met meer VIM-meldingen in de onderzochte situatie. Enerzijds kan dit passen bij de ervaren gegroeide aandacht voor kwaliteit- en veiligheidsbeleid. Hiermee zouden de beschreven kwantitatieve gegevens ondersteuning bieden aan de bevindingen uit de interviews en vragenlijsten. Anderzijds kan het zo zijn dat er daadwerkelijk meer (bijna-)incidenten hebben plaatsgevonden in 2016 dan in 2015. Ook direct betrokkenen in het veld kunnen niet op basis van harde gegevens aantonen welke verklaringen aan de gemeten trend ten grondslag liggen (meer incidenten, betere registratie, dan wel nog andere factoren).

3.2.3 Efficiëntie in het zorgproces

Om waargenomen en verwachte effecten van de ziekenhuisartsfunctie op de efficiëntie van het zorgproces te achterhalen, is de respondenten een aantal vragen voorgelegd. De eerste set vragen betreft de inrichting van het zorgproces: het aantal stappen en aantal zorgverleners in het zorgproces, de tijd die andere zorgprofessionals aan het zorgproces besteden en de kosten van de zorg (zie Tabel 19 en Tabel 20). Vervolgens is gevraagd naar het ervaren respectievelijk verwachte effect van de ziekenhuisartsfunctie op de volgende indicatoren: medicatiefouten, ongeplande heropnames, complicaties, ligduur, wachtlijsten en toegangstijden (zie Tabel 21 en Tabel 22).

Een opmerking vooraf: een aantal respondenten geeft bij een of meer van de vragen rond 'efficiëntie in het zorgproces' aan daar geen zicht op en geen verwachting over te hebben. Het aantal respondenten varieert daardoor per vraag. Niet elke indicator is relevant voor elke ziekenhuisartsrol en binnen elke setting: op een dagbehandeling in een regionaal ziekenhuis waar physician assistants worden ingezet spelen andere issues dan op een oncologische afdeling in een academische setting met veel opleidings- en onderzoekstaken. In de bespreking van de resultaten geven we verklaringen voor de gevonden variëteit in ervaringen en verwachtingen en betrekken daarbij ook de interviewgegevens en opmerkingen in de vragenlijst.

Uit de resultaten (Tabel 19) komt naar voren dat de hoeveelheid tijd die medisch specialisten en arts-assistenten in opleiding aan de patiëntenstroom besteden is afgenomen. Bij een tweede meting bij omringende professionals een jaar later bij twee ziekenhuizen vinden we wederom een waargenomen vermindering in de tijdsbesteding van deze twee medische functies: tien respondenten geven een gemiddelde score van 2,50 voor medisch specialisten en 2,40 voor arts-assistenten bij een UMC-ziekenhuis en 22 respondenten geven een gemiddelde score van 2,32 respectievelijk 1,95 bij een STZ-ziekenhuis. Er bestaat consensus over dit effect tussen ziekenhuisartsen, medisch specialisten, overige medici en verpleegkundigen (afgaande op de 95% betrouwbaarheidsintervallen van de scores in ronde 1)⁵. In cases wordt het veelal ervaren als het leveren van meer integrale medische zorg voor opgenomen patiënten, hetgeen terugkomt in een gemiddeld licht positief effect op aantal stappen en aantal zorgverleners (Tabel 19). Het gemiddelde effect is beperkt, omdat het niet of minder wordt

⁵ In paragraaf 3.2.1 werd wel aangegeven dat de beroepsgroepen de hoeveelheid tijd verschillend inschatten.

waargenomen in cases waar de ziekenhuisarts uitsluitend als een extra type beroepsgroep in de traditionele zaalartsrol wordt ingeroosterd, of waar de medische zorg eerst alleen door de medisch specialist werd geleverd:

“Ik zie een soort versnippering van zorg. Waar je eerst een dokter nodig had heb je er nu twee nodig.”
(MS)

Het kleine, positieve effect op de tijdsbesteding van verpleegkundigen kan als volgt worden verklaard: verpleegkundigen kunnen hun eigen werk beter organiseren door de meer voorspelbare en grotere aanwezigheid van een arts. Ze hoeven minder te wachten op de komst van een arts en kunnen erop vertrouwen dat zaken worden geregeld:

“Het geeft een soort rust op de afdeling en dat is voor een verpleegkundige lekker. In plaats van continu achter de dokter aan te rennen worden nu gewoon dingen automatisch gedaan.” (VP)

Tabel 19.

Ervaren effect ‘tot nu toe’ van de ziekenhuisartsfunctie op efficiëntie, volgens omringende beroepsgroepen en de ziekenhuisartsen (score: 1 = sterk verminderd; 3 = onveranderd; 5 = sterk toegenomen sinds de komst van de ziekenhuisarts).

Tot nu toe waargenomen effect op...	Gemiddelde (Standaarddeviatie)	
	Omringende professionals (n=110-121)	Ziekenhuisarts zelf (n=17)
Het aantal stappen in het zorgproces	2,74 (0,69)	2,29 (0,47)
Het aantal betrokken zorgverleners gemiddeld per patiënt	2,76 (0,86)	1,82 (0,53)
De hoeveelheid tijd die verpleegkundigen besteden aan de patiëntenstroom	2,89 (0,51)	2,88 (0,50)
De hoeveelheid tijd die medisch specialisten besteden aan de patiëntenstroom	2,32 (0,61)	1,94 (0,56)
De hoeveelheid tijd die arts-assistenten besteden aan de patiëntenstroom	2,24 (0,66)	1,76 (0,73)
De hoeveelheid tijd die physician assistants besteden aan de patiëntenstroom	2,60 (0,66)	2,56 (0,73)
De kosten van de zorg voor de patiëntenstroom/-stromen (moeilijk te beantwoorden vraag)	2,83 (0,66)	2,71 (0,83)

De meerwaarde van de ziekenhuisarts lijkt echter goed naar voren te komen bij de gecompliceerde patiënten:

“Het primaire probleem waarvoor iemand ligt, is voor de primaire dokter die daar over gaat. Wij moeten eigenlijk naar de rest eromheen kijken. Finetunen met z’n tweeën.” (ZHA)

In de dagelijkse praktijk is het soms nog zoeken en schipperen. Op een andere afdeling met complexe patiënten in een academische setting, merkt een specialist, die overigens zeer tevreden is over de meer internistische blik en kennis van de basiszorg, op:

“Want ze heeft regelmatig dat ze toch alleen [zonder iemand ernaast] de visites doet, voor de lopende zaken. Maar dat is niet de bedoeling uiteindelijk. [...]” (MS)

Doordat de ziekenhuisarts uitgebreide kennis heeft van basiszorg, zijn er minder consulten nodig van internisten en ouderengeneeskundigen:

“Alleen het voordeel nu is, als je nu iets over de suiker vraagt, dan geef ik antwoord. En die dokter zegt ik ga een internist bellen en dan kom ik langs.” (ZHA)

Een andere ziekenhuisarts bevestigt deze afname van consulten van andere specialismes:

“We zijn meer consulten zelf gaan doen. Wij pakken eenvoudige consulten van diverse specialismen op en voorheen werd dat uitbesteed aan een consulent van dat specialisme.” (ZHA)

We zien in Tabel 20 dat de voorzichtige verwachting van meer geïntegreerde zorg (minder stappen en zorgverleners) zich doorzet, maar de standaarddeviaties laten zien dat de meningen op dit punt en ook over de kosten van de zorg uiteenlopen. De algemene verwachting is wel dat andere professies in het medisch domein een nog beetje minder tijd zullen (hoeven te) besteden aan het klinisch zorgproces voor de betreffende patiëntenstroom, met name waar het gaat om arts-assistenten en medisch specialisten. Dit komt overeen met de eerder in Figuur 5 gerapporteerde verwachting van een kleine verdere toename in het overnemen van taken van deze beroepsgroepen.

Tabel 20.

Verwacht effect binnen 2 jaar van de ziekenhuisartsfunctie op efficiëntie, volgens de ziekenhuisarts en volgens omringende beroepsgroepen (gemiddeld; 1 = sterk vermindert, 3 = hetzelfde blijft, 5 = sterk toeneemt)

Verwachte effect op...	Gemiddelde (SD)	
	Professionals (n=114-121)	ZHA (n=17)
Het aantal stappen in het zorgproces voor deze patiëntenstroom	2,33 (0,84)	2,12 (0,49)
Het aantal betrokken zorgverleners gemiddeld per patiënt	2,34 (0,76)	1,82 (0,53)
De hoeveelheid tijd die verpleegkundigen besteden aan de patiëntenstroom	2,71 (0,62)	2,53 (0,51)
De hoeveelheid tijd die medisch specialisten besteden aan de patiëntenstroom	2,26 (0,66)	1,76 (0,44)
De hoeveelheid tijd die arts-assistenten besteden aan de patiëntenstroom	2,15 (0,67)	1,94 (0,56)
De hoeveelheid tijd die physician assistants besteden aan de patiëntenstroom (2 missing)	2,34 (0,73)	2,46 (0,83)
De kosten van de zorg voor de patiëntenstroom	2,49 (0,81)	2,12 (0,93)

Twee hoofdbarrières voor een meer efficiënt ingericht klinisch zorgproces doen zich voor wanneer:

- een visie ontbreekt op de inzet van ziekenhuisartsen;
- er te weinig ziekenhuisartsen om in ieder geval de benodigde dagdiensten duurzaam te kunnen draaien; resulterend in een beperkte impact.

Wanneer ziekenhuisartsen gezien worden als een van de vele typen ‘poppetjes’ die medische zorg op de afdeling kunnen leveren, zal hun invloed op de organisatie van het proces beperkt blijven. In de onderzochte cases worden beide typen barrières ervaren. Een paramedicus schrijft :

“... effecten zijn niet alleen toe te schrijven aan een ziekenhuisarts, maar aan een gehele organisatie welke effectief moet samenwerken” (Para).

Een ziekenhuisarts zegt over de kosten van de zorg voor de patiëntenstroom:

“Omdat je zorgprocessen kan structureren, kwaliteit van zorg kan verbeteren. Meer lean kan werken, dus kostenbesparend kan werken, wellicht. Mensen liggen dan misschien wel korter in het ziekenhuis, ik denk echt wel dat het kan werken. Maar in mijn eentje ga ik dat verschil niet maken” (ZHA).

Veel ziekenhuisartsen geven aan een “vast aanspreekpunt voor patiënten” (zie Bijlage 5) voor patiënt en familie te zijn, maar verwachten dat niet altijd terug te zien in de ervaring van de individuele patiënt:

“Patiënten zien 3-5 mensen tijdens de visite aan het bed, patiënten zullen eventuele verbetering niet direct koppelen aan een ziekenhuisarts” (ZHA), en een andere ziekenhuisarts denkt er net zo over: “Ja verandering van de zorg, ik denk dat dat nog niet heel duidelijk is voor de patiënt” (ZHA).

De (beperkt beschikbare) gegevens uit patiëntenvragenlijsten en interviews bevestigen dat de geboden continuïteit patiënten veelal niet opvalt (Bijlage 3).

Tabel 21.

Ervaren effect ‘tot nu toe’ van de ziekenhuisartsfunctie op efficiëntie, volgens de ziekenhuisarts en volgens omringende beroepsgroepen. Afgerond percentage respondenten dat een effect heeft waargenomen.

Prestatie-indicatoren	Andere professionals n=118-120		Ziekenhuisartsen n= 16 - 17	
	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %
Wachlijsten/wachttijden	17	2	6	0
Ligduur	45	7	59	12
Complicaties	43	3	69	0
Ongeplande heropnames	25	1	41	0
Toegangstijd	14	0	12	0
Medicatiefouten	60	1	94	0

De resultaten in Tabel 21 suggereren dat de ziekenhuisartsfunctie efficiëntie in het zorgproces zou kunnen faciliteren en daarvan zien we enige voorbeelden in de cases. De opmerkingen van betrokkenen laten wel zien dat dit sterk afhankelijk is van de rol en van de verdeling van de verantwoordelijkheden over betrokkenen inzake bijvoorbeeld het opname- en ontslagbeleid. Zo merkt een verpleegkundig specialist, in lijn met anderen op deze locatie, het volgende op:

“Ze zijn er nu vooral als de patiënt al op de afdeling is, misschien dat ze te zijner tijd ook een rol in het voortraject kunnen spelen, zodat zaken op een dagbehandeling nog beter geregeld zijn en dat een patiënt uiteindelijk nog beter naar huis gaat, met minder complicaties en ongeplande heropnames.”

(VS)

In een andere setting zegt een gespecialiseerd verpleegkundige over wachtlijsten:

“Wachtlijsten liggen [...] meer aan de enorme patiëntenstroom die is aangemeld. De doorstroom van de patiënten wordt wel bevordert door continuïteit in de aanwezigheid van een ziekenhuisarts.” (VP)

Dat is een geluid dat we vaker hoorden. Ook bij de herhaalde meting een jaar na de eerste meting bij twee ziekenhuizen ervaart slechts een kleine minderheid een positief effect op wachtlijsten en wachttijden, namelijk 11% in het UMC (n=10) en 18 % in het STZ-ziekenhuis (n=20).

Het ervaren effect op **ligduur** (of opnameduur) is wisselend en behoeft enige toelichting. De interviews helpen de data in Tabel 21 te interpreteren. Zo noemt een ziekenhuisarts:

“We laten de gecompliceerde patiënt wat langer liggen, waardoor ze beter naar huis gaan.” (ZHA)

Een andere ziekenhuisarts bevestigt dit en verwacht daarvan een gunstig effect op heropnames:

“Ik laat patiënten gerust een dag langer liggen vanwege ontregelde suikers of omdat ze nog een beetje overvuld zijn. Dat gebeurde eerder niet, maar dan werden ze misschien wel weer sneller heropgenomen.” (ZHA)

Daarentegen neemt een derde ziekenhuisarts juist een daling van de ligduur waar:

“Ja, denk ik wel dat patiënten eerder naar huis toe kunnen. En omdat we bijvoorbeeld ook gewoon de tijd hebben om bijvoorbeeld ‘s middags nog een keer zo’n patiënt opnieuw te beoordelen om te kijken of die naar huis toe kan gaan, terwijl dat anders gewoon wel naar de volgende dag toe doorgeschoven werd”. (ZHA)

Ook een arts bij een UMC heeft deze ervaring:

“Want als jij de hele dag op een internist moest wachten die diabetes moet reguleren, dat heeft [de ZHA] dat natuurlijk al gedaan. Op dat terrein is er zeker al merkbaar verschil. De efficiëntie daarin van kortere ligduur, of minder complicaties, minder medicatiegebruik, dat moet zich nog bewijzen.” (MS)

Een stafmedewerker vat het als volgt samen:

“Ik bedoel [met mijn score in de vragenlijst] dat de ziekenhuisarts positief kan sturen op opnameduur, naar de best passende duur voor de patiënt met inachtneming van de relatie tot opbrengsten.” (Staf)

In de wisselende ervaringen speelt ook mee dat een hoofdbehandelaar ervoor kan kiezen standaard het protocol te volgen en de ziekenhuisarts geen ruimte geeft daar beargumenteerd van af te wijken. In die gevallen heeft de ziekenhuisarts geen invloed op de ligduur. In het UMC-ziekenhuis is het percentage omringende professionals dat een positief effect op de ligduur ervaart sterk gestegen bij de herhaalde meting een jaar later, namelijk van 56% in ronde 1 (n= 25) naar 90% in ronde 2⁶ (n =10). In het STZ-ziekenhuis waar we een tweede meting konden doen blijft het waargenomen effect ongeveer gelijk, namelijk 52, 5% in ronde 1 (n=23) en 59,1% in ronde 2 (n=22) en 18,2 % verwacht in ronde 2 zelfs een negatief effect.

⁶ Het aantal respondenten in ronde 2 is in het UMC-ziekenhuis echter beperkt de uitval zou select kunnen zijn.

Uit Tabel 21 blijkt dat er onder de respondenten wel een duidelijke consensus bestaat dat de komst van de ziekenhuisarts ertoe leidt dat er **minder medicatiefouten** worden gemaakt (consensus tussen ziekenhuisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen). Bij de tweede meting onder omringende professionals een jaar later bij twee ziekenhuizen wordt dit effect in het STZ-ziekenhuis nog wat vaker ervaren dan in de eerste meting, namelijk 70% in ronde 1 (n =23) en 82% in ronde 2 (n=18). Bij het UMC-ziekenhuis neemt in ronde 1 84% (n =25) en in ronde 2 80% (n=8) dit positieve effect waar. De hierboven beschreven kwantitatieve analyse van de geregistreerde VIM-meldingen binnen een ander STZ-ziekenhuis (Tabellen 15 t/m 18) toonde echter geen reductie in (geregistreerde) medicatiefouten aan. We kunnen deze ervaring dus niet met objectieve data bevestigen. De ziekenhuisartsen in deze laatste case gaven aan dat na een jaar hun rol nog sterk in ontwikkeling was. Het is ook mogelijk dat zij aan een betere registratie hebben bijgedragen.

Op de overige indicatoren in Tabel 21 worden minder duidelijke effecten waargenomen. We kunnen wel concluderen dat negatieve effecten op complicaties, ongeplande heropnames en toegangstijden niet of nauwelijks worden gesignaleerd. Het is in het licht van de tot dusver uiteenlopende ervaringen verassend dat Tabel 22 laat zien dat de respondenten in meerderheid toch verwachten dat binnen twee jaar zowel minder ongeplande heropnames en complicaties, als een kortere ligduur per opname zullen worden gerealiseerd. Hierover bestaat onder de respondenten consensus tussen ziekenhuisartsen, medisch specialisten en verpleegkundigen. Het gedeelde vertrouwen dat inzet van ziekenhuisartsen zal leiden tot minder medicatiefouten, komt op meer manieren naar voren in de data.

Tabel 22.

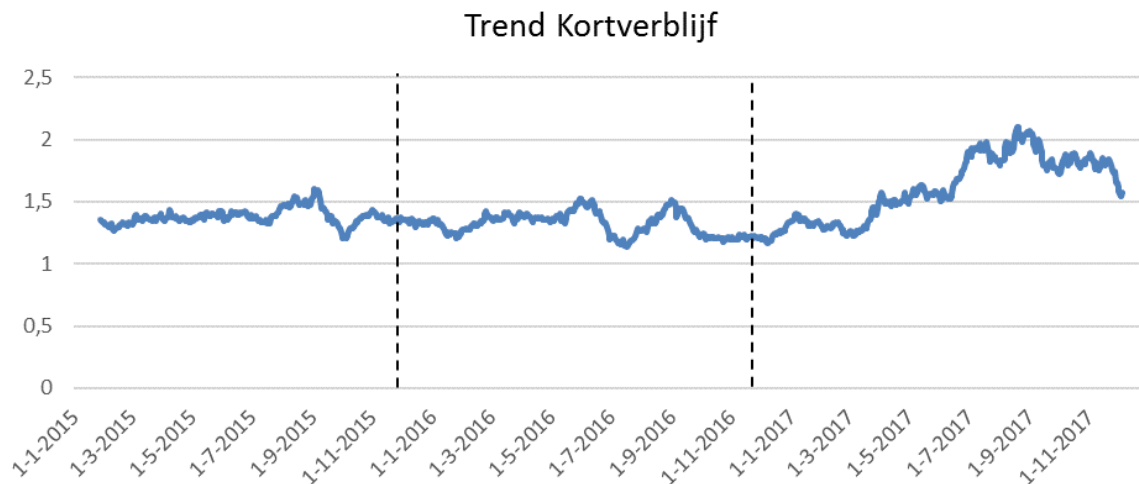
Verwacht efficiëntie-effect < 2 jaar van de ziekenhuisartsfunctie, volgens de ziekenhuisarts en omringende beroepsgroepen. Afgerond percentage respondenten dat (nog) een effect verwacht.

Prestatie-indicatoren	Professionals n=53- 57		Ziekenhuisartsen n= 17	
	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %
Wachlijsten/wachttijden	34	1	29	0
Ligduur	69	3	94	0
Complicaties	66	1	88	0
Ongeplande heropnames	54	1	82	0
Toegangstijd	27	0	41	0
Medicatiefouten	78	0	100	0

Kwantitatieve vergelijking ligduur binnen een ziekenhuis. Gezien het belang van ligduur als prestatie maat en omdat er geen eenduidige invloed van de ziekenhuisartsfunctie uit de waargenomen effecten tot nu toe naar voren komt, werden de vragenlijstgegevens aangevuld met een analyse van de geregistreerde ligduurgegevens in een STZ-ziekenhuis-A. Het betreft een retrospectieve vergelijking van het verloop van de ligduur op de twee eenheden waar een ziekenhuisarts gedurende een jaar werd ingezet. Het inzichtelijk maken van de ligduur gebeurt op basis van het lopende gemiddelde, we baseren ons hierbij op de aanpak van Roemeling *et al.* (2017). Op elke dag in het jaar bepalen we de ligduur over een periode van 28 dagen. Deze gemiddelden vormen de basis voor grafieken die eventuele trends inzichtelijk kunnen maken. Let wel: de gehanteerde basis van 28 dagen maakt dat de eerste weken (januari 2015) en de laatste weken (december 2017) niet indicatief zijn voor het exacte

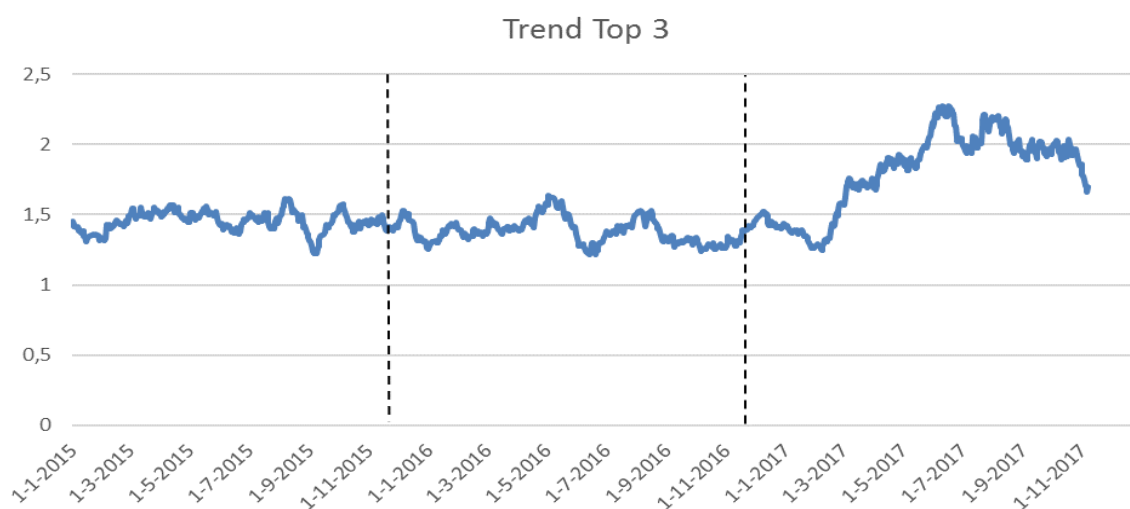
verloop. Deze periodes bevatten mogelijk onvoldoende datapunten voor een betrouwbare trendbepaling.

Figuur 8 geeft het verloop in ligduur weer in de periode 2015, 2016 en 2017 voor de eenheid Kortverblijf. In jaar 2015 is de ligduur rond de 33,1 uren (1,38 dagen) met een stijging in de periode augustus - september. In 2016 bedraagt de gemiddelde ligduur 31,6 uren (1,32 dagen) met een dip in augustus. Aan het einde van het jaar lijkt een lichte daling zichtbaar. Vanaf medio november lijkt zich een dalende trend in te zetten maar de ligduur loopt op in 2017. Het jaar 2017 laat een gemiddelde ligduur zien van ongeveer 39,4 uren (1,64 dagen) die naar het einde van het jaar flink oploopt.

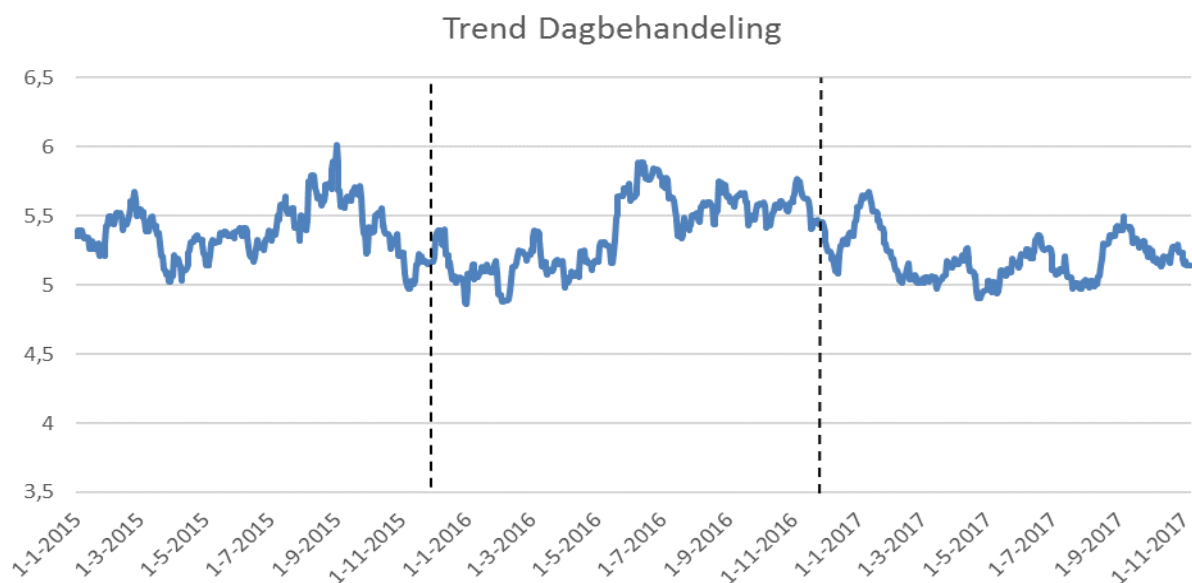


Figuur 8. Lopend gemiddelde van ligduur voor Kortverblijf over 2015, 2016 en 2017.

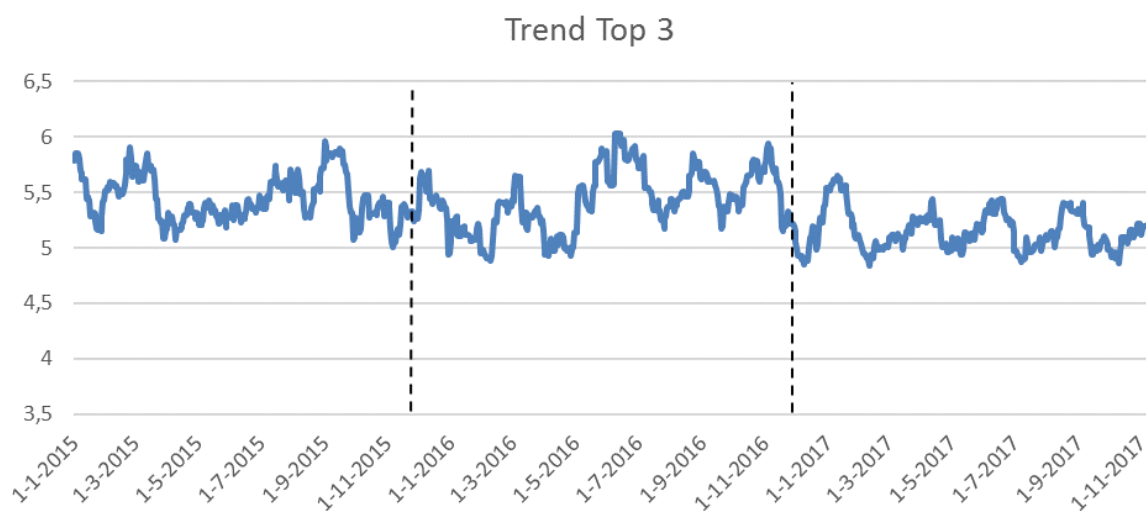
In Figuur 9 laten we nogmaals het verloop van de ligduur zien voor de jaren 2015, 2016 en 2017 maar hier focussen we ons op de drie disciplines die het meeste patiënten op de eenheid Kortverblijf ontvangen (volumegrootte). Het betreft Chirurgie (4484 patiënten), Urologie (1957 patiënten) en Keel-Neus-Oor (1883 patiënten). Wederom zien we hetzelfde verloop waarbij het jaar 2017 zich typeert als een jaar waarin de gemiddelde ligduur sterk oploopt.



Figuur 9. Lopend gemiddelde van ligduur voor Kortverblijf over 2015, 2016 en 2017 voor top drie disciplines in patiëntvolume.



Figuur 10. Lopend gemiddelde van ligduur voor Dagbehandeling over 2015, 2016 en 2017.



Figuur 11. Lopend gemiddelde van ligduur voor Dagbehandeling over 2015, 2016 en 2017 voor top drie disciplines in patiëntvolume.

In Figuur 10 en Figuur 11 zien we het verloop van de ligduur over de periode 2015, 2016 en 2017 voor de eenheid Dagbehandeling. Wederom analyseren we de ligduur voor alle disciplines samen als voor de disciplines met het grootste patiëntvolume, hier Maag Darm Lever (17.873 patiënten), Urologie (5690 patiënten) en Chirurgie (4917 patiënten). In het jaar 2015 schommelt de ligduur rond de 5,41 uur met een sterke stijging in de periode augustus. In 2016 zien we een ligduur van rond de 5,38 uur waarbij we een stijging kunnen zien die begint in de loop van het jaar. In de loop van het jaar 2017

zet een dalende trend in en is er een gemiddelde ligduur van rond de 5,18 uren. Belangrijk om te benadrukken is dat de getoonde verschillen op jaarbasis dus binnen een half uur van elkaar liggen (5 uren en 11 minuten in 2017 en 5 uren en 25 minuten in 2015). Afgezien van schommelingen over tijd lijkt het onwaarschijnlijk dat er trendmatige verschillen zijn over de jaren heen.

Terugkomend bij de invloed van de ziekenhuisarts op de ligduur vinden we met de getoonde trendanalyses van een ziekenhuisartsrol in een STZ-ziekenhuis geen duidelijke steun voor een effect op de ligduur van de patiënt bij deze ziekenhuisartsrol. Hoewel het jaar 2017 zonder ziekenhuisartsen een stijgende trend laat zien bij de eenheid Kortverblijf, doet dit patroon zich niet voor bij de eenheid Dagbehandeling. Wanneer ziekenhuisartsen binnen dit ziekenhuis bewust de keuze maken om patiënten iets langer op te nemen, zoals expliciet aangegeven in de interviews, worden die gevallen wellicht gecompenseerd door het sneller inzetten van ontslagbeleid en minder wachttijd voor verpleegkundigen bij de patiënten die wel naar huis kunnen. Ook dit laatste effect wordt genoemd in de interviews. De ligduur is in het betrokken ziekenhuis in ieder geval niet langer geworden in het jaar dat ziekenhuisartsen werden ingezet.

3.2.4 De samenwerking tussen medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg

Ten aanzien van de samenwerking van ziekenhuisartsen met andere medische professies blijkt dat de samenwerking met verpleegkundigen zeer positief is (zie Tabel 23). De groep verpleegkundige respondenten scoort op de samenwerking van de ziekenhuisarts met de verpleegkundigen vrijwel allemaal positief. Ook uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen heel blij zijn met de komst van de ziekenhuisarts. Verpleegkundigen hebben een vraagbaak die snel antwoord kan geven en er is meer structuur op de afdeling, zoals blijkt uit onderstaand citaat van een hoofdverpleegkundige:

“Zochten we echt iemand die breder kon kijken en met ons mee kon kijken ook op het moment dat wij hier niet pluis gevoelens hadden, of een onderbuikgevoel dat je denkt hier moet eigenlijk een medicus komen maar hij staat op dit moment te opereren. Nu zien wij, dat nu de ziekenhuisarts bij ons op de afdeling is, dat we die continuïteit gewaarborgd hebben. Dus op het moment dat onze verpleegkundigen nu merken van het zit hier niet helemaal lekker of de lab uitslagen die wijken wat af. Dan is er eigenlijk gelijk een medicus op de afdeling [...] een spin in het web is ten aanzien van de brugfunctie tussen verpleegkundige en medisch specialist. Dus de ziekenhuisartsen gaan mee, bekijken het dossier, bekijken de patiënt, overleggen zelf dan met de hoofdbehandelaar. En stellen daar dan al dan niet hun beleid vast. Ja, dat vind ik heel erg prettig.” (HVP)

Wel komt naar voren dat het in het begin vaak onduidelijk is voor andere beroepsgroepen wat de ziekenhuisarts precies kan en mag doen binnen het medisch domein.

“Dat was in het begin even wennen en aftasten, maar nu zijn ze [verpleegkundigen] echt wel tevreden.” (HVP)

“Ik denk dat iedereen moet wennen aan wat een ziekenhuisarts is. Wij hebben die verpleegkundigen helemaal blij, op de hoogte whatever, maar daar moet iedereen, alle specialisten, ook de AIOS, de chirurg, iedereen moet wennen.” (ZHA)

“Ik heb af en toe wel een beetje dat het niet altijd heel duidelijk is wie wat doet. Van goh, wanneer kan ik zelf dan visite lopen? Daar hebben we in het begin wel een beetje last van gehad van hoe structureren we dat.” (MS)

De ziekenhuisartsen ervaren nauwelijks weerstand van groepen medische of niet-medische professies binnen de patiëntenzorg, maar lokaal komt het voor dat enkele individuen kritisch tegenover de ontwikkeling staan:

“Het zijn individuen waar je wat weerstand van ondervindt. Het is een enkele PA, het is een enkele chirurg.”(ZHA)

Uit de resultaten blijkt dat men nauwelijks negatieve effecten op de samenwerking met physician assistants (PAs) ervaart en dat meer respondenten een positieve ervaring hebben (Tabel 23). Op zich zijn PAs ook maar in enkele cases betrokken bij het werk van de ziekenhuisarts. In de interviews wordt het verschil tussen ziekenhuisartsen en PA verschillend ervaren:

“Breed kunnen kijken, breed opgeleid zijn. En inderdaad dan kijkende naar inderdaad de co-morbiditeit bijvoorbeeld met name. En dat merk je toch bij de Physician assistant, dat dat in mindere mate uit de verf komt, omdat ze ook gericht zijn op een specialisme“ (MS).

“We werken namelijk ook met physician assistants en een verpleegkundig specialist. Uh.. en wat ik eerlijk gezegd verwacht had en wat ik mij een beetje tegenvalt, is dat zo’n ziekenhuisarts een stapje uh.. hoger zou.. beter zou opgeleid zijn dan bijvoorbeeld een PA. Dat is in dit geval [bij deze specifieke ZHA die wordt vergeleken met een zeer ervaren PA] niet het geval” (MS).

De rolverdeling tussen deze twee beroepsgroepen is dan ook nog niet uitgekristalliseerd. In een topklinisch ziekenhuis keek de ziekenhuisarts mee met de PA ter ondersteuning en ook in een van de universitaire centra wil men toegroeien naar supervisie van de PA door de ziekenhuisarts. Op een ander type afdeling in een ander academisch ziekenhuis zou men daarentegen graag een poule van onderling ‘inwisselbare’ ziekenhuis-artsen en PAs hebben die men beiden op dagbehandeling en zaal kan inzetten. Binnen een van de algemene ziekenhuizen bestaat de angst dat er gezien de beschikbare financiële middelen geen plek voor beide medische beroepsgroepen zal zijn:

“Want de PA-ers voelen zich wel een beetje bedreigd, omdat de ziekenhuisarts misschien hun baan in gaat nemen, of zo. Want zo is het in het begin wel gebracht. Dat dat de bedoeling werd. Dat elke afdeling een eigen ziekenhuisarts kreeg.[...] We zijn natuurlijk ook maar een redelijk klein ziekenhuis...Dus er is niet de plek voor en-en.” (ZHA, perifeer ziekenhuis)

Andersom vertelt men binnen een ander algemeen ziekenhuis juist naar een mix van beide beroepsgroepen te streven. Dit laatste vanuit het idee dat een ziekenhuisarts beter de doorstroom kan managen en bij de complexere gevallen kan worden geroepen. Uit Tabel 24 blijkt dat een kleine

meerderheid van de gevraagde omringende professionals en ziekenhuisartsen ervan uitgaat dat de samenwerking positief zal uitpakken. Bij deze vraag zijn de meeste missende waarden (n=123 in tabel 23 en n = 116 in tabel 24), waarschijnlijk omdat lang niet bij alle afdelingen gewerkt wordt met de PA-functie.

Tabel 23.

Het effect van de komst van de ziekenhuisarts op de samenwerkingsrelatie binnen de patiëntenzorg, volgens de ziekenhuisarts en volgens omringende beroepsgroepen (overige percentage = geen effect)

Tot 'nu' toe waargenomen effect is...	Professionals n=123 - 130		Ziekenhuisartsen n= 17	
	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %
Samenwerking medisch en niet-medisch op werkvloer	64	0	94,1	0
Duidelijkheid taakverdeling	43	4	64,7	0
Onderlinge bereikbaarheid zorgverleners op werkvloer	51	0	52,9	0
Samenwerking verpleegkundigen	86	0	88,2	0
Samenwerking medisch specialisten	75	0	82,4	0
Samenwerking arts-assistenten	68	2	76,4	0
Samenwerking physician assistants	38	0	41	0

Tabel 24.

Het toekomstig verwachte effect (< 2 jaar) van de komst van de ziekenhuisarts op de samenwerkingsrelatie binnen de patiëntenzorg, volgens de ziekenhuisarts en volgens omringende beroepsgroepen Het overige percentage = geen (verder) effect verwacht.

Verwacht effect binnen twee jaar is...	Professionals n=116-123		Ziekenhuisartsen n= 17	
	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %
Samenwerking medisch en niet-medisch op werkvloer	56	2	94,1	0
Duidelijkheid taakverdeling	68	2	70,5	0
Onderlinge bereikbaarheid zorgverleners op werkvloer	72	0	64,7	0
Samenwerking verpleegkundigen	88	1	100	0
Samenwerking medisch specialisten	85	1	94,1	0
Samenwerking arts-assistenten	78	1	82	0
Samenwerking physician assistants	62	0	53	0

Uit Tabel 24, met verwachte effecten ten aanzien van de samenwerking met andere medische en niet-medische professies, blijkt dat zowel ziekenhuisartsen als omringende beroepsgroepen van ziekenhuisartsen zeker in de toekomst voornamelijk positieve effecten verwachten. Een

aandachtspunt betreft de variatie tussen ziekenhuisartsen in de mate waarin ze de afdeling ‘samen met verpleegkundigen runnen’. Een voorbeeld is de fysieke werkplek. Op de ene locatie zit de ziekenhuisarts zichtbaar aanwezig en aanspreekbaar op de afdeling te werken, bijvoorbeeld met een glazen afscheidingswand, en is zo onderdeel van dagelijkse teamgebeuren. Op een andere locatie bevindt de vaste werkplek van de ziekenhuisarts zich in een artsenkamer op een aparte gang. Het gaat om het opbouwen van een goede samenwerking, zoals een ziekenhuisarts aangeeft:

“Je moet sowieso doordringen in de organisatie, als in ‘Okay we moeten een ziekenhuisarts hebben want die kan het van meerdere kanten bekijken.’ Dat komt heel langzaam, het is een soort olievlek...” (ZHA)

Een herhaalde meting na een jaar in twee ziekenhuizen laat tot slot een sterke toename in de positieve ervaringen op deze afdelingen zien (Tabel 25). Er lijkt een breed draagvlak voor deze nieuwe medische functie te zijn ontstaan op de werkvloer op de twee betrokken afdelingen. Deze data suggereren dat het aanpassen van de taakverdeling en vormgeven van de samenwerking tijd en aandacht kost, maar dat de samenwerking daar uiteindelijk op vooruit gaat.

Tabel 25.

Het effect van de komst van de ziekenhuisarts op de samenwerkingsrelatie binnen de patiëntenzorg, bij een herhaalde meting een jaar later in twee ziekenhuizen (overige percentage = geen effect)

	UMC				STZ			
	Ronde 1 (n=25)		Ronde 2 (n=10)		Ronde 1 (n=23)		Ronde 2 (n=20)	
Waargenomen effect door omringende professionals:	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %	Positief %	Negatief %
Samenwerking medisch en niet-medisch op werkvloer	52	0	80	0	60,9	0	78,9	0
Duidelijkheid taakverdeling	40	8	80	0	43,5	4,3	73,7	0
Onderlinge bereikbaarheid zorgverleners op werkvloer	52	0	80	0	56,5	0	73,7	0
Samenwerking verpleegkundigen	88	0	80	0	82,6	0	95	0
Samenwerking medisch specialisten	68	0	90	0	78,3	0	90	0
Samenwerking arts-assistenten	60	4	100	0	73,9	0	75	0
Samenwerking physician assistants	29,2	0	44,4	0	61,9	0	45	0

3.3 Het perspectief van de patiënt

Bij de monitoring van de effecten van de ziekenhuisarts zijn pogingen ondernomen een beeld te krijgen of de inzet van ziekenhuisartsen zich ook vertaalt in de beleving van de zorg door patiënten. Wat merken patiënten van de aanwezigheid van een ziekenhuisarts op de afdeling waar ze zijn opgenomen? Ervaren patiënten inderdaad de verwachte continuïteit van zorg? Ervaren patiënten dat zij door de aanwezigheid van de ziekenhuisarts over een vast aanspreekpunt beschikken?

Om een allereerste antwoord te krijgen op dit soort vragen is in de onderhavige evaluatie van de ziekenhuisarts gepoogd de door patiënten ervaren zorg op ziekenhuisafdelingen waar een ziekenhuisarts werkzaam is, op twee manieren in beeld te brengen:

1. Aan een selectie van patiënten die op alle ziekenhuislocaties van dit onderzoek met de ziekenhuisarts te maken hebben gehad zijn vragenlijsten uitgereikt, waarvan er 57 geretourneerd zijn.
2. Telefonische diepte-interviews met tien patiënten verdeeld over drie ziekenhuizen.

De resultaten worden hier met de nodige slagen om de arm samengevat. In Bijlage 3 worden ze uitgebreid gepresenteerd en toegelicht.

Voor zowel het vragenlijstonderzoek als de patient journey, geldt dat het aantal deelnemende patiënten beperkt is en geen non-respons gegevens beschikbaar zijn. We weten derhalve niet in hoeverre de resultaten representatief zijn. Bij het vragenlijstonderzoek bleek het uiteindelijk methodologisch en organisatorisch niet realiseerbaar om ook over gegevens vanuit een controlegroep (zonder ziekenhuisarts) te beschikken. Bij de resultaten van de interviews moet rekening worden gehouden met het feit dat geen van de geïnterviewde met zekerheid kon aangeven of zij met een ziekenhuisarts te maken hebben gehad. De nulmeting die de onderzoekers bij de start voor ogen hadden bleek niet haalbaar. Hoewel binnen de ziekenhuizen moeite is gedaan patiënten te selecteren die met de ziekenhuisarts te maken hebben gehad, kunnen we de ervaringen van patiënten niet met zekerheid aan de inzet van de ziekenhuisarts toeschrijven.

Met deze methodologische ‘slagen om de arm’ in het achterhoofd, kan worden vermeld dat uit het vragenlijstonderzoek en nog in versterkte mate uit de interviews een positief beeld naar voren komt. Respondenten van de vragenlijsten die weten wie de ziekenhuisarts was, ervaren diens zorg als ‘bovengemiddeld’. Eén op de vijf patiënten die hierover een oordeel hadden, gaf zelfs aan de ziekenhuisarts een van de beste artsen te vinden die hij of zij ooit had gezien. Wel bleek bij deze vraag dat er ook een aantal patiënten is dat onvoldoende beeld heeft van (of niet onthoudt) welke zorgverlener welke functie vervult. Ook alle andere kwaliteitsaspecten van het functioneren van de ziekenhuisarts, zoals de bejegening van de patiënt, de mate waarin hij naar de patiënt luistert en oog heeft voor diens perspectief, deze meeneemt in de besluitvorming, en de deskundigheid van de ziekenhuisarts, et cetera worden overwegend als positief ervaren. Als enig punt van aandacht kwam naar voren het rekening houden met voorkeuren van de patiënt bij het bepalen van diens zorgbehoeften na ontslag. Zo’n vier op de tien patiënten geeft aan dit te hebben gemist, zij het dat dit wel een vraag betrof die op alle zorgverleners binnen het ziekenhuis betrekking had en niet specifiek op de ziekenhuisarts.

Vervolgonderzoek bij patiënten zou zich vooral moeten concentreren op afdelingen die 24/7 door ziekenhuisartsen worden bemenst, waarbij tevens een vergelijking kan worden gemaakt met

vergelijkbare afdelingen met vergelijkbare patiëntenstromen waarop geen ziekenhuisarts werkzaam is. Hoewel deze opzet methodologisch complex is vanwege de vergelijkbaarheid van beide situaties kan zij bij een groter aantal geïncludeerde patiënten relevantere gegevens opleveren dan binnen het kader van het onderhavige onderzoek mogelijk bleek.

3.4 Contracten, diensten en verdiensten ziekenhuisarts

Van de zeventien ziekenhuisartsen die ons hierover hun gegevens verstrekten hebben er elf al een tweede contract en één zelfs een derde contract afgesloten sinds de eerste aanstelling als ziekenhuisarts. Bijna de helft van hen heeft al een vast contract (n=8, juni 2018). Het eerste contract is in de meeste gevallen een jaarcontract, maar bij enkelen slechts een halfjaar-contract en in twee gevallen een vast contract, bijvoorbeeld direct na de opleiding. Een zeventiende arts heeft een tweejarig contract.

Alle ziekenhuisartsen draaien dagdiensten doordeweeks. Drie van hen geven aan geen avonddiensten te draaien en dit niet van plan te zijn. Acht anderen geven aan dat nu niet te doen, maar dit wel in de toekomst te voorzien, terwijl er vijf al avond- (4x) of bereikbaarheidsdiensten (1x) hebben. Zes ziekenhuisartsen worden al ingezet in weekenddiensten. Zeven ziekenhuisartsen voorzien dit in de toekomst, de overigen niet. Negen ziekenhuisartsen geven aan in de toekomst nachtdiensten te (willen) gaan draaien, een doet al nachtdiensten en een ander bereikbaarheidsdiensten.

Zoals landelijk afgesproken zitten de meeste ziekenhuisartsen in schaal 75 uit de CAO -ziekenhuizen of men zit in schaal 13 van de CAO-umc, maar dit is niet bij allemaal het geval. Een afgestudeerde ziekenhuisarts is ingeschaald in schaal 70; een ander ontving tijdens het eerste contract schaal 11; en een derde krijgt in het tweede, tijdelijke, contract inmiddels schaal 14. De onderhandelingen staan niet stil. Zo schrijft een ziekenhuisarts: “... worden we ingeschaald in schaal 75 Ziekenhuis CAO hierover krijgen we momenteel 12% incoventiëntentoeslag (...berekend op basis van dagdiensten en weekenddiensten). Dit percentage zal opgehoogd worden (nog onduidelijk tot welk percentage) nu er ook avonddiensten gedraaid worden. Tevens zijn we in onderhandeling om naar schaal 80 te gaan”. Een ziekenhuisarts in een umc geeft aan: “Geen zicht op schaal 14 (conform SEH), wel wenselijk”. Een ziekenhuisarts die onder de CAO-umc valt legt uit: “Schaal 13 is fulltime 36 uur; het 1e jaarcontract was 111% (d.w.z. 40 uur voor 5 dagen) in schaal 13...; vanaf het 2e jaar 32 uur in 4 dagen (parttime); bij vaste aanstelling periodiek 'overgeslagen'... functiegebonden kosten à EUR 6000 per jaar conform de CAO medisch specialisten alhier.” De uitkomsten van deze onderhandelingen hebben vanzelfsprekend directe consequenties voor de uiteindelijke kosten-effectiviteit.

Hoofdstuk 4 Conclusies, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk vatten we de bevindingen samen die relevant zijn in het licht van de vraagstellingen. Op basis van deze bevindingen en met inachtneming van de beperkingen van het onderzoek, bespreken we vervolgens de naar voren gekomen aandachtspunten en doen aanbevelingen.

4.1 Rolontwikkeling en substitutie

Hoofdvraag 1: Wat is het mogelijke effect van de invoering van de nieuwe functie ziekenhuisarts op de (verandering in) taken en verantwoordelijkheden van omringende medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg?

Substitutie of zorgontwikkeling. In de NFU-notitie 'De medisch specialist van straks' (2010) werd voorgesteld om via taakherschikking generalistisch opgeleide artsen basiszorgtaken over te laten nemen van de medisch specialist, een vorm van verticale substitutie. De ziekenhuisarts is een generalistische profielarts bij uitstek, maar tot welke taakherschikking leidt dit in de praktijk? Bij de eerste cohorten wordt vooral substitutie ervaren van taken die ANIOS, medisch specialisten en AIOS voorheen op en rond de zaal uitvoerden voor opgenomen patiënten. Deze drie beroepsgroepen zijn in wisselende verhoudingen nog steeds aanwezig op de meeste onderzochte afdelingen, mede omdat er nog maar weinig ziekenhuisartsen zijn. Het gaat tot nu toe vooral om verschuivingen en niet om volledige substitutie op zaal, hoewel twee afdelingen grote stappen hebben gemaakt in de richting van een volledige bezetting door ziekenhuisartsen. Een belangrijke vraag in de taakherschikkingdiscussie is of het om complementaire zorgontwikkeling en –vernieuwing of om substitutie gaat (Richardson, Maynard, Cullum, & Kindig, 1998). Onze resultaten suggereren dat de rol slechts voor een beperkt gedeelte bestaat uit nieuwe taken of uit taken die voorheen bleven liggen. De nadruk bij de ziekenhuisarts ligt tot nu toe derhalve op substitutie en op enkele locaties wordt dit gecombineerd met het ontwikkelen van een nieuw of verbeterd zorgmodel (zie Bijlage 1 voor de casebeschrijvingen).

Inhoud substitutie. De activiteiten van de eerste ziekenhuisartsen lijken, afhankelijk van de gekozen inzet op de locatie, voor 13 tot 55% te bestaan uit substitutie van het medisch specialistisch werk op de verpleegeenheid; in die zin wordt een beperkte mate van verticale substitutie gerealiseerd. De kwalitatieve data geven systematisch aan dat de rol van ziekenhuisartsen op snijdende verpleegafdelingen bovendien leidt tot substitutie van intercollegiale consulten. In een enkel geval geeft de behandelend snijdend specialist overigens aan zelf juist vaker naar de afdeling te komen dan wanneer een ervaren AIOS de rol van zaalarts vervult. Het gaat hier om de frequentie niet noodzakelijkerwijs om de hoeveelheid besteedde tijd. Dat kunnen we niet nagaan. Enkele ziekenhuisartsen lijkt zich in reactie daarop ook een beperkt deel van de met het snijdende specialisme samenhangende kennis en vaardigheden langzamerhand eigen te maken om 'completer' medische zorg te kunnen bieden, bijvoorbeeld door een deel van het onderwijs van de AIOS te volgen. Over het algemeen vinden geïncludeerde ziekenhuisartsen het uitvoeren van medisch-technische handelingen uit het snijdende domein echter niet tot hun beroepsprofiel behoren.

De mate van de waargenomen substitutie van enkele beroepsgroepen is ten dele afhankelijk van de professionele achtergrond van respondenten zelf. De verhoudingen in de geschatte herkomst van de taken van de ziekenhuisarts komen echter wel overeen.

Vergelijkende observaties en kwalitatieve data suggereren dat ziekenhuisartsen relatief meer tijd besteden aan indirecte patiëntenzorg dan andere beroepsgroepen die functioneren als 'zaalarts' (de indirecte zorg bestaat onder andere uit: monitoren van en administratie in dossier, lab-aanvragen en -uitkomsten, medicatie bijwerken, taken rond kwaliteit en veiligheid). Dat zij dit doen lijkt te worden ingegeven door hun focus op de complete patiënt en diens veiligheid. Voor de patiëntveiligheid is een betrouwbare informatieverwerking en –voorziening van kritiek belang. Een enkele medisch specialist en arts-assistent op een snijdende afdeling vinden dit onnodig. De meesten waarderen de meerwaarde van deze brede blik en grondigheid echter zeer; men ziet dat er minder fout gaat en mogelijke problemen vroeger worden gesignaleerd. Er wordt herkend dat het veelal gaat om zaken waarvan men binnen het specialisme zelf minder kennis heeft. Men verwacht dan ook een positief effect op bijvoorbeeld complicaties en ongeplande heropnames in de nabije toekomst. Met nadruk wijzen we erop dat de rol nog in ontwikkeling is. Waar de dienst van enkelen zich nog 'niet altijd vult', hebben veel ziekenhuisartsen een gevuld takenpakket en het zelfs 'te druk', waardoor ze veel te weinig toekomen aan taken die het zaalwerk overstijgen.

4.2 Ervaren effecten van de ziekenhuisartsfunctie

Hoofdvraag 2: Wat zijn de waargenomen en verwachte effecten van de ziekenhuisartsfunctie op (a) de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid; (b) de efficiëntie van de patiëntenzorg; (c) de samenwerkingsrelatie met andere medische en niet-medische professies binnen de patiëntenzorg; en (d) de samenwerkingsrelatie van het ziekenhuis met de eerste en derde lijn binnen de patiëntenzorg?

Kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Als generalistisch opgeleide arts verhoogt de ziekenhuisarts de kwaliteit van de zorg op en rond zaal voor andere zorgverleners, managers en administratie merkbaar, in ieder geval voor wat betreft medicatiebeleid; medische visite; communicatie met patiënt en familie; continuïteit van medische zorg en van de informatievoorziening. De kennis van de interne geneeskunde wordt waardevol gevonden op de snijdende afdelingen waar een ziekenhuisartsrol is ingezet. Soms gaat het erom dat de gezondheidstoestand van complexe patiënten nu kan worden bewaakt en dat de arts in voorkomende gevallen direct kan handelen. In andere gevallen is een meerwaarde dat de arts bij een heterogene groep patiënten kan worden ingezet. Er zijn uitzonderingen waar men nog niet tevreden is en op de enkele beschouwende afdelingen lijkt het moeilijker een groot verschil te maken. Bijna alle ziekenhuisartsen voeren extra taken uit om de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid te bewaken, te verbeteren en te borgen op de afdeling.

Efficiëntie van de patiëntenzorg. Wij kunnen de kosteneffectiviteit van de inzet van ziekenhuisartsen niet objectief bepalen op basis van de beschikbare gegevens. Baten volgend uit de lange termijneffecten, die op basis van onze kwalitatieve resultaten voorstelbaar zijn, konden nog niet betrouwbaar worden gemeten. Hierbij valt te denken aan minder complicaties en heropnames door meer integrale medische zorg, minder en waar mogelijk goedkopere medicatie, minder intercollegiale

consulten, een beter gemanagede in-, door- en uitstroom met waar mogelijk een kortere ligduur en daarbinnen meer declarabele dagen, een beter georganiseerde verpleging en samenwerking tussen beroepsgroepen op zaal. Ziekenhuisartsen zelf zijn ook bezig dit meetbaar te maken. Binnen het tijdsbestek van deze studie en gegeven de beperkte groep, rolwisselingen en de lange inwerkperiode van de nieuwe functionarissen, was het niet mogelijk de effecten te isoleren en daarover zowel betrouwbare als valide data te verkrijgen. Bij een ziekenhuisafdeling waar we op relevante prestatie-indicatoren konden vergelijken, waren er te veel alternatieve verklaringen voor de uitkomsten. We kunnen de meerwaarde en de lange termijneffecten daarvan niet kwantificeren en afwegen tegen de personele en opleidingskosten.

De samenwerkingsrelatie tussen medische en niet-medische beroepsgroepen op de werkvloer.

Voor de verpleegkundigen heeft de ziekenhuisartsrol zeer duidelijk meerwaarde. Hier bestaat een groot draagvlak voor de functie: zij willen de ziekenhuisarts over het algemeen niet meer kwijt. De meerwaarde voor hen ligt ten eerste in de continuïteit die wordt geboden door de aanwezigheid van vaste artsen op zaal, de laagdrempeligheid, de parate en brede kennis en mede daardoor direct antwoord bij vragen. Ten tweede kan de verpleging door het meer gestructureerd visite lopen en het sneller bekend zijn van het medisch beleid, het eigen werk ook beter organiseren. Ook door andere beroepsgroepen wordt de samenwerking positief beoordeeld en zijn de verwachtingen voor de toekomst bij de overgrote meerderheid positief. In de ronde 2 meting bij twee opleidingsziekenhuizen ervoer niemand dat de samenwerking met arts-assistenten negatief uitvalt en in ronde 2 slechts 2%. In een van de andere umc-cases is een wat grotere belasting in de NAW-diensten voor arts-assistenten een aandachtspunt. Alleen over de samenwerking met physician assistants bestaat onzekerheid bij de ziekenhuisartsen en bij omringende professionals, hoewel geen negatief effect wordt verwacht, verwacht de meerderheid ook geen positief effect. Hier speelt mee dat bij de onderzochte afdelingen niet altijd physician assistants waren aangesteld. De onzekerheid is makkelijk voorstelbaar. Zo leeft in een kleiner ziekenhuis de vraag of er plek is voor beide functies. In een universitair ziekenhuis met een net afgestudeerde ziekenhuisarts naast een zeer ervaren physician assistant was het lastig de beste rolverdeling te bepalen.

Meer in het algemeen kwam naar voren dat men de ziekenhuisarts en diens competenties wel eerst moet leren kennen: ‘Wat heb je aan een ziekenhuisarts?’ en ‘Wat is de beste taakverdeling?’ Een arts vraagt zich bijvoorbeeld af in hoeverre deze als medisch specialist nog alle ontslagbrieven moet checken. We zien geen aanwijzingen voor een eerder genoemd nadeel dat “de ziekenhuisarts zou kunnen zorgen voor een extra laag in de communicatie tussen bijvoorbeeld een internist en een chirurg, wat de communicatie zou kunnen bemoeilijken” (Ecorys, 2016). Dat het vertrouwen groeit blijkt uit de latere vragenlijstgegevens: de overgrote meerderheid is positief over de samenwerking, over het effect van de ziekenhuisarts op de onderlinge samenwerking op de afdeling en men verwacht dat deze positieve ontwikkeling zich doorzet.

De externe samenwerkingsrelaties binnen de patiëntenzorg. De ziekenhuisartsen werken goed samen in de directe patiëntenzorg voor de individuele patiënt, en hebben overeenkomstig hun opleidingsplan veel aandacht voor de overdracht ook naar de huisarts. Dit wordt herkend en zeer gewaardeerd. Zij zijn blijkens de resultaten echter nog weinig bezig met structurele verbeteringen en innovaties in de rolverdeling en samenwerking met de eerste en derde lijn.

4.3 Beperkingen van de studie

De resultaten zijn gebaseerd op achttien van de eerste negentien ziekenhuisartsen die in Nederlandse ziekenhuizen aan de slag zijn gegaan in een ziekenhuisartsrol. Dat is een beperkt aantal en hun rol is nog sterk in ontwikkeling. De effecten hangen af van de invulling van de ZHA-rol, welke zeker niet alleen afhankelijk is van de persoon, maar ook van de visie binnen een instelling en de ruimte die bij de afdeling betrokkenen willen en kunnen bieden aan deze rol. Ook de opleiding zelf staat niet stil. Zo zijn de selectiecriteria aangepast naar aanleiding van de ervaringen met de eerste twee cohorten. Tenslotte lijken er verschillen te zijn in leeromgeving tussen de pilot-ziekenhuizen. In sommige ziekenhuizen wordt tijdens de stages meer rekening gehouden met de specifieke leerdoelen van de ziekenhuisarts AIOS ten opzichte van specialistische AIOS dan in andere. Bij deze nog beperkte schaal en de optredende dynamiek passen geen vergaande uitspraken over de grootte van de effecten van de 'de ziekenhuisarts' op de klinische zorg.

Ten tweede is de onderzoeksopzet onderweg bijgesteld. Gelijktijdige invoering van nieuwe elektronische patiëntendossiers en ad hoc of onderbroken aanstellingen van ziekenhuisartsen in pilot-ziekenhuizen beperkten de onderzoeksmogelijkheden tijdens de effect-evaluatie zeer. De bijstellingen in de onderzoeksopzet zijn onderweg besproken met de opdrachtgever en door de opdrachtgever gerapporteerd aan het ministerie van VWS. In geen enkel ziekenhuis deed zich een situatie voor waar een voor- en een nameting konden worden uitgevoerd zoals gepland. Hierdoor ontbreken objectieve kwantitatieve data over de effecten van de functie ziekenhuisarts grotendeels. Zelfs in de dieptestudie die bij een ziekenhuisafdeling kon worden uitgevoerd speelden beide hierboven genoemde problemen. Het niet kunnen uitvoeren van zowel een voor- als een nameting per afdeling heeft ook het onderzoek naar de ervaringen van patiënten sterk belemmerd. De voor liggende resultaten zijn op deze ene afdeling na voornamelijk gebaseerd op de waarnemingen van de omringende beroepsgroepen op de werkvloer en de ziekenhuisartsen zelf, in enkele gevallen aangevuld met observaties.

Ten derde en samenhangend met bovenstaande beperking, kunnen we niet garanderen dat de uitval in respondenten onder de omringende beroepsgroepen en patiënten a-select is. Het is mogelijk dat degenen die meer kritisch tegenover deze nieuwe profielarts staan, de vragenlijst niet hebben ingevuld. Op zich zijn er geen disciplines systematisch ondervertegenwoordigd in de respons. Ook is de respons bij de meeste locaties hoog en bieden de interviews daarnaast aanvullende gegevens. Daarin werd expliciet gevraagd naar reacties op en eventueel optredende weerstand tegen de ziekenhuisartsrol. Tenslotte hebben we bewust ook interviews gehouden op plekken en met personen die mogelijk een tegengeluid zouden laten horen, bijvoorbeeld daar waar er afscheid is genomen van de ziekenhuisartsrol.

4.4 Discussie en aanbevelingen

Het aantonen van meerwaarde. De ziekenhuisarts is uitstekend geëquipeerd om de rol van zaalarts te vervullen; daarover bestaat consensus. De medische kwaliteit en de continuïteit van de zorg verbeteren daarbij in de beleving van betrokkenen. Bovendien komt in de meeste van de 21 ziekenhuisarts-rolcombinaties (enkele van de 18 ziekenhuisartsen wisselden in de onderzoeksperiode van rol) een meerwaarde ten opzichte van AIOS, ANIOS en PAs naar voren. In ongeveer 30% van de cases komt deze meerwaarde echter niet voor alle omringende professionals overtuigend naar voren. Verklaringen die in de resultaten naar voren komen zijn de volgende: al dan niet gedeelde verwachtingen over de rol tussen ziekenhuisarts, medische staf en het management; zichtbaarheid van het werk dat de ziekenhuisarts verzet voor zorgverleners en functionarissen die zelf weinig op de verpleegeenheid zijn; individuele persoonskenmerken; en de manier waarop de ziekenhuisarts wordt ingeroosterd en benut. Voor wat betreft dit laatste is het voor een enkele ziekenhuisarts lastiger duurzaam het verschil te maken, hoewel we voldoende situaties tegenkwamen waarin een ziekenhuisarts toch concreet meerwaarde wist te leveren. Met het oog op afwezigheid en mogelijk verloop is het echter een kwetsbare situatie voor een afdeling. In zijn algemeenheid lijkt het op een interne afdeling tenslotte relatief moeilijker het verschil te maken dan op een snijdende afdeling.

De inwerkperiode neemt meer tijd dan tevoren soms werd verwacht. Enkele ziekenhuisartsen geven na een jaar aan nog midden in de rolontwikkeling te zitten. De ziekenhuisarts neemt een nieuwe combinatie van competenties mee en op de afdeling moeten op basis daarvan een nieuwe taakverdeling en routines worden ontwikkeld, dus het vereist een aanpassing van het hele systeem: *“Iedereen moet wennen.”* Vertrouwen moet groeien in wat wel en wat niet aan elkaar kan worden overgelaten, het toewerken naar een optimale taakverdeling kost tijd. Wanneer een ziekenhuisafdeling eenmaal op een ziekenhuisartsmodel is overgegaan, zal het inwerken van volgende ziekenhuisartsen wel sneller gaan. De tweede meting een jaar later in twee ziekenhuizen laat zien dat het vertrouwen inderdaad is gegroeid.

Aanbeveling aan ziekenhuismanagement en medische staf/MSB van ziekenhuizen:

- Overweeg het vanaf de start inzetten van meer dan één ziekenhuisarts.

Aanbeveling aan medische staf/MSB van ziekenhuizen:

- Bespreek vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen het medisch domein het omgaan met de beperkingen in de beginfase wanneer er wellicht maar één ziekenhuisarts is en structurele verbetering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid moeilijk kan worden geborgd.

Aandachtsgebied kwaliteitszorg en patiëntveiligheid. Alle onderzochte ziekenhuisartsen zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en zien dit als een wezenlijk onderdeel van de functie. Op twee van de 18 ziekenhuisartsen na kunnen ze meerdere concrete activiteiten op dit gebied aangeven. Wel zijn er grote verschillen in de intensiteit en invulling van de aandacht voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid tussen ziekenhuisartsrollen. Er zijn ziekenhuisartsen die in het dagelijks doen en laten op de afdeling leidinggeven aan kwaliteit en veiligheid en deze aandachtsgebieden als het ware belichamen (voorbeeldrol, waakhond, voortouw in aanspreekcultuur, onderwijs on-the-job, vertalen van ziekenhuisbrede ontwikkelingen). Daar is het leerklimaat op de

afdeling verbeterd voor andere beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, ANIOS en co-assistenten. Er zijn ook ziekenhuisartsen die de kwaliteit en veiligheid vooral invullen door participatie in bestaande commissies en audits, maar op dit moment minder een voortrekkersrol lijken te hebben op de afdeling zelf. Verklaringen zijn dat zij het voorsnog te druk hebben met het zaalartswork in engere zin, of nog volop bezig zijn met het ontwikkelen van de ziekenhuisartsrol op de klinische afdeling. Zij zijn nog zoekende in het invulling geven aan dit aandachtsgebied en er ligt een uitdaging daarbij meer vanuit de organisatie van de zorg en over de grenzen van de afdeling te kijken. Sommige ziekenhuisartsen organiseren ook al aparte onderwijsbijeenkomsten en willen hierin graag investeren. Anderen zijn dit voornemens.

Aanbeveling aan het ziekenhuismanagement en medische staf/MSB van ziekenhuizen:

- Formuleer in samenspraak met de ziekenhuisarts(-en) een groeipad op basis van de lokale behoeften op dit specifieke aandachtsgebied en faciliteer een daarbij passende inroostering van de ziekenhuisarts.

Aanbeveling aan ziekenhuisartsen:

- Organiseer onderling voldoende uitwisseling over uw bijdragen aan het beter organiseren van de kwaliteitszorg en patiëntveiligheid en hoe u hierin het voortouw kunt nemen binnen het eigen ziekenhuis.

Rouleren over afdelingen? Aan de ene kant is er een visie waarin men ziekenhuisartsen elk half jaar laat rouleren om de kennis up-to-date te houden en allround inzetbaar te laten blijven. Aan de andere kant signaleren wij een behoefte om een ziekenhuisarts langere tijd op een afdeling te laten blijven en zich specifieke competenties te laten eigen maken en langlopende veranderingstrajecten onder de hoede te laten nemen. Hiertussen bestaat een spanningsveld, waarbij de volgende afwegingen gemaakt kunnen worden. Als **voordelen** van het rouleren van ziekenhuisartsen over afdelingen worden gezien 'all-round' inzetbaar worden en blijven; verder ontwikkelen en blijven leren; kennis van verschillende specialismen up-to-date houden, generalist blijven. Daarbij helpt het een houding te ontwikkelen waarin over muren heen wordt gekeken en het kan kennistransfer tussen afdelingen bevorderen. Men hoopt ook dat rouleren de ziekenhuisarts meer uitdaging biedt, zodat de functie aantrekkelijk blijft. Zicht op de totale patient journey voor bepaalde patiëntencategorieën (bijvoorbeeld overgang van chirurgische afdeling naar interne geneeskunde binnen een zorgpad). Rouleren heeft ook zijn keerzijde. Als **nadelen** worden genoemd: kennisverloop; de tijd die nodig is specifieke competenties voor een patiëntenstroom te verwerven; en rouleren is niet op alle locaties mogelijk. Enkele ziekenhuisartsen zijn al naar een andere locatie of afdeling gegaan en er blijkt een inwerktijd nodig te zijn om de meerwaarde waar te kunnen maken: het is lastig om in korte tijd speende issues rond kwaliteit en patiëntveiligheid op te pakken en om lange termijnverbeteringen- en ontwikkelingen in te zetten. De specialistische kennis die iemand tot zich neemt op een afdeling kan ook worden gezien als kosten, waar geen baten meer tegenover staan wanneer de ziekenhuisarts de afdeling weer verlaat. Een aanvullende overweging kan zijn dat een duurzame aantrekkelijkheid van de functie voor een professional niet moet afhangen van taakroulatie. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de ziekenhuisartsrol moeten intrinsiek bevredigend en voldoende uitdagend zijn. Naarmate er meer ziekenhuisartsen op meer afdelingen werkzaam zijn en daarover rouleren binnen een ziekenhuis, vermindert op den duur ook de uitdaging voor de

ziekenhuisarts om 'een volgende, nieuwe afdeling een kwaliteitsimpuls te geven', want elke afdeling werkt al met ziekenhuisartsen.

Aanbeveling aan het ziekenhuismanagement en medische staf/MSB van ziekenhuizen:

- Voorkom in samenspraak met de ziekenhuisarts-(en) dat deze laatsten met te hoge frequentie rouleren over afdelingen. Neem bij de afweging over de frequentie van rouleren de hierboven genoemde voor- en nadelen de setting en het type rol in ogenschouw (zie ook Figuur 12).

Inzet in NAW-diensten? Om de hogere continuïteit en kwaliteit te 24/7 te kunnen waarborgen, wordt de inzetbaarheid van ziekenhuisartsen op een aantal afdelingen verruimd tot avond-, nacht- en weekenddiensten (zie par. 3.4). Ook op dit punt zijn er voor- en nadelen waartussen per locatie een afweging kan worden gemaakt. De benoemde **voordelen** zijn een grotere continuïteit in benadering en beleid bij een 24/7 aanwezigheid; de kwaliteitseffecten die daarmee gepaard gaan; medisch specialisten hoeven minder te worden ingezet in de NAW-diensten; inzet van de ziekenhuisarts kan onder voorwaarden wellicht bijdragen aan het voldoen aan bezettingsnormen in kleinere ziekenhuizen voor NAW-uren. In het onderzoek worden de volgende **nadelen** naar voren gebracht: bij een beperkte capaciteit aan ziekenhuisartsen vermindert het de inzet en daarmee continuïteit doordeweeks. In de NAW wordt de ziekenhuisarts eerder ingezet bij patiëntengroepen waarvoor deze weinig of geen meerwaarde heeft (KNO en urologie worden genoemd); nadelig voor artsen die mede voor het beroep hebben gekozen met het oog op een betere werk-privébalans dan wanneer ze specialist zouden worden; het ziekenhuis en/of medisch specialistisch bedrijf moeten zich een relatief groot team van ziekenhuisartsen (8 fte.) kunnen veroorloven. Ook wordt genoemd dat de continuïteit in de persoon ('vast gezicht') dan wegvalt. Continuïteit hoeft niet letterlijk afhankelijk te zijn van één vast gezicht en dit laatste type continuïteit is bovendien onvoldoende onderscheidend ten opzichte van andere beroepsgroepen die een rol spelen in de taakherschikking binnen het medisch domein. De volgende aanbeveling beoogt dit te compenseren door te zorgen voor continuïteit in de functie uitvoering van de ziekenhuisarts.

Aanbeveling aan ziekenhuisartsen binnen een ziekenhuisafdeling:

- Investeer bij het draaien van NAW-diensten in het ontwikkelen en neerzetten van een hecht team van ziekenhuisartsen met een eenduidige visie en beleid.

Aanbeveling aan de opleidingen, VvZG:

- Een verwachting om NAW-diensten te draaien kan consequenties hebben voor de instroomvereisten en aantrekkelijkheid van de functie. Een punt voor de opleidingen om mee te nemen in de voorlichting en selectie.

Naar een typologie van ziekenhuisartsrollen? Op grond van de ervaringen met de eerste generatie lijkt het werken met ziekenhuisartsen de meeste meerwaarde te hebben bij een (hoog-)complexe patiëntenstroom (in termen van zorgvraag en/of multi-morbiditeit) op snijdende afdelingen. Daarnaast zien we een mogelijke meerwaarde bij minder complexe patiëntenstromen, wanneer deze heterogeen zijn en wanneer de organisatie van en de in- en externe afstemming over een efficiënte, medische verantwoorde in- en uitstroom een kritische succesfactor is. De discussie over de vraag of de ziekenhuisarts in een bepaalde fase van een behandeling hoofdbehandelaar zou kunnen zijn, lijkt

relevant, maar moet worden besproken in het licht van de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG e.a., 2010). Bij de acute opname afdeling wordt genoemd dat dit de doorstroom zou kunnen bevorderen zolang er nog geen uiteindelijke hoofdbehandelaar is.

We hebben geen aanwijzingen gevonden dat de ziekenhuisarts bij routinezorg voor een homogene patiëntenstroom meerwaarde heeft boven de physician assistant (PA). De PA wordt in toenemende mate op zaal ingezet (Wallenburg, Janssen & de Bont, 2015; Timmermans, Laurant, van Vught, 2016). Op basis van de interviews en observaties is de indruk bovendien dat de inzet van ziekenhuisartsen bij routinezorg voor een homogene patiëntenstroom te weinig uitdaging zou bieden. Overigens werd in eerder taakherschikingsonderzoek genoemd dat het onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken niet altijd vooraf is te bepalen (Wallenburg, Janssen & de Bont, 2015). Met inachtneming van onze globale aanduiding van typen patiëntenstromen is het duidelijk dat de taakverdeling steeds aangepast moet worden aan de dagelijkse realiteit zoals die zich voordoet. Theoretisch zouden we verwachten dat des te minder voorspelbaar de complexiteit, des te meer een generalistische arts meerwaarde kan hebben boven een specifiek voor de patiëntenstroom opgeleide zorgprofessional. Hoewel zowel de ziekenhuisarts als de PA/VS bijdragen aan continuïteit in termen van vaste professionals binnen het medisch domein in een klinische setting, lijkt hun meerwaarde te verschillen dit opzicht. Beide functies lijken op grond van de hier aangedragen gegevens niet inwisselbaar, bijvoorbeeld waar het gaat om effecten op medicatiebeleid en opvangen intercollegiale consulten.

Ziekenhuisartsrollen lijken drie hoofdtypen meerwaarde te kunnen hebben:

- Op zaal het leveren van integrale medische zorg aan individuele patiënten (bevorderen) en deze zorg op een hoger peil brengen, mede door supervisie en onderwijsactiviteiten. Op enkele afdelingen werd wel een gemis aan cardiologische kennis ervaren. In het initiële SOZG-opleidingsplan (2012) is deze (keuze-)stage niet opgenomen.
- De in- door- en uitstroom en de daarmee samenhangende samenwerking op afdelings-, ziekenhuis- en transmuraal niveau vanuit medisch perspectief managen en de efficiëntie daarvan verbeteren.
- Organisatorische verbeteringen die de (medische) kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid verhogen (afdelingsniveau en ziekenhuisniveau).

In de cases loopt men vooral bij de inzet van maar een ziekenhuisarts tegen grenzen op bij het gelijkwaardig nastreven van alle drie de typen meerwaarde. Binnen enkele ziekenhuizen rees in dit verband discussie over het aantal patiënten waarvoor een ziekenhuisarts op zaal de medische zorg kan dragen. Aantallen varieerden tussen de zes, tien en twaalf. Ziekenhuisartsen benadrukken dat zij een andere rolopvatting hebben dan de ANIOS, waardoor zij zich met meer zaken grondiger bezighouden, zoals het saneren van medicatie. Andersom vroeg een ziekenhuisarts zich af waarom een ziekenhuisarts ondersteund door physician assistants en/of verpleegkundig specialisten niet de zorg voor 25 tot 30 patiënten zou kunnen coördineren, en of een ziekenhuisarts daarvoor voldoende organisatorische kwalificaties heeft.

Redenerend vanuit het uitgangspunt dat het zwaartepunt niet bij alle drie de typen meerwaarde tegelijk kan liggen, worden mede op basis van de cases (Bijlage 1), in Figuur 12 vier typen ziekenhuisartsrollen geschetst. Dit zijn geen getoetste rollen, maar uitsluitend bedoeld om de dialoog in het veld te voeden vanuit de geobserveerde ervaringen en behoeften in het veld.

	Ziekenhuisarts-basis	Ziekenhuisarts-plus
Generalistisch medicus	<p>Zaalartsrol-plus voor complexe (in termen van zorgvraag en/of gezondheidstoestand patiënt) dan wel zeer heterogene patiëntenstromen, waarbij uitzonderingen voorkomen en vroegtijdige signalering van belang is.</p> <p><i>Toelichting:</i> deze behoefte werd op enkele afdelingen van STZ en algemene ziekenhuizen geobserveerd. Rouleert eventueel over specialismen met matige frequentie; draagt bij aan kwaliteit en veiligheid door dagelijkse voorbeeldrol en eigenaarschap over kort-cyclische, continue verbetertrajecten (o.a. gebruik patiëntenfeedback, protocollen); auditeert en neemt selectief deel aan commissies en werkgroepen</p>	<p>“Add on” op zaal voor complexe patiëntenstroom, opleidings- en onderzoeksrollen gericht op de patiëntenstroom, superviseert PA/ANIOS/semi-arts, selecteert de meest complexe gevallen om zelf gesuperviseerd te behandelen (pre- en post-operatief).</p> <p><i>Toelichting:</i> deze behoefte werd op enkele UMC-afdelingen geobserveerd. Behoudt generalistische focus en vult de eigen multidisciplinaire kennis verder aan met specifieke competenties benodigd voor de afdeling. Vertaalt ziekenhuisbreed ingezette initiatieven betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid naar de afdeling, stimuleert intervisie en benchmarking met andere afdelingen en ziekenhuizen.</p>
Hybride medisch generalist	<p>Medische coördinatierol met supervisie voor PA/ANIOS/semi-arts/VS voor laag complexe patiëntenstromen op grote afdeling</p> <p><i>Toelichting:</i> deze behoefte werd bij een algemeen ziekenhuis geobserveerd en elders door een ziekenhuisarts benoemd. Dit zou kunnen worden gezien als een hybride rol (Noordegraaf, 2007; 2015); draagt zorg voor een efficiënte en persoonsgerichte in-, door-, en uitstroom met medische kwaliteit en patiëntveiligheid als hoofdcriteria; verbindingsrol voor actoren buiten de afdeling; draagt bij aan kwaliteit en veiligheid door signalering en supervisie, ontwikkelen procedures en protocollen, initiëren van en deelnemen aan ziekenhuisbrede en transmurale projecten, draagt bij aan zorginnovatie.</p>	<p>Medisch management rollen Medisch onderwijskundige rollen Medisch georiënteerde adviesrollen</p> <p><i>Toelichting:</i> niet geobserveerd, wel uiten enkelen de toekomstige ambitie om opleider of consultant te worden, of de organisatie van een afdeling op poten te zetten. Door de initiatiefnemers wordt de mogelijke ontwikkeling tot medisch manager genoemd (Kooter e.a., 2012)</p>

Figuur 12. Schets van ziekenhuisartsrollen ter stimulering van de dialoog

Aanbeveling aan VWS, NVZ, NFU, FMS, ZKN en andere partijen medeverantwoordelijk voor het landelijke taakherschikkingsbeleid:

- Formuleer een nadere positionering van met name de physician assistant en de ziekenhuisarts ten opzichte van elkaar. Hierboven hebben we ter bevordering van de dialoog een voorzet gegeven voor het beantwoorden van de vraag wanneer welke (combinatie van) professionals het meest passend is.
- Bespreek de behoefte (en de grenzen) aan flexibele rollen voor ziekenhuisartsen, mede gezien de uiteenlopende capaciteits- en continuïteitsproblemen van opleidings- en perifere ziekenhuizen en het verschil in meerwaarde op snijdende en interne afdelingen.

Aanbeveling aan de opleidingen, VvGZ:

- Bespreek naar aanleiding van de onderzoeksresultaten in hoeverre (lokale) aanpassingen in (de flexibiliteit binnen) de opleiding wenselijk zijn.
- Geef in de opleiding ruimschoots aandacht aan verschillende mogelijke rollen en wanneer deze wenselijk en praktisch en financieel haalbaar zijn, zodat de uitstromende ziekenhuisartsen goed beslagen ten ijs komen in het gesprek met een toekomstig werkgever.

Succesvolle invoering van de functie. Inmiddels zijn meer Nederlandse ziekenhuizen geïnteresseerd in het werken met een ziekenhuisarts-model dan vóór de pilot en zijn er meer ziekenhuizen die ziekenhuisartsen opleiden. Tegelijk is het medisch beroep ziekenhuisarts nog kwetsbaar voor lokale 'misfits' en 'hick-ups', zoals wij die gedurende het onderzoek tegenkwamen. De adoptie binnen het ene ziekenhuis is beduidend succesvoller dan in het andere ziekenhuis. In lijn der verwachting lijkt dit te kunnen worden verklaard door verschillen in strategische visie, in intern draagvlak en in verwachtingsmanagement richting ziekenhuisartsen zelf. Daarbij gaat het niet alleen, maar zeker ook, om het zeker stellen van de financiering van de functie ook op termijn. Benutting van de kerncompetenties vraagt om (zicht op) vaste aanstellingen binnen ziekenhuizen. Wanneer de ziekenhuisarts uitsluitend wordt ingezet als zaalarts in enge zin die gemakkelijk inwisselbaar blijft met andere beroepsgroepen, zoals arts-assistenten, wordt de hier naar voren gebrachte meerwaarde van de ziekenhuisarts onvoldoende benut. We zien ook dat de ziekenhuisartsen zelf voor de lange termijn meestal geen loopbaan als zaalarts in enge zin ambiëren. Een randvoorwaarde is een plaats van de ziekenhuisarts binnen de organisatiestructuur die past bij de beoogde rol en toegevoegde waarde in het zorgproces.

Wat kan de ziekenhuisarts zelf doen? In lijn met eerder onderzoek vinden we dat de beroepsgroep de nieuwe rollen legitimeert door middel van drie onderling samenhangende microprocessen: (1) pro-actief zoeken en aangrijpen van kansen om verandering in te zetten, (2) de nieuwe rol in bestaande systemen inpassen, en (3) de waarde van de nieuwe rol zelf actief naar voren brengen. Deze processen leiden tot een opeenstapeling van 'small wins' die op hun beurt weer verdere verandering faciliteren (Reay, Golden-Biddle, & Germann, 2006). Het ontwikkelen van een professionele identiteit voor een nieuw beroep dat toegevoegde waarde heeft kan echter niet zonder anderen. De omringende professionals en zeker de managers hebben een kritieke rol in het faciliteren van de reflectie op en het veranderen van de bestaande logica en routines in de manier van werken (Reay, Goodrick, Waldorff, & Casebeer, 2017). De ziekenhuisarts kan niet zonder hun actieve medewerking. Patiënten blijken nog

onvoldoende op de hoogte van het bestaan en de rol en betekenis van deze nieuwe functie, terwijl het voor hen wel relevant kan zijn hiervan op de hoogte te zijn.

Aanbeveling aan ziekenhuismanagement en medische staf/MSB:

- Een geslaagde invoering van de functie ziekenhuisarts vraagt om overleg tussen de raad van bestuur, de centrale opleidingscommissie en de medische staf dan wel het medisch specialistisch bedrijf over de op strategische gronden gewenste bijdrage van de ziekenhuisarts en over de bijbehorende organisatorische en financiële randvoorwaarden.

Aanbeveling aan Ziekenhuisartsen:

- Verduidelijk uw rol naar de patiënten, eventueel met behulp van voorlichtingsmateriaal dienaangaande.

De aantrekkelijkheid van de functie. Er kan een spanning ontstaan tussen de status van en eisen aan de ziekenhuisartsrol en de vijver met gegadigden voor de opleiding waaruit gevist wordt. Een aantal ziekenhuisartsen in opleiding komt direct van de opleiding tot basisarts. Misschien zou hen een korte 'snuffelstage' kunnen worden aangeboden op een afdeling met een ziekenhuisarts (meeloopdagen of een soort 'keuze co-schap'). De verwachtingen van het ziekenhuis als werkgever sloten niet in alle gevallen aan bij de kenmerken en rolopvatting van de individuele ziekenhuisarts. Onze verwachting is dat bij grotere aantallen ziekenhuisartsen een betere afstemming mogelijk zal zijn tussen de vraag bij ziekenhuizen en het aanbod van ziekenhuisartsen. Een aantal ziekenhuisartsen brengt nadrukkelijk naar voren verdere ambities te koesteren, zoals eerder gesuggereerd door Kramer en Witjes (2013). Figuur 17 suggereert een type (vervolg-)rol waarbij de competenties behorend tot de ziekenhuisgeneeskunde nog steeds worden benut.

Aanbeveling aan ziekenhuisafdelingen:

- Expliciteer bij de aanname van een ziekenhuisarts vroegtijdig de verwachtingen tussen de afdeling en de betreffende ziekenhuisarts. Zie het ontwikkelen van een duurzaam aantrekkelijke ziekenhuisartsrol binnen deze besproken verwachtingen als een gezamenlijke verantwoordelijkheid.

4.5 Slotconclusie

De slotconclusie op basis van deze eerste effectevaluatie is dat de nieuwe medische functie in bescheiden mate bijdraagt aan verticale substitutie, maar vooral ook meerwaarde heeft ten opzichte van de bestaande medische functies in de klinische setting door de geboden continuïteit in medisch beleid (substitutie AIOS en ANIOS) en door de horizontale integratie (generalistische arts in een specialistische zorgsetting). Daarmee heeft de nieuwe medische functie ziekenhuisarts de potentie om de vooraf gestelde rollen (Opleidingsplan SOZG, 2012), voor wat betreft 'de kwaliteit van zorg voor de individuele klinische patiënt' (rol 1) en 'het verbeteren van de organisatie van de zorg op afdelings-c.q. op ziekenhuisniveau' (rol 2) te vervullen. De eerste rol komt tot nu toe sterker naar voren. Enkele voorbeelden van het succesvol vervullen van de tweede rol zijn er wel. Bij de tweede rol hebben we in dit hoofdstuk twee typen meerwaarde onderscheiden. De mate waarin en de verschillende manieren waarop beide rollen kunnen worden gecombineerd verdient nader onderzoek.

Tenslotte gaat het om de relatie tussen de effecten van de functie ziekenhuisarts en de bredere ontwikkelingen binnen de Nederlandse ziekenhuiswereld op lokaal en landelijk niveau. Uit het recent afgesloten Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022 (4 juni, 2018) blijkt dat landelijk wordt ingezet op taakherschikking in ziekenhuizen. In het akkoord worden expliciet afspraken gemaakt over de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Het onderhavige rapport biedt aanknopingspunten voor het nader positioneren van de ziekenhuisarts binnen deze taakherschikkingdiscussie. Voor de lokale situatie geeft het rapport zicht op de eerste ervaringsgegevens binnen de klinische setting. De casebeschrijvingen kunnen besluitvormers in individuele ziekenhuizen helpen te leren van elkaars visie op en inzet van de ziekenhuisarts. Afsluitend zouden wij VWS en de partijen verantwoordelijk voor het landelijke taakherschikkingbeleid willen aanbevelen de hier vastgelegde eerste ervaringen met de nieuwe medische functie ziekenhuisarts te gebruiken om de nieuwe medische functie ziekenhuisarts een plaats te geven binnen het landelijke taakherschikkingbeleid.

Literatuur

Baalen, M.R. van, & Bosman P.J. (2012). STZ: Kostprijsonderzoek Opleiding tot Medisch specialist; de resultaten en inzichten van de onderzoeken 2009–2012 gebundeld. Utrecht: Berenschot.

Bestuurlijk akkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022. (4 juni 2018). Afkomstig van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022>

CAO NVZ Ziekenhuizen. (11 Juli, 2018). Afkomstig van: <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/cao-kenniscentrum/cao/cao-ziekenhuizen-2017-2019/>

Capaciteitsorgaan (2016). *Deelrapport 1 Medische specialismen Spoedeisende geneeskunde Ziekenhuisgeneeskunde Klinisch technologische Specialismen*. Utrecht: Capaciteitsorgaan. <http://www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2016/04/Capaciteitsplan-2016-Deelrapport-1-DEF.pdf>

College voor de Beroepen Opleiding in de Gezondheidszorg (oktober, 2010). *Achtergronden offerteaanvraag monitor ziekenhuis*.

De Jonge Specialist (2018). *Brochure Arbeidstijden voor AIOS en ANIOS*. Utrecht: De Jonge Specialist. <https://www.dejongespecialist.nl/publicatiebestanden/Brochure%20arbeidstijden%20voor%20aios%20en%20anios.pdf>

Ecorys. (2016). Opleiding tot ziekenhuisarts Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3A (Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)).

Kathan, C. D. (2008). *Emergency physicians in the Netherlands: the development and organizational impact of new multidisciplinary professionals in hospitals*. PhD study. Groningen: University of Groningen, SOM research school.

Kleijne, I. (2018). SEH-artsen: 'Zorgen over spoedzorg streekziekenhuizen voorbarig'. *Medisch Contact*, 1 juni 2018.

Knip, M. (2005). *Werken met Nurse Practitioners; effecten van functiedifferentiatie op de grens van care en cure*. Groningen: Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.

KNMG. (2002). *De arts van straks Een nieuw medisch opleidingscontinuüm* (uitgave - versie 3.0). Utrecht: KNMG. <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/de-arts-van-straks-een-nieuw-medisch-opleidingscontinuüm-1.htm>

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht, 2010.

Kramer, J. en Witjes, S (2013). Ziekenhuisarts zoveelste spin in web, *Medisch Contact*, May 7, 2013.

Offenbeek, M. van, Visser, A. & Bakker, R. (2014). *De opleiding tot ziekenhuisarts: Eindrapportage van een procesevaluatie*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Expertisecentrum Healthwise en TGO.

- Offenbeek, M. van, ten Hoeve, Y., & Roodbol, P. (2003). *Effecten van nurse practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Offenbeek, M. van, van Kampen, T. J., ten Hoeve, Y., Roodbol, ., & Wijngaard, J. (2007). Scenario-ontwikkeling voor de inzet van nieuwe professionals in een intramuraal zorgtraject met het oog op substitutie- en kosten-effecten. Utrecht: CBOG/Capaciteitsorgaan.
- Kooter, A.J., Houwerzijl, E.J., Besselaar-Niemantsverdriet, E.C., Meininger, A.K., Schouten, M. (2012) De ziekenhuisarts, een nieuw profiel. *Interne geneeskunde*, 1, 15-16.
- Noordegraaf, M. (2007). From “pure” to “hybrid” professionalism: Present-day professionalism in ambiguous public domains. *Administration & Society*, 39(6), 761-785.
- Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond:(New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187-206.
- NFU (2010). De medisch specialist van straks: Toekomstscenario's medische vervolgopleidingen. Discussienotitie, NFU-10.0694. <http://www.nfu.nl/img/pdf/DeMedischSpecialistVanStraksNFU-10.0694.pdf>
- Reay, T., Goodrick, E., Waldorff, S. B., & Casebeer, A. (2017). Getting leopards to change their spots: Co-creating a new professional role identity. *Academy of Management Journal*, 60(3), 1043-1070.
- Reay, T., Golden-Biddle, K., & Germann, K. (2006). Legitimizing a new role: Small wins and microprocesses of change. *Academy of Management Journal*, 49(5), 977-998.
- Richardson, G., Maynard, A., Cullum, N., & Kindig, D. (1998). Skill mix changes: substitution or service development?. *Health policy*, 45(2), 119-132.
- Robinson, M. A. (2010). Work sampling: Methodological advances and new applications. *Human factors and ergonomics in manufacturing & service industries*, 20(1), 42-60.
- Roemeling, O. P., Land, M. J., Ahaus, K., Slomp, J., & van den Bijllaardt, W. (2017). Impact of lean interventions on time buffer reduction in a hospital setting. *International Journal of Production Research*, 55(16), 4802-4815.
- Roodbol, P. F. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen*. Groningen: Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- SOZG - Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (2012). *Opleidingsplan ziekenhuisarts*. V.1308. (23 februari, 2012).
- Timmermans, M.J.C., Laurant, M.G., Vught, A.J.A.H. van (2016). *De effecten van het inzetten van Physician Assistants in de functie van zaalarts*. Scientific Institute for quality of healthcare (IQ healthcare), Radboud universitair medisch centrum, 1 december 2016.
- Wallenburg, I., Janssen, M., & de Bont, A. (2015). De rol van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant in de zorg. *Rotterdam: Erasmus Universiteit, iBMG*.

Bijlagen

- Bijlage 1. Casebeschrijvingen
- Bijlage 2. Ervaren en verwachte effecten voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid
- Bijlage 3. De ziekenhuisarts vanuit het perspectief van de patiënt
- Bijlage 4. Bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en patiëntveiligheid
- Bijlage 5. Welke meerwaarde verwacht de ziekenhuisarts dat de patiënten ervaren?
- Bijlage 6. Reacties van patiënten op de ziekenhuisarts
- Bijlage 7. Leden Klankbordgroep

Bijlage 1. **Casebeschrijvingen⁷**

Case 1 Topklinisch ziekenhuis, chirurgische afdelingen

Afdeling, patiënten en opnames

Op het moment van onderzoek werkten hier drie ziekenhuisartsen op de chirurgie-afdeling, onderverdeeld in drie verpleegeenheden, te weten (1) de buikchirurgie, (2) de urologie en gynaecologie en (3) de algemene chirurgie, plastische chirurgie, mammachirurgie en thoraxchirurgie. De drie ziekenhuisartsen zijn elk verantwoordelijk voor de medische zorg op één van deze drie verpleegeenheden. De ziekenhuisartsen werken 4 dagen in de week, waarbij ze op de vijfde dag waargenomen worden door één van de andere ziekenhuisartsen. Ziekenhuisartsen in opleiding nemen dan weer waar voor die ziekenhuisarts. De ziekenhuisartsen draaien (nu nog) geen nacht-, avond-, weekenddiensten. De patiëntenstroom is gevarieerd en met een gemiddelde leeftijd van ongeveer 70 jaar, ligt de nadruk op oudere patiënten met multi-morbiditeit. Het betreft voornamelijk geplande opnames: tachtig procent komt voor een geplande ingreep en twintig procent via een eerste hulp. De ligduur varieert van twee voor de urologische tot vijf dagen voor de meeste andere categorieën patiënten tot gemiddeld 1-2 weken voor de plastisch chirurgische patiënten.

Visie

Binnen het ziekenhuis was de gedeelde visie dat de ziekenhuisartsen op de snijdende vloer meerwaarde zouden kunnen leveren voor de patiënt. De chirurgische patiënt is meer dan “*alleen die wond*”. De verwachting was dat de multidisciplinair opgeleide ziekenhuisartsen goede basiszorg kunnen leveren. Bovendien was er veel verloop onder assistenten die de zaalartsrol vervulden: de verpleegkundigen en de chirurgen klaagden over het kennisverloop.

Rol ziekenhuisarts

In principe vervullen de ziekenhuisartsen een uitgebreide zaalartsrol. De ziekenhuisartsen volgen patiënten vanaf de opname gedurende het preoperatieve en postoperatieve proces tot ontslag. Na operatie zorgen de ziekenhuisartsen ervoor dat alle protocollen worden nageleefd en het postoperatieve proces wordt doorlopen, zoals het mobiliseren en voeden volgens een bepaald schema. Zij zorgen dat dit begrijpelijk is voor de patiënten en de verpleegkundigen en coördineren alle hulpverleners rondom een patiënt op de afdeling. Zij zien erop toe dat de patiënten bij voldoende herstel naar huis gaan en dat eventuele thuiszorg op tijd wordt aangevraagd (het niet op tijd aanvragen van thuiszorg kan leiden tot onnodig langere ligduur van patiënten). De ziekenhuisartsen nemen ook contact op met de huisarts over het postoperatieve beleid, zowel schriftelijk als mondeling (indien nodig).

Een gemiddelde werkdag verloopt als volgt: de ziekenhuisartsen beginnen met de dagstart met de verpleegkundigen. Vervolgens hebben de ziekenhuisartsen hun eigen overdracht: de chirurgische overdracht. Daarna beginnen de ziekenhuisartsen aan hun visites. Twee keer per week is dat een grote visite met een specialist en op de andere dagen lopen zij deze samen met een AIOS.

⁷ Met het oog op de vertrouwelijkheid wordt alleen gebruik gemaakt van de mannelijke persoonsvorm.

Gedurende de dag, meestal tussen 11 en 17 uur zodra de visites voorbij zijn, gaan de ziekenhuisartsen ontslagen verwerken, andere zaken regelen rond de patiënten, lab-uitslagen bekijken, werken aan dossiervoering, ontslagbrieven schrijven, lopen ze nog een paar keer bij patiënten langs, zwaaien ze patiënten uit als ze naar huis gaan en spreken ze nieuwe patiënten. Ze zijn altijd bereikbaar voor vragen van bijvoorbeeld verpleegkundigen of familie.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

De ziekenhuisartsen starten langzamerhand met het geven van onderwijs, bijvoorbeeld aan verpleegkundigen op de afdeling. Zij houden zich bezig met het ontwikkelen van protocollen en stimuleren en controleren dat deze worden nageleefd. De ziekenhuisartsen doen mee aan clinical audits en participeren in verschillende commissies (zoals nefrologiecommissie, medicatieverificatie, VIM-commissie) en projectgroepen (bijvoorbeeld de acute zorg, in verband met sluiting van de spoedeisende hulp). Tijdens de observaties in het ziekenhuis werd door verpleegkundigen meermalen benadrukt dat de 'korte lijn' naar de ziekenhuisarts als zeer prettig wordt ervaren.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisartsen hebben meer structuur in het visite lopen aangebracht. Daardoor zijn verpleegkundigen eerder ('s ochtends om 10.30 uur) dan voorheen op de hoogte van het medisch beleid. De ziekenhuisartsen coördineren bovendien de zorg van de specialisten en andere hulpverleners die bij de patiënt betrokken zijn. Dit alles draagt bij aan de efficiëntie van het zorgproces. Ten tweede pakken de ziekenhuisartsen eenvoudige vragen op het terrein van andere specialismen, waaronder van interne geneeskunde, zelf op in plaats van een intercollegiaal consult aan te vragen. De ervaring is dan ook dat er minder dokters aan het bed komen en meer continuïteit wordt geboden. De ziekenhuisartsen controleren de medicijnen systematisch en hebben meer verstand van meer medicijnen dan de vorige zaalartsen (ANIOS/AIOS). Ook controleren ze hoe het thuis was en overleggen ze daarover waar nodig met betrokkenen.

Indien nodig gaan de ziekenhuisartsen meer keren per dag bij patiënten langs. Dan kijken ze niet alleen naar bijvoorbeeld het gynaecologische of urologische probleem, maar ook naar onder meer de longen, het hart en de wonden. De communicatie met patiënten en familie is uitgebreider en laagdrempeliger dan voorheen. De ziekenhuisartsen nemen ook regelmatig telefonisch contact op met huisartsen en regelen soms zelfs al een afspraak voor patiënten, terwijl de communicatie voorheen voornamelijk schriftelijk was. Bovengenoemde punten dragen bij aan integrale rond de patiënt georganiseerde zorg.

Gesignaleerde uitdagingen

- De eerste uitdaging betreft het verder optimaliseren en verduidelijken van de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hierbij kost het veel tijd uit te dragen dat een ziekenhuisarts een patiënt meer generalistisch kan bekijken. Onderling bestaan tussen ziekenhuisartsen ook wel enkele verschillen over de invulling van de eigen rol. Het zoeken van de dialoog met elkaar is hierin belangrijk. Verder heeft de ene specialist meer vertrouwen in de ziekenhuisartsfunctie dan de andere, waardoor sommigen een consult zelf willen doen en geschreven willen hebben, terwijl anderen vinden dat een ziekenhuisarts dit zelfstandig kan doen en een consult niet nodig is.
- De tweede uitdaging betreft de continuïteit van zorg. Er zijn nog onvoldoende ziekenhuisartsen met een afgeronde opleiding, waardoor de artsen nu nog wekelijks voor elkaar moeten waarnemen. De ziekenhuisartsen willen bovendien ook weekenddiensten gaan draaien en

uiteindelijk toegroeien naar een 24/7 bezetting. De reden is dat ziekenhuisartsen in de dagdienst op vrijdag afspraken voor het weekend maken met een chirurgische assistent, maar de ervaring hebben dat op maandag niet alles wat was afgesproken altijd is gerealiseerd.

- Ten derde is de meerwaarde nog niet hard aan te tonen, bijvoorbeeld dat een deel van de interne geneeskunde consulten wegvalt. Dit komt doordat geen voormeting kon worden gedaan door een late beslissing over de inzet. Ook retrospectieve meting is niet mogelijk, omdat het gebouw en de patiëntenpopulatie zijn veranderd, precies ten tijde van de komst van de ziekenhuisartsen.

Ronde 2 meting: ervaren meerwaarde en gesignaleerde uitdagingen een jaar later

De brede steun op werkvloer beklijft en *“continuïteit”* is hier een belangrijke reden voor. Een oncologisch verpleegkundige schrijft: *“Patiënten voelen zich gehoord en hebben meer vertrouwen in de zorg”*. Ook door een arts in opleiding wordt de continuïteit gewaardeerd: *“Doen mee aan verbeteringen in de zorg. Aan het einde van de dag even alle ontslagen patiënten langslopen met complicatieregistratie, zijn de brieven geschreven etc. Minder medicatiefouten, meer protocollair handelen door ziekenhuisartsen”*. De ziekenhuisartsrol bestaat volgens de betrokkenen (n=22) voor een bescheiden maar onmiskenbaar deel uit taken die de medisch specialisten voorheen op zaal uitvoerden (bijna 15% van het werk van de ziekenhuisarts) en daarnaast komt het overnemen van taken van de specialist ouderengeneeskunde nu naar voren (2,9%). Op bijna alle kwaliteits-indicatoren worden in de vragenlijst weer positieve effecten waargenomen. De effecten zijn nog steeds niet heel groot, maar dus wel systematisch en duurzaam. Op ‘mondelinge overdracht van zorg’ en op ‘het voorkomen van (onnodige) dubbele handelingen’ lijkt een nog wat positiever effect te worden waargenomen dan voorheen. Het laatste past bij het beeld dat de ziekenhuisarts in dit ziekenhuis geen extra functionaris is, maar dat de medische zorg op zaal op de ziekenhuisartsfunctie is gebouwd. *“Eén denkwijze”*, schrijft een senior-verpleegkundige dan ook. Een ANIOS schrijft: *“Voor elke vraag die buiten het specialisme valt waarin je werkt hoeft je geen consult aan te maken”*. Een senior-verpleegkundige schrijft dat *“de patiënt vaker door dezelfde artsen wordt gezien en dat daardoor soms sneller tot medisch handelen over wordt gegaan”*. Het gaan oppakken van NAW-diensten wordt gewaardeerd. Een uitdaging is het vormgeven aan het rouleren op een manier die de meerwaarde niet vermindert. Een verpleegkundige schrijft: *“mijn voorkeur zou zeker zijn 3 ZHA per afdeling met ieder zijn eigen specialismen en dit rouleren op de afdeling zelf. Nu rouleren ze door het gehele ziekenhuis, omdat... ze alles moeten weten. Ik zelf ben daar absoluut geen voorstander van omdat het specialisme op onze afdeling behoorlijk complex en groot is...”*.

Case 2 Topklinisch ziekenhuis, internistische afdeling

Afdeling, patiënten en opnames

Een ziekenhuisarts is werkzaam op een interne afdeling, en wel de Interne Geneeskunde oncologie en hematologie. Hier liggen veelal patiënten met uitzaaiingen die ziek zijn door het stadium van de ziekte of door de complicaties van de behandeling. Er zijn 14 klinische bedden en 8 kuurbedden (chemokuur). De ligduur loopt uiteen: sommige patiënten zijn er twee, drie dagen en anderen twee tot drie weken. Twee artsen zijn aangesteld in een zaalartsrol, namelijk de ziekenhuisarts en een internist in opleiding (AIOS). De eenheid bestaat uit twee gangen, waarbij de ziekenhuisarts op de ene en de AIOS op de andere gang werkt. Op welke gang een patiënten terecht komt, is afhankelijk van welke specialist (internist/hematoloog) verantwoordelijk is voor de behandeling.

Visie

Vanaf het begin is als uiteindelijk doel gesteld de locatie 24/7 te bezetten met ziekenhuisartsen. Voorlopig wordt de ziekenhuisarts van maandag tot en met vrijdag in dagdiensten ingezet. Bij deze internistische afdeling was behoefte aan meer continuïteit, omdat er veel wisseling is van arts-assistenten, terwijl de patiënten erg ziek zijn.

Na vijf maanden op de afdeling interne geneeskunde oncologie zal de ziekenhuisarts teruggaan naar de chirurgie en wordt een collega-ziekenhuisarts van chirurgie naar de interne geneeskunde oncologie overgeplaatst. De ziekenhuisartsen blijven op deze manier rouleren, omdat men het vanuit generalistisch oogpunt van belang acht niet op één afdeling te blijven. Men wil hier voorkomen dat de ziekenhuisarts zich tot een mini-chirurg of mini-oncoloog ontwikkelt. Daarnaast hebben de ziekenhuisartsen internistische taken op de chirurgie, waardoor de tijd op de interne geneeskunde eraan kan bijdragen dat men om op de hoogte blijft van dit vakgebied. Omdat de ziekenhuisartsen op de chirurgie ook te maken hebben met oncologische chirurgie, is het voor hen leerzaam op de internistische afdeling te hebben gewerkt, waaraan een deel van de patiënten na de chirurgie wordt overgedragen. De ziekenhuisartsen kunnen hun management van deze patiënten daarop aanpassen.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor de zaal en daarbinnen voor tien klinische bedden en vier kuurbedden. De arts loopt zelfstandig de visite en zit bij belangrijke gesprekken tussen de oncoloog en de patiënt, om daarna te kunnen regelen wat er is besproken. Twee keer in de week is er grote visite, waar de ziekenhuisarts samen met de oncoloog beleid maakt. De ZHA beslist zelf over bijvoorbeeld antibiotica en let op bijwerkingen van chemotherapie, maar verandering van therapie doet de poli-oncoloog. De ziekenhuisarts voert familiegesprekken. De ziekenhuisarts denkt kritisch mee over de doelen die moeten worden behaald voordat iemand uit het ziekenhuis kan worden ontslaan.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

De ziekenhuisarts merkt dat er meer kan worden gestroomlijnd en verbeterd. Ook beseft de arts dat hij meer aan kwaliteitszorg zou kunnen doen. De eerste vier maanden is van beide kanten vooral gekeken naar welke rol de ziekenhuisarts op deze afdeling kan ontwikkelen. Binnenkort komt er een extra ziekenhuisarts op deze afdeling, die in gesprek zal gaan met zorgmanagers over waar men in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid tegenaan loopt en in hoeverre de ziekenhuisartsen clinical audits en kwaliteitsverbeteringsprojecten kunnen oppakken. Overigens kan worden verwacht dat ook deze arts inwerktijd nodig zal hebben.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisarts biedt meer continuïteit voor verpleging en patiënten door er doordeweeks dagelijks te zijn. In verband met NAW-diensten en hun opleiding kunnen de arts-assistenten bijvoorbeeld ineens drie weken niet aanwezig zijn.

In vergelijking met een ANIOS kijkt de ziekenhuisarts breder en heeft meer zicht op het hele zorgproces. Daardoor zijn de brieven bij transmurale overdracht van betere kwaliteit en vraagt de ziekenhuisarts sneller iets aan voor revalidatie als hij denkt dat het thuis niet goed zal gaan.

In vergelijking met arts-assistenten heeft de ziekenhuisarts meer daadkracht. De ZHA weet waar hij het over heeft. Dat maakt het voor verpleegkundigen makkelijker om samen te werken en te schakelen. Er hoeft bij het visitelopen minder te worden gestuurd door verpleegkundigen dan bij een

ANIOS. Bij de ziekenhuisarts kunnen verpleegkundigen het gewoon aan de ziekenhuisarts overlaten en kunnen ze erop vertrouwen dat alles rond het medische beleid wordt besproken en geregeld.

Gesignaleerde uitdagingen

- De ziekenhuisarts mag geen behandelingen voorschrijven en moet nog altijd overleggen met de specialisten. Dat geeft soms wachttijd voor verpleegkundigen.
- De ziekenhuisarts komt minder goed tot zijn recht op de interne geneeskunde, omdat de oncologen de regie voor de eigen patiënten sterk bij zichzelf willen houden. Zij willen vaak zelf met de patiënt iets bespreken, omdat ze al jaren de arts van die patiënt zijn. Ook controleren alle oncologen nog de brieven van de ziekenhuisarts.
- De ziekenhuisarts komt nog niet toe aan kwaliteitsprojecten. Binnenkort komen er op sommige dagen twee ziekenhuisartsen op de interne oncologie, zodat een van de twee ziekenhuisartsen zich die dagen op kwaliteitsprojecten kan richten.
- De ervaren meerwaarde van de ziekenhuisarts is in dit ziekenhuis bij de interne geneeskunde minder groot dan bij chirurgie. Op de interne geneeskunde was men tot op zekere hoogte al gewend met een vaste zaalarts te werken. Een dokter loopt 's ochtends visite en deze werkt in een kamer op de afdeling zelf, waardoor de verpleging en de patiënten makkelijk een beroep doen op de dokter. Vanuit de interne geneeskunde is men ook meer gewend om de patiënt in z'n geheel te bekijken. In dit specifieke opzicht wordt op deze afdeling geen meerwaarde van de ziekenhuisarts in vergelijking met een arts-assistent ervaren (in tegenstelling tot bij de chirurgie).
- De organisatie is nog zoekend welke inrichting van de ziekenhuisartsrol per afdeling het meest geschikt is. Men geeft aan dat op de locatie waar de ziekenhuisartsen nu werken 24/7 ziekenhuisartsen moeten worden ingezet, met eventueel AIOS ernaast. Onder sommige ziekenhuisartsen leeft echter het idee dat ze op bepaalde afdelingen van de andere locaties doordeweeks meer meerwaarde zouden hebben dan op deze locatie gedurende de nacht. Hierover bestaat geen consensus.
- Van de ziekenhuisartsen wordt verwacht dat ze bij een 24/7-bezetting ook acute zorg gaan leveren. Dat vinden sommige ziekenhuisartsen lastig, want ze zijn geen SEH-arts. Ook zouden de ziekenhuisartsen bij het leveren van acute zorg misschien worden ingezet bij patiëntengroepen waaraan ze geen meerwaarde kunnen bieden (genoemd worden urologie- en KNO-patiënten), omdat dan geen arts-assistenten meer beschikbaar zijn om deze patiënten te bezoeken.
- Wanneer alle ziekenhuisartsen bij een 24/7-bezetting in de NAW-diensten meedraaien, vermindert de bijdrage aan continuïteit in de zin van 'een vaste persoon'.

Case 3 UMC, chirurgische afdeling

Afdeling, patiënten en opnames

De ziekenhuisarts werkt binnen de vakgroep Chirurgie, op de afdeling met hoog-complexe oncologische chirurgie en buikchirurgie. Naast de bedden op de afdeling (31, gemiddeld 20 tot 24 operationeel) zijn er enkele 'buitenbedden' (0 tot 10). De patiënten zijn veelal oncologische, gastro-enterologische en MDL-patiënten in de leeftijd van 18 tot 90+, met een gemiddelde leeftijd van 70 jaar. Het zijn doorgaans zeer zieke, oudere patiënten, met veel complicaties en co-morbiditeit. De

gemiddelde ligduur is 7,5 dag. Het betreft voor 75% geplande opnames en de overige 25% komt van de Acute Opname Afdeling (AOA).

Visie

Door toenemende complexiteit van de zorg, wordt het ook medisch-inhoudelijk steeds moeilijker en specialistischer. De inzet van weinig ervaren artsen voldeed niet. Men wilde met het oog op de medische kwaliteit een arts die vakinhoudelijk meer kennis heeft en beter op de hoogte is van de patiëntengroep. De all-round ziekenhuisarts ziet men als tegenwicht voor de steeds specialistischer wordende zorg. Met het oog op continuïteit en kennisbehoud wilde men iemand die langer op de afdeling blijft dan een stageperiode van drie maanden. Het lukt de chirurg zelf niet om altijd visite te lopen en evenmin om de hele dag aanspreekpunt te zijn.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts heeft als taken het visite lopen met de aanwezige A(N)IOS en co-assistenten, basiszorg, dagelijkse zorg voor chirurgische patiënten gericht op bijkomende problemen (niet-chirurgisch, meer internistisch), beeldvormend onderzoek aanvragen, aanspreekpunt voor verpleegkundigen, patiënt en familie, dagelijkse zorg voor de buitenbedden, superviseren ANIOS, begeleiding ziekenhuisartsen-in-opleiding en co-assistenten en belangrijke rol bij projecten op het terrein van kwaliteit en veiligheid.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

Door de ziekenhuisartsen worden projecten opgepakt, uitgevoerd op de afdeling en geborgd. De ziekenhuisarts zit daarnaast in verschillende werkgroepen gericht op bijvoorbeeld medicatieveiligheid, medicatiefouten en antibiotica-reductie. Ook is de ziekenhuisarts betrokken bij de 'morbidity en mortality meetings'. De ziekenhuisarts is bezig met het implementeren van medicatie-reviews en scholing hieromtrent; is verantwoordelijk voor het inwerkdocument voor A(N)IOS en co-assistenten en houdt zich bezig met de scholing van artsen en verpleegkundigen. De ziekenhuisarts richt zich verder op het verbeteren van eerstelijnszorg, de coördinatie van logistieke zaken en de evaluatie van de visite op de afdeling.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisarts draagt bij aan continuïteit van zorg op de afdeling en in het zorgproces. Ook heeft de ziekenhuisarts een goede klinische blik en aandacht voor (chronische) medicatie. De ziekenhuisarts is goed op de hoogte van de patiënt en diens ziektebeelden. De ziekenhuisarts is zeer waardevol voor de patiënt omdat op laagdrempelige wijze korte familiegesprekken gepland kunnen worden, waar een zaalarts voorheen niet aan toe kwam. Patiënten en familie hebben een 'vast' aanspreekpunt en ontvangen van de ziekenhuisarts betere informatie en meer persoonlijke aandacht. De ziekenhuisarts stuurt nu ook de ANIOS, de semi-arts en de ziekenhuisarts in opleiding aan, is een aanspreekpunt op de afdeling, voert een eenduidig medisch beleid en communiceert dit helder. Tenslotte ervaart men dat de ziekenhuisarts de kwaliteit van zorg belichaamt.

Gesignaleerde uitdagingen

- Tot dusver is er slechts één ziekenhuisarts. Deze ziekenhuisarts ervaart als eenling geen veranderingen in de zorgstructuur te kunnen doorvoeren en opvangen en kijkt uit naar de komst van meer afgestudeerde ziekenhuisartsen.

- Een tweede aandachtspunt betreft de mate van substitutie. Als uit het ontstane functieprofiel blijkt dat de taken en verantwoordelijkheden van de ziekenhuisarts overlappen met andere medewerkers, zullen er wellicht mensen uit moeten; dat is lastig. De ziekenhuisarts denkt zelf dat ziekenhuisartsen niet in plaats van een andere functie komen, maar een soort ‘add on’ zijn. De ziekenhuisarts benoemt de spanning dat de afdeling extra mensen nodig heeft, terwijl ziekenhuizen moeten bezuinigen.

Ronde 2 meting: ervaren meerwaarde en gesignaleerde uitdagingen een jaar later

De brede steun op werkvloer bekijft in termen van de continuïteit, van het mede door een betere samenwerking meer ‘in control’ zijn als afdeling, van de generalistische blik, en van de aandacht voor de kwaliteit en veiligheid. Tien omringende professionals vulden de vragenlijst in. Op bijna alle kwaliteitsindicatoren worden in de vragenlijst positieve effecten waargenomen. De effecten zijn net als in de eerste meting niet heel groot, maar systematisch en klaarblijkelijk duurzaam. De beelden van de andere professionals en de ziekenhuisarts zelf over diens rol en de effecten daarvan zijn ten opzichte van de eerste meting verder geconvergeerd. Volgens de omringende professionals die de lijst invulden zijn er aantoonbaar minder medicatiefouten. Daarnaast denkt 60% dat er relatief minder complicaties zijn en ervaart 90% een positief effect op de ligduur. Een verpleegkundige zegt daarover: *“Opname van patiënt is volgens mij korter dan voorheen door deze punten; continuïteit van zorg, eenduidig medisch beleid, betere communicatie, pakt taken op wat voorheen bleef liggen”*. Kwaliteit en veiligheid worden door de ziekenhuisarts uitgedragen en in het dagelijkse zaalwerk beter geborgd dan toen de ziekenhuisarts er nog niet was.

Het overnemen van werk van de medisch specialisten is in de perceptie van betrokkenen niet toegenomen, want wordt ingeschat op ruim 10% van de ziekenhuisartsrol (n=10). Het overnemen van taken van de specialist ouderengeneeskunde komt wat meer naar voren dan in ronde 1 (4%, was 1,6%). Er komen geen noemenswaardige negatieve effecten naar voren, behalve dat de onderlinge taakverdeling tussen specialisten en de ziekenhuisarts nog beter zou kunnen worden uitgewerkt (*“de ziekenhuisarts niet als zaalarts inzetten”*).

Roluitbreiding lijkt mogelijk: kan de ziekenhuisarts meer naar buiten kijken over afdelingen en de muren van het ziekenhuis heen? De ziekenhuisarts zou nog sterker projecten op het gebied van kwaliteitsverbetering kunnen initiëren, wanneer meer ziekenhuisarts-capaciteit beschikbaar komt. Twee artsen suggereren dat ook naar de patiënten meer ruchtbaarheid mag worden gegeven over deze rol, omdat: *“...het goed is dat patiënten weten dat er een ziekenhuisarts is en wat de functie van hem/haar op de afdeling is”*.

Case 4 UMC, afdeling traumachirurgie

Afdeling, patiënten en opnames

De ziekenhuisarts werkt binnen de vakgroep Chirurgie op de klinische verpleegafdeling Traumachirurgie. Alleen meer complexe patiënten komen op deze afdeling terecht. Enerzijds zijn er de patiënten met lange ligduur welke veel en ernstige letsels hebben, bijvoorbeeld door verkeerstrauma's, bedrijfsongevallen, zelfmoordpogingen. Anderzijds zijn er patiënten met beperkter letsels die korter blijven, maar vaak zijn dat wel ouderen met co-morbiditeit. De gemiddelde ligduur is acht dagen, maar varieert van één tot 60 dagen. Patiënten komen binnen via de SEH, de AOA, of de Medium Care/Intensive Care. Op zaal werken geen AIOS, maar wel ANIOS. Die worden niet meer ingedeeld wanneer de ziekenhuisarts er is. De ziekenhuisarts wordt gefinancierd door de afdeling zelf.

Visie

In dit ziekenhuis is ervoor gekozen de eerste ziekenhuisartsen te plaatsen op afdelingen met hoog complexe zorg. De ziekenhuisartsrol is gericht op het leveren van completere zorg, meer continuïteit en meer preventieve zorg. Voorheen werd de zorg uitgevoerd door arts-assistenten niet-in-opleiding en in opleiding. Het wisselde per week wie de zorg voor de zaal had (door het draaien van diensten en door een hoog verloop). Men zag medische fouten binnensluipen door de gebrekkige continuïteit. Nieuwe zorgtaken, zoals de preventie van delier, werden geen onderdeel van de routine. Naast het gebrek aan continuïteit constateerde men 'heel weinig diepgang in de zorg'. Ten derde is er behoefte aan een bredere blik, niet alleen aan expertise op het gebied van het letsel. Men hoopt dat de ziekenhuisarts verbetering kan brengen op het gebied van bijvoorbeeld antibioticagebruik, preventie van delier en preventieve voedingssituatie. Het is niet de bedoeling dat de ziekenhuisarts het zaalwerk zonder supervisie uitvoert. Wel wil men dat deze de continuïteit op de afdeling borgt, de zorgpaden gaat uitwerken en ook nachtdiensten gaat draaien.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts is volledig geroosterd in de zaalartsrol. Hij is verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg voor de patiënten. De ziekenhuisarts loopt visite samen met de chirurgen, die superviserend eindverantwoordelijk zijn. Men ziet een tweedeling in de rolverdeling: de ziekenhuisarts heeft veel meer oog voor de internistische zorg. Hij leert ook bij over de chirurgische aspecten, maar dat ligt meer op het terrein van de chirurgen zelf. In de ochtend besteedt de ziekenhuisarts een klein deel van de tijd aan het meelopen met de visite op Kort Verblijf en de AOA; daar liggen ook patiënten van de traumachirurgie. Samen wordt het beleid bepaald en daarna gaat de ziekenhuisarts terug naar de afdeling. De physician assistant handelt alles vervolgens af op Kort Verblijf en de ANIOS op de AOA. De arts voert een actief medicatiebeleid. Voorts regelt de ziekenhuisarts zo vroeg mogelijk in het zorgproces de nazorg en houdt zich bezig met ontslagmanagement. Zodra een patiënt bij de ziekenhuisarts komt, inventariseert hij de thuissituatie en bespreekt met de verpleging de streefdatum en de inschakeling van het transferbureau. De arts is aanspreekpunt voor verpleegkundigen, patiënten en familie en voert ontslaggesprekken, zodat patiënten goed geïnformeerd het ziekenhuis uit gaan.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

In de eerste vier maanden na aanstelling is de ziekenhuisarts nauwelijks toegekomen aan overstijgende taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid, omdat hij geheel is ingeroosterd voor de patiëntenzorg op de zaal. Tot nu toe heeft de ziekenhuisarts nog maar één protocol kunnen aanpassen. Het idee is er, maar er wordt nog geen tijd voor vrijgemaakt. Wel wordt genoemd dat de ziekenhuisarts taken uitvoert op het gebied van medicatieveiligheid, van antibioticabeleid en verbetering aanbrengt in de structuur van het zorgproces op de afdeling.

Ervaren meerwaarde

De ervaren meerwaarde van de ziekenhuisarts is allereerst de extra specialisatie in interne/ longgeneeskunde/ cardiologie. Sinds de komst van de ziekenhuisarts heeft deze aangetoond minder consulten van andere specialisten aan te hoeven vragen. Met name worden de internist en specialist ouderengeneeskunde genoemd. Ten tweede loopt de zaal beter. De arts heeft veel aandacht voor zaken als snel uit bed gaan en dat katheters en infusen worden verwijderd. De ziekenhuisarts voert taken tijdig uit, wat voor verpleegkundigen heel prettig is. In plaats van steeds achter de dokter aan te

moeten, worden zaken nu vanzelf al gedaan door de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts is daarnaast een vraagbaak voor verpleegkundigen; is beter benaderbaar en kan vragen direct beantwoorden en afhandelen. Ten derde voert de ziekenhuisarts een beter medicatiebeleid. Medicatie is op orde, de probleemlijst is compleet, wat er mee moet gebeuren, de nazorg, de aandachtspunten na ontslag, dat staat allemaal genoteerd. Met name het controleren op medicatiefouten, medicatiecheck en eventueel vervangen/stoppen van bepaalde medicatie worden veel beter uitgevoerd nu de ziekenhuisarts op de afdeling werkzaam is. Tenslotte zet de ziekenhuisarts tijdig en beter ontslagmanagement in. De overdracht transmuraal verloopt beter. Het schrijven van brieven is verbeterd. Ook belt hij meer met verpleeghuizen en huisartsen dan dat voorheen gebeurde.

Gesignaleerde uitdagingen

- De ziekenhuisarts is veelal ingeroosterd in plaats van een ANIOS en daardoor behelst de rol tot dusverre uitsluitend zaalwerk, waardoor de ziekenhuisarts niet toekomt aan overkoepelende taken op het gebied van kwaliteit en veiligheid (bijvoorbeeld het verbeteren van protocollen en zorgpaden). De eerste vier maanden zijn inwerktijd geweest, een leerproces zowel voor de ziekenhuisarts als voor de afdeling, waarin de rol die van veredelde zaalarts is: "*...we zijn in de beginfase*".
- De duidelijke wens van de ziekenhuisarts en de traumachirurgen is om de ziekenhuisarts voor minder tijd direct aan het bed in te roosteren, zodat de ziekenhuisarts ten dele een meer superviserende rol krijgt en daarnaast ook overstijgende taken kan oppakken. Dat lukt nog niet altijd. Het is de bedoeling dat er naast de ziekenhuisarts voor een deel van de tijd een andere arts op zaal staat. Die zou dan de relatief minder complexe patiënten op kunnen pakken onder supervisie van de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts kan zich beperken tot de meer complexe patiënten en zich richten op zaken als diabeteszorg, delierpreventie, voedingssituatie, saneren van medicatie, valpreventie, transmurale zorgpaden. Ook worden onderzoekstaken naar benodigde verbeteringen in de zorg en onderwijs aan de verpleging genoemd. Men denkt nog na wat het benodigde werktijdpercentage (90% wordt gesuggereerd) en niveau (semi-arts of ANIOS) van die arts zou moeten zijn om het maximale rendement uit beide artsen te halen. Hier was aanvankelijk budgettair geen rekening mee gehouden.
- De ziekenhuisarts moet op deze afdeling zijn best doen om de ziekenhuisarts-plus rol, waar men op zich naar zoekt, uit de verf te laten gaan komen. Er wordt erkend dat de ziekenhuisarts op deze afdeling al veel internistische zorg biedt en daarvan de benodigde kennis heeft ("*de interne kant weet [de ZHA] altijd perfect*"), maar vindt dat het chirurgische verhaal in de zorg van de ziekenhuisarts nog onderbelicht blijft. Het moet nog 'completer' worden. Als voorbeeld wordt gegeven dat in de risico-analyse waarop het anti-stollingsbeleid wordt gebaseerd de planning van en het type chirurgische ingrepen moet worden meegewogen.
- Daarnaast bestaat de wens de ziekenhuisarts ook nachtdiensten te laten uitvoeren. Daarvoor zijn meer ziekenhuisartsen nodig.

Case 5 Topklinisch ziekenhuis, gecombineerde rol op Dagbehandeling en Kort Verblijf

Afdeling en opnames

De ziekenhuisartsen werden ingezet op twee aangrenzende verpleegeenheden. De verpleegeenheid Kort Verblijf heeft 99% geplande opnames en nauwelijks acute zorg. Gedurende de week zijn 41 bedden en in het weekeinde 15 bedden operationeel. Ook bij de verpleegeenheid Dagbehandeling gaat het om geplande opnames, zowel voor snijdende (56 bedden) als beschouwende (18 bedden) specialismen.

Visie

Het ziekenhuis verwachtte met de ziekenhuisartsen continuïteit van zorg over meer specialismen te kunnen waarborgen, doordat de ziekenhuisartsen als vast aanspreekpunt op deze verpleegeenheden zouden fungeren. Voorheen hadden wisselende arts-assistenten deze eenheden er als extra taak bij. Die artsen bleken echter vaak druk met andere taken, zoals operaties en de spoedeisende hulp, en bij specifieke gebeurtenissen op Dagbehandeling en Kort Verblijf waren zij daardoor onvoldoende snel aanwezig. Om calamiteiten te voorkomen wilde men op beide afdelingen een vaste arts. Ziekenhuisartsen zouden daarnaast de continuïteit voor ambulante patiënten kunnen verbeteren, zoals patiënten die bloedtransfusies ondergaan. Deze patiënten komen om de week en zien dan (vaker) een vertrouwd gezicht. Op deze verpleegeenheden kunnen de ziekenhuisartsen werken voor patiënten van meer specialismen, wat ziekenhuisartsen de kans biedt zich verder te ontplooiën. Tenslotte zou de inzet voor meer specialismen het draagvlak voor de financiering van de functie kunnen vergroten.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisartsen rouleren over Dagbehandeling en Kortverblijf. De ziekenhuisartsen zetten zich in ten behoeve van de patiënten van chirurgie en MDL, doen de calamiteiten bij KNO, en 'kijken mee' met Orthopedie. Bij Kortverblijf verzorgen de ziekenhuisartsen de pré- en postoperatieve zorg bij ingrepen met korte ligduur (\leq vijf dagen), schrijven (ontslag)brieven chirurgie, lopen de visite van de chirurg, kijken mee met de physician assistant bij orthopedie, regelen bloedtransfusies en het antistollingsbeleid, pré-hydreren, kijken een patiënt na bij pijnklachten, vragen CT-scans aan en brengen infusen in. Bij de dagbehandeling zijn de ziekenhuisartsen het eerste aanspreekpunt bij patiënten van MDL. Op deze eenheid lopen de ziekenhuisartsen geen medische visites. Ze assisteren bij infuus-behandelingen, doen de bewaking na pijnblokkade, observeren na colonoscopie en verzorgen pré- en postoperatieve zorg. Op beide afdelingen vormen de ziekenhuisartsen een laagdrempelige vraagbaak voor de verpleegkundigen.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

De ziekenhuisartsen hebben de twee afdelingen verdeeld ten aanzien van patiëntveiligheid en kwaliteit; de een richt zich op de dagbehandeling en de ander op kortverblijf. Samen met een verpleegkundige en een kwaliteitsfunctionaris pakt één van de ziekenhuisartsen het thema 'valrisico bij patiënten' aan. Wat betreft patiëntveiligheid zitten de ziekenhuisartsen in de VIM-commissie van de twee afdelingen. De ziekenhuisartsen zijn begonnen met het geven van klinische lessen aan verpleegkundigen. Ze zijn verder echter nog niet aan concrete projecten ten aanzien van kwaliteitsverbetering begonnen en ook zijn ze nog niet bezig met het ontwikkelen van protocollen/richtlijnen. De ziekenhuisartsen zijn vooral bezig met het schrijven van een projectplan

ten aanzien van de eigen inzet op de afdelingen en overleggen met specialismen over hun (mogelijke) inzet.

Ervaren meerwaarde

Kort Verblijf: De ziekenhuisartsen lopen doordeweeks de visites. De statusvoering is completer geworden en het regelen van een aantal zaken in de directe patiëntenzorg, zoals het aanpassen van medicatie, gaat sneller door hun aanwezigheid. De patiënt ziet elke dag hetzelfde gezicht. De ziekenhuisartsen merken dat er bij verpleegkundigen meer duidelijkheid is, dat er op vaste tijden zaken geregeld worden wat door de verpleegkundigen erg prettig wordt gevonden. De ziekenhuisartsen vangen ook zaken op voor de medisch specialisten en zij vermoeden dat de medisch specialisten hierdoor minder vaak gebeld worden. Vragen van patiënten kunnen direct beantwoord worden door de ziekenhuisartsen en de ziekenhuisartsen kunnen meer tijd nemen voor een patiënt, ook tijdens de visite, omdat ze tussendoor minder worden gestoord dan de assistenten. Patiënten kunnen door de ziekenhuisartsen eerder opnieuw gezien worden om te beoordelen of ze naar huis kunnen, wat mogelijk leidt tot eerder ontslag. De ziekenhuisarts functioneerde ook als informele poortwachter, die controleerde of geen patiënten met een te hoge complexiteit (ASA>2) werden opgenomen.

Dagbehandeling: Direct aanspreekpunt bij niet-pluisgevoel, calamiteiten en allergische reacties bij infusen (vooralsnog alleen voor MDL-specialisme). Dit geeft de verpleging een veilig gevoel. De meerwaarde wordt voor het overige beperkt gevonden, omdat hoge zorgzwaarte niet voorkomt. Bij stabiele patiënten ziet men nauwelijks meerwaarde van een daartoe opgeleide generalist, behalve bij degenen onder die stabiele patiënten die met co-morbiditeit of risico-medicatie te maken hebben. Ook hier begint de ziekenhuisarts langzamerhand te anticiperen op de komst van zulke patiënten door een risico-check te doen en de resultaten zo nodig met de verpleegkundigen te bespreken.

Gesignaleerde uitdagingen

- De inzet van afgestudeerde ziekenhuisartsen is stopgezet, ondanks de positieve ervaringen op de werkvloer zoals weergegeven in de interne evaluatie (dd. 15-10-2016). Het ziekenhuis wil eerst een integraal beleid voor nieuwe functies opstellen. De financiering van ziekenhuisartsen is ten tijde van het onderzoek onderwerp van gesprek tussen de Raad van Bestuur van het ziekenhuis en de specialistencorporatie. Hiermee is de toekomstige inzet van de ziekenhuisarts afhankelijk van een (mogelijke) overeenkomst tussen deze belanghebbenden.
- De ziekenhuisartsen werden op de afdeling niet voor alle specialismen ingezet, waardoor hun meerwaarde en capaciteit onderbenut bleef. Het zou de ziekenhuisartsen meer stuur- en regelcapaciteit hebben gegeven wanneer zij op deze eenheden voor meer specialismen hadden kunnen werken. Dan zouden zij meer ruimte hebben gehad om samen met de verpleging een goede organisatie van de zorg neer te zetten. Bij sommige specialismen liggen er duidelijke gevoeligheden om taken uit handen te geven, zelfs al kan het lastig zijn voor specialismen die taken zelf in de praktijk tijdig en afdoende te vervullen.

Case 6 Topklinisch ziekenhuis, revalidatieafdeling

Afdeling, patiënten en opnames

Op de revalidatiekliniek verblijven klinische patiënten. De kliniek bestaat uit drie units. Opgenomen patiënten worden ingedeeld volgens Neurologie (in brede zin) en Houding & Beweging (bewegingsapparaat), maar zijn niet strikt volgens deze indeling over de drie units verdeeld. De patiënt verblijft gemiddeld vier tot zes weken op de revalidatie, die 38 bedden heeft. De opnames worden gepland met een dagelijks wachtlijstbeheer. De instroom komt voornamelijk vanuit het ziekenhuis, een enkele keer vanuit de thuissituatie. Bij patiënten wordt een toenemende complexiteit gesignaleerd in de zin van co-morbiditeit.

Visie

Op de revalidatiekliniek waren problemen met het garanderen van de kwaliteit van de medische basiszorg. Revalidatieartsen hebben onvoldoende up-to-date kennis rond zaken als antidepressiva, dreigend nierfalen en dreigend hartinfarct. Ziekenhuisartsen zijn bovendien beter toegerust voor algemene zaken rond kwaliteitsmanagement op een verpleegafdeling. Door de verkorte ziekenhuisopnames krijgt het revalidatiecentrum steeds meer somatisch complexe patiënten binnen. De ziekenhuisarts voegt vanuit somatisch perspectief deskundigheid toe, wat binnen deze kliniek relevant is, omdat de revalidatieartsen vooral gericht zijn op revalidatie en daarom geneigd zijn direct een medisch specialist in het ziekenhuis te consulteren. De ziekenhuisarts herkent signalen (eerder) en kan interveniëren.

Rol ziekenhuisarts

In het algemeen is het de rol van de ziekenhuisarts een kwaliteitsimpuls in de medische basiszorg tot stand te brengen. De ziekenhuisarts heeft een nadrukkelijke rol bij de intake, nadat een revalidatietechnische check door de revalidatiearts is uitgevoerd. De ziekenhuisarts kijkt meer generiek: 'Is de patiënt hier op de juiste plek?', 'Kan de zorg binnen de kliniek plaatsvinden (heeft deze bijvoorbeeld geen infuus)?', of 'Is de patiënt wellicht al te goed?'. Gedurende de opname loopt de ziekenhuisarts een tweewekelijkse grote visite met de verpleegkundige (somatisch-generiek gericht, rondom de medische basiszorg) langs alle patiënten. Tussentijds is de ziekenhuisarts het aanspreekpunt voor medische basiszorg, bijvoorbeeld na een order van de verpleging. De revalidatiearts blijft eindverantwoordelijk. Er zijn geen visites samen met de revalidatiearts. De ziekenhuisarts is niet structureel betrokken bij het multidisciplinaire overleg, maar wel op verzoek wanneer de zorgvraag complex is. De ziekenhuisarts houdt een eindgesprek bij ontslag, inclusief evaluatie en feedback.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

Belangrijk is de algemene verbetering in medische basiszorg en de registratie van complicaties, zowel op het gebied van revalidatie als algemeen somatisch. De ziekenhuisarts analyseert samen met een verpleegkundige de VIM-meldingen.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisarts zorgt voor het waarborgen van de basis-medische zorg, wat voor revalidatieartsen lastiger is, waardoor minder consulten nodig zijn. Ten tweede heeft de ziekenhuisarts verbeteringen aangebracht in wachtlijstbeheer, waardoor er bijna geen wachttijden meer zijn (maximaal twee dagen). Voorheen was de opname een bottleneck, terwijl er ook lege bedden op de kliniek waren. Ten

derde initieert de ziekenhuisarts kwaliteitsprojecten naar aanleiding van ontslaggesprekken met patiënten.

Gesignaleerde uitdagingen

- Door de komst van de ziekenhuisarts naast de revalidatieartsen, ervaren enkele specialisten versnippering van zorg. Men wil zorgdragen dat de specialist nog wel naar de gehele mens blijft kijken. Hier wordt een zekere spanning ervaren: de medisch specialist (revalidatiearts) is eindverantwoordelijk, formeel ook voor de medische basiszorg, terwijl de ziekenhuisarts daar erkend meer deskundig in is.
- Een tweede aandachtspunt betreft de continuïteit van zorg. Aangezien er slechts één ziekenhuisarts is, is het waarborgen van de basiszorg lastiger bij diens afwezigheid. Het zorgmodel is daarmee kwetsbaar.

Case 7 Algemeen regionaal ziekenhuis, Acute Opname Afdeling (AOA)

Afdeling, patiënten en opnames

De AOA is een afdeling waar de patiënten na opname, meestal vanuit de spoedeisende hulp (SEH) of poli, verder worden gediagnostiseerd om daarna eventueel door te stromen naar de verpleegafdeling van het specialisme behorend bij het hoofdprobleem van de patiënt. De opnames zijn ongepland en in principe duurt het verblijf op de AOA niet langer dan 48 uur. De afdeling is erop ingericht de transfer naar de volgende behandelstap of naar ontslag zo goed mogelijk voor te bereiden in termen van diagnose en te ontwikkelen behandelplan. Ongeveer de helft van de patiënten kan binnen die 48 uur weer naar huis. Er zijn 30 bedden en plannen voor uitbreiding naar 36. Gezien de aard van de afdeling is de patiëntenstroom zeer divers. Uitgezonderd zijn alleen IC/CCU/SCU indicatie; zwangerschapsgerelateerde problematiek; kinderen tot 16 jaar; abstinierend beleid; excreta besmette patiënten door cytostatica. Op de afdeling werken acht AOA-artsen, waarvan vier ziekenhuisartsen en vier internisten. De afdeling profileert zich ook op de eigen website met de geleverde ziekenhuisartszorg. Er wordt geen onderscheid gemaakt in werkzaamheden voor de ziekenhuisartsen en de internisten. De AOA-artsen werken in dag- en avonddiensten, zowel doordeweeks als in het weekend. Elke dagdienst zijn er over het algemeen negen verpleegkundigen en twee of soms drie AOA-artsen. Per dagdienst worden de patiënten verdeeld over de AOA-artsen. Op dit moment beschikt men nog niet over voldoende ziekenhuisartsen. Een goede doorstroom van patiënten wordt ook nog belemmerd door een lage beddenbezetting, vanwege het landelijke tekort aan verpleegkundigen.

Visie

Bij de opzet van de AOA is met de AOA-artsen, waaronder dus de ziekenhuisartsen, doelbewust gekozen voor een arts met beslissingsbevoegdheid en continue aanwezigheid. De ervaring leerde dat gefragmenteerde medische zorg niet werkt. Omdat de patiënten op de AOA nog moeten worden gediagnostiseerd en vaak meer aandoeningen hebben, heeft een generalist die kennis kan bijdragen vanuit verschillende specialismen meerwaarde. Het is de bedoeling dat de ziekenhuisarts de scepter zwaait over de AOA en bepaalt wie er bij de patiënt komt en wat deze nodig heeft. De verwachting is dat door de eerste 48 uur hoog in te zetten op snelle en goede diagnostiek, er minder complicaties zullen ontstaan en het aantal figuren zal afnemen. Dat draagt naar verwachting bij aan goedkopere en kwalitatief betere zorg voor de patiënt. Ook zal bij voldoende beddenbezetting (zie boven) de wachttijd op de SEH naar beneden gebracht kunnen worden.

Rol ziekenhuisarts

Elke ochtend worden de opgenomen patiënten besproken in het logistiek patiënten overleg, uitmondend in activiteiten per dag per patiënt die zijn gericht op diagnose en te ontwikkelen behandelplan. Aan dit overleg nemen de betrokken specialisten (zoals cardioloog, longarts, chirurg, orthopeed, geriater), de AOA-artsen en de verpleegkundigen deel. De ziekenhuisartsen en andere AOA-artsen werken het beleid uit. De ziekenhuisartsen lopen visite bij elke patiënt die binnenkomt. Bij hele ingewikkelde problematiek roepen de ziekenhuisartsen de specialisten bij elkaar voor overleg, zodat er sneller resultaat is. De ziekenhuisartsen hebben de regie over de patiënt en voeren de familiegesprekken. Ze zien de patiënt als eerste wanneer deze vanaf de SEH naar de afdeling is gekomen, regelen de overdracht en ook de nazorg. Zij doen dit ook wanneer de volgende stap voor de patiënt een hospice is. Ze voeren slechtnieuwsgesprekken en zijn aanwezig bij de dienstafsluiting van de verpleegkundigen. Ze voeren ontslaggesprekken waarin de medicatie en het ziektebeeld worden uitgelegd. Ze geven gepland onderwijs en ook onderwijs 'aan het bed'. Ze schrijven brieven (maar de controle van elke brief ligt in een aantal gevallen nog bij de desbetreffende hoofdbehandelaar). Ze letten daarnaast op signalen dat het niet goed gaat met een patiënt en schakelen indien nodig de intensive care in.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

Het is de bedoeling dat de huidige vier ziekenhuisartsen op termijn worden aangevuld tot acht ziekenhuisartsen. De huidige ziekenhuisartsen zijn zwaar belast. Patiëntenzorg gaat voor, maar wanneer ze "*op formatie zijn*" zullen de ziekenhuisartsen tijd krijgen voor kwaliteitsverbeteringsprojecten; ook projecten die ziekenhuisbreed zijn en gericht op optimalisatie van de hele keten. De ziekenhuisartsen hebben wel een grote rol in de VIM-commissie van de AOA en tevens zijn ze vertegenwoordigd in de pijncommissie en de klachtencommissie, alsmede betrokken bij de medicatieverificatie met de apotheker.

Ervaren meerwaarde

Het aantal internistische consulten is door de komst van de ziekenhuisartsen gedaald. De ziekenhuisartsen doen zelf bijvoorbeeld de suikers en simpele nierfuncties. De ziekenhuisartsen letten beter op de 'hele' patiënt in termen van medische zorg en medicatiecontrole. Onderzoeken worden sneller afgerond. De communicatie tussen specialisten onderling is makkelijker geworden, omdat de ziekenhuisarts daar tussenin zit. De ziekenhuisartsen vormen samen met de verpleegkundigen 'één team': "*We zijn met z'n allen tegelijk begonnen dus je hebt een goede relatie met elkaar... we dineren samen en lunchen samen, zitten in een app.*" Verpleegkundigen komen daardoor sneller naar de ziekenhuisarts toe als ze het niet vertrouwen met een patiënt. Als patiënten naar huis gaan vanaf de AOA, bieden de ziekenhuisartsen een goede overdracht naar de huisarts. Deze bijdrage aan de continuïteit ervaart men ook in de overdracht naar een vervolgspecialist: er worden complete probleellijsten gemaakt, met specificatie wat bij bepaalde problemen al is gedaan en waarmee de medisch specialist nog wat moet doen. Zeker wanneer het een transfer betreft naar een vervolgbehandelaar die geen deel uitmaakt van het 'cockpit-overleg', is er een mondelinge overdracht. Waar de specialisten in het begin vertrouwen moesten krijgen in de ziekenhuisarts en wat werkzaamheden moesten loslaten, begon men daarna de meerwaarde in te zien en te geloven dat het de werkdruk zal verminderen: "*het loopt allemaal wel*".

Gesignaleerde uitdagingen

- Aanvankelijk bestond er enige onduidelijkheid bij medisch specialisten ten aanzien van de taakverdeling: 'wie doet wat en wie loopt wanneer visite?'; 'wie bespreekt de voor- en nadelen van een behandeling met de patiënt?' Chirurgen lopen door de komst van de ziekenhuisarts niet meer altijd visite, waardoor ze soms het overzicht over de patiënt verliezen.
- De medisch specialisten weten niet altijd wie van de AOA-artsen een ziekenhuisarts en wie een internist is: *"Dus ik weet niet of de weerstanden altijd terecht zijn tegenover ziekenhuisartsen, want een internist die wat moet zeggen over een chirurgische patiënt, is iets anders dan [een ziekenhuisarts die ook] internistisch opgeleid zijn."*
- Op de afdeling speelt mee dat ziekenhuisartsen niet zijn opgeleid in acute cardiologie. Specialistische cardiologische kennis wordt gemist in het opleidingstraject van deze ziekenhuisartsen.
- Meer ziekenhuisartsen zijn nodig om de werkdruk te verminderen en de ziekenhuisartsen meer tijd te bieden voor andere taken, zoals kwaliteitsverbetering binnen het gehele ziekenhuis. Men wil groeien naar een formatie van 8,6 FTE ziekenhuisartsen op de AOA.
- Ook hier speelt de continuïteit in de nacht-avond-weekend-diensten. Wanneer de 8,6 FTE is gerealiseerd, kunnen de ziekenhuisartsen ook nachtdiensten gaan draaien. Zij kunnen dan in het beddenhuis problemen oplossen, hetgeen nu met ANIOS niet geheel naar wens verloopt.
- Tenslotte zijn de ziekenhuisartsen nog zoekende naar een optimale invulling van de functie in termen van het gehele takenpakket en van de wijze waarop zij in diensten het best kunnen worden ingezet. De AOA-afdeling is een transfer-afdeling; regie over deze transferperiode is een mogelijkheid om ziekenhuisartsen een grotere verantwoordelijkheid te geven.

Case 8 Algemeen regionaal ziekenhuis, chirurgische afdeling

Afdeling, patiënten en opnames

De ziekenhuisarts werkt op de afdeling Chirurgie. Daaronder vallen vaat, trauma, gastro-intestinale chirurgie (buik) en oncologie. Er is een grote variëteit in patiënten met verschillende ligduur. Er zijn bijvoorbeeld patiënten met een heupfractuur en de gemiddelde ligduur voor een heupfractuur is vier dagen. Patiënten met een buikoperatie kunnen op de derde dag, als alles goed gaat, naar huis, maar bij complicaties kan de ligduur uitlopen tot een maand. Op de afdeling vindt ook pre-operatieve zorg plaats voor patiënten die vanaf de SEH worden opgenomen. Daarnaast is de afdeling verantwoordelijk voor de post-operatieve zorg. Ook zijn er enkele ziekenhuisartsen in opleiding.

Visie

De ziekenhuisarts is aangenomen door de Raad van Bestuur. De chirurgen zelf waren vooraf minder betrokken bij de beslissing, hetgeen wel aanloopproblemen heeft gegeven. Door het aannemen van een ziekenhuisarts hoopt men dat deze de mogelijkheden voor een ziekenhuisartsrol zal ontdekken en de meerwaarde zal aantonen. Het management verwachtte vooral meerwaarde op de afdeling Chirurgie en met name voor kwetsbare oudere chirurgische patiënten. Bij een delier, een nierfunctiestoornis die niet vanzelf beter wordt, of bij een ECG#, hebben de chirurgen normaal veel hulp nodig van andere specialisten. Bovendien zijn het hele drukke gangen, waar chirurgen in en uit lopen, waardoor de ziekenhuisarts ook een coördinerende functie zou kunnen vervullen.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor de dagelijkse zorg voor chirurgische patiënten op de afdeling. Daarmee voert hij het werk van een zaalarts uit, maar heeft een bredere blik. Hij kijkt bijvoorbeeld naar een delier, naar de medicatielijst en wat daar wel of niet mee moet binnen een operatief traject, enzovoort. De ziekenhuisarts loopt zelfstandig visite. Van tevoren of na de visite is er overleg met de chirurg over het medisch beleid. De opererend chirurg is hoofdbehandelaar. De ziekenhuisarts vraagt diagnostiek aan en interpreteert dit. De ziekenhuisarts is het aanspreekpunt voor de verpleegkundigen, patiënten en familie, voert slecht-nieuws gesprekken en begeleidt een ziekenhuisarts in opleiding. Verder is het de bedoeling dat er naast het klinisch werk op de afdeling nog neventaken bij komen, maar er is nog niet besloten welke taken.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisarts vervult op de afdeling dezelfde taak als de zaalarts (ANIOS). Daardoor is de meerwaarde (nog) niet voor iedereen duidelijk. ANIOS verschilden onderling in competenties. De meerwaarde van de brede kijk bij het uitvoeren van patiëntenzorg wordt in ieder geval genoemd. Een arts die holistisch kijkt, zich erin verdiept, naar alle aspecten kijkt en er ook iets mee doet wanneer dat nodig blijkt. Zo vraagt de ziekenhuisarts af en toe ook internistisch lab aan, wat de verpleegkundigen niet gewend waren. Men denkt dat de ZHA grondiger te werk gaat dan de zaalarts. Ook vindt men dat de ziekenhuisarts actiever en eerder een behandeling inzet bij een verslechterende patiënt. Door de komst van de ziekenhuisarts zijn er daarnaast minder consulten van andere specialismen nodig. De ziekenhuisarts kan makkelijker veel voorkomende internistische problematiek op een chirurgische afdeling oppakken, met name op het gebied van medicatie en van de nierfunctie. Ook heeft de ziekenhuisarts meestal minder consulten nodig om een ECG te beoordelen of bloeduitslagen te interpreteren. Beter en directer contact over zaken als uitslag/behandeling/verloop wordt eveneens genoemd. Kortom, men ervaart dat de patiëntenzorg in goede handen is bij de ziekenhuisarts.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

Aan extra taken rond kwaliteit en veiligheid kwam de ziekenhuisarts in de eerste drie maanden op de afdeling nog niet toe. Het is de bedoeling dat de ziekenhuisarts in de toekomst clinical audits gaat uitvoeren. De ziekenhuisarts heeft contact gehad met een apotheker en met een kwaliteitsfunctionaris om te kijken wat concrete onderwerpen zijn die aandacht behoeven. De ziekenhuisarts is op uitnodiging van een hoofdverpleegkundige bij een bijeenkomst van de VIM-commissie geweest, maar doordat de ZHA is overgegaan naar Interne Geneeskunde is dit blijven liggen. Daarnaast is de ziekenhuisarts bezig met het verbeteren van valbeleid. Ook wil hij de klinische afdeling optimaliseren voor ouderen.

Gesignaleerde uitdagingen

- De eerste maanden op de afdeling Chirurgie waren vooral inwerktijd (vervanging van de ANIOS als zaalarts). De meerwaarde boven een ANIOS is in die korte tijd moeilijk hard aan te tonen.
- De ziekenhuisarts is weinig toegekomen aan kwaliteitsprojecten of clinical audits.
- De ziekenhuisarts is na drie maanden op de afdeling Chirurgie overgeplaatst naar Interne Geneeskunde. Op de afdeling Chirurgie had men behoefte aan artsen die weekenddiensten draaien. Wanneer de artsen op zaal geen weekenddiensten draaien, moeten chirurgen dat vaker zelf doen. De ziekenhuisarts wil echter alleen doordeweeks werken om meer continue

zorg te kunnen leveren en de kwaliteit naar een hoger plan te kunnen tillen. Daarom heeft de ziekenhuisarts van afdeling geruild met een ANIOS bij Interne Geneeskunde die bereid was om weekenddiensten te draaien. Vervolgens gaat de ziekenhuisarts per 1 september op een pilot-afdeling werken. Welke afdeling dat wordt is nog niet bekend, maar het zou weer de afdeling Chirurgie kunnen worden. Bij snelle rotatie van afdelingen komt de bijdrage aan continuïteit en kwaliteitsverbetering niet uit de verf. Er is niet alleen inwerktijd nodig, ook bestaande professionals moeten wennen.

- De eis de meerwaarde op harde indicatoren (aantal heropnames, ligduur verminderen, sterfte, shift oproepen dat patiënten acuut bedreigd worden) aan te tonen, werd als uitdagend ervaren, omdat één ziekenhuisarts niet voortdurend aanwezig kan zijn. Bovendien voltrekt een groot deel van het afdelingswerk zich buiten het zicht van de chirurgen, omdat de laatstgenoemden veel op de poli en op de operatiekamer werken. Er wordt aangegeven dat zij bijvoorbeeld niet merken of er wel of geen consult wordt aangevraagd.
- Aanvankelijk werd gecommuniceerd dat elke afdeling een eigen ziekenhuisarts zou krijgen. Enkelen geven aan dat de physician assistants zich een beetje bedreigd voelen. Zij vragen zich af of er in een wat kleiner ziekenhuis wel plek is voor beide functies.
- Een laatste aandachtspunt betreft de bekostiging van de ziekenhuisartsfunctie op de langere termijn. De ziekenhuisarts wordt nu nog bekostigd door de Raad van Bestuur.

Case 9 UMC, hematologie afdeling

Afdeling, patiënten en opnames

De ziekenhuisartsrol is gericht op de zorg rond maligne hematologie op de afdeling Hematologie. Patiënten worden onder andere opgenomen voor acute leukemie, transplantatie allergenen en oncologie transplantatie. Deze zorg is zeer intensief. De opgenomen patiënten zijn erg ziek en regelmatig doen zich acute situaties voor. Bij stamceltransplantaties hebben patiënten vaak één-op-één verpleegkundige zorg nodig. De ligduur varieert sterk. Sommige patiënten zijn opgenomen voor een korte kuur van vijf dagen, terwijl degenen die leukemiebehandelingen en transplantaties moeten ondergaan vier tot acht weken in het ziekenhuis verblijven. Er zijn 25 bedden en de medische zorg is verdeeld over drie zaalartsen; elke arts zorgt voor ongeveer zes tot acht patiënten. Eén van de zaalartsen is de ziekenhuisarts, de andere twee zaalartsen zijn assistenten in opleiding tot internist, die een stage lopen van vier maanden. De zaalartsen staan onder supervisie van de hematoloog.

Visie

De directe aanleiding was een tijdelijke vacature voor een zaalarts op de afdeling. De patiënten waren verdeeld over twee artsen wat een te hoge werkdruk gaf. Het inzetten van een ziekenhuisarts in de zaalartsrol leek passend en zou meerwaarde kunnen hebben ten opzichte van een derde assistent. De bedoeling was met de ziekenhuisarts als zaalarts een stabiele factor op de afdeling te hebben, vergelijkbaar met een ANIOS. Een dergelijke arts runt de zaal en is, na een intensieve begeleiding in de beginfase, goed op de hoogte van de gang van zaken. Men hoopte de initiële aanstelling voor een half jaar te kunnen verlengen, zodat de ziekenhuisarts als spil op de afdeling zou kunnen functioneren. Tevens zou de ziekenhuisarts kwaliteitsprojecten kunnen uitvoeren, zoals het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen voor mensen die slecht eten als gevolg van chemotherapie en daarmee wellicht ook de ligduur beïnvloeden.

Ook het verminderende aantal opleidingsplaatsen speelde een rol in de overwegingen. Het liefst zou men een poule hebben met physician assistants en ziekenhuisartsen die inzetbaar zijn op zaal en op de dagbehandeling en die onderling zouden kunnen rouleren. De ziekenhuisarts zou eerst een half jaar op zaal worden ingezet en de al volledig ingewerkte physician assistant op de dagbehandeling, om vervolgens te kunnen rouleren.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts vervult de taken als zaalarts voor de hem toegewezen patiënten. Hij loopt twee keer per week samen met de medisch specialist visite en op de overige drie dagen alleen. Tot de taken behoort ook het schrijven en versturen van (ontslag-)brieven en de mondelinge overdracht naar huisartsen, en het uitvoeren van lichamelijk onderzoek, zoals neurologisch onderzoek. Vanwege de ernstig zieke patiënten met lage weerstand is snel signaleren van medische problemen, zoals infecties, belangrijk. De arts kijkt steeds vaker zelf naar een stoma of naar een wond en doet inmiddels bloedonderzoek. Als daarbij iets wordt gesignaleerd, schakelt hij een specialist in. Twee keer per week ontvangt hij nog onderwijs, maar dit is minder dan de AIOS. Omdat de ziekenhuisarts ook geen poli doet, is er relatief meer tijd voor patiënten; voor uitgebreidere uitleg, voor nog een keer een familiegesprek, voor lichamelijk onderzoek. Soms loopt de arts drie of vier keer per dag bij een patiënt langs en houdt deze op de hoogte. Het onderscheid in hoofd- en bijzaken is soms nog lastig te maken.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

De ziekenhuisarts heeft een keer onderwijs gegeven. Verder is hij in de eerste zes maanden nog niet toegekomen aan taken op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Ervaren meerwaarde

De ziekenhuisarts is er bijna altijd vijf dagen per week is en vormt daarmee een continue factor voor patiënten en verpleegkundigen. Arts-assistenten komen minder vaak op de zaal. Daarnaast is er elk kwartaal een andere groep arts-assistenten die moet worden ingewerkt.

De ziekenhuisarts blijkt enorm begaan met de patiënten. Dat wordt als belangrijk gezien voor deze hele kwetsbare patiëntengroep.

Met name voor de verpleging blijkt de laagdrempelige aanwezigheid van de ziekenhuisarts meerwaarde te bieden. De ziekenhuisarts kent de afdelingsregels en is als persoon makkelijk benaderbaar. De verpleegkundigen voelen zich door de ziekenhuisarts gehoord. Als het slecht gaat met een patiënt of wanneer een patiënt overlijdt, heeft de ziekenhuisarts ook tijd voor de verpleegkundigen.

In medische zin kan de ziekenhuisarts breder kijken dan alleen naar het hematologische beeld. Ook kent de ziekenhuisarts alle disciplines inmiddels goed, waardoor hij goed kan aansturen op het inzetten van de benodigde zorg. Hij kan de urgentie inschatten bij acute situaties en ernaar handelen.

Gesignaleerde uitdagingen

- Het tijdelijke contract van zes maanden is verlengd voor bepaalde tijd, met name omdat de verpleging dit graag wilde. Voor de toekomst is het de nadrukkelijke wens van de hematologen dat de ziekenhuisarts meer gaat doen dan voor zes patiënten zorgen. Men denkt aan het opzetten van kwaliteitsprojecten en wil ook dat de arts nog zelfstandiger gaat werken. Consulten worden nog vaak aangevraagd, waar men verwachtte dat de ziekenhuisarts dit sneller zelf zou kunnen oplossen.

- Naast de patiëntgerichte en brede oriëntatie ervaart men tot nu toe geen andere meerwaarde van een ziekenhuisarts boven een arts-assistent of physician assistant. De begeleiding van de ziekenhuisarts wordt als intensief ervaren en het functioneren als minder zelfstandig dan de eigen AIOS. Men vraagt zich af of de ziekenhuisarts qua medische handelingen beter is opgeleid dan een physician assistant.
- Aanvankelijk was men enthousiast over de groei die de ziekenhuisarts doormaakte in de eerste drie maanden, maar deze ontwikkeling lijkt vooralsnog niet door te zetten. Daarom is afgesproken dat het aantal medische handelingen dat de ziekenhuisarts doet uitgebreid dient te worden, waarmee hij werk van de specialisten zou kunnen overnemen, zoals beenmergpuncties.
- De hematologen zouden ook graag de ziekenhuisarts en de physician assistant willen laten rouleren op de dagbehandeling en op zaal (bijvoorbeeld per half jaar). Dit vereist naar hun idee dat de ziekenhuisarts eerst nog genoemde ontwikkelingen realiseert op de zaal.

Case 10 Algemeen regionaal ziekenhuis, interne geneeskunde

Afdeling, patiënten en opnames

De afdeling wordt gedeeld door interne geneeskunde en neurologie en heeft 30 bedden. De ziekenhuisarts wordt alleen ingezet op (een deel van) de patiënten van interne geneeskunde. Veelal zijn 15 tot 20 bedden door interne bezet. Het is een kleiner ziekenhuis en de patiëntenstroom op een afdeling is heterogeen, variërend van heel laag tot hoog complex. Als voorbeeld wordt genoemd dat er zowel diabetische als oncologische patiënten kunnen liggen en af en toe als er geen plek is een orthopedische patiënt.

Visie

Het management wilde uitvinden hoe deze nieuwe medische functie een bijdrage zou kunnen leveren binnen dit ziekenhuis. Dat soms dagelijks of per week wisselende artsen visite liepen op de afdeling werd niet optimaal gevonden voor de continuïteit en daarmee kwaliteit van de zorg. Enerzijds had men behoefte aan een brede, goed opgeleide arts voor het leveren van de medische basiszorg op zaal om daar de medisch specialisten mee te ontlasten en de continuïteit mee te verhogen. Anderzijds bestond behoefte aan het coördineren van de organisatie van de klinische zorg op de afdeling en het bijdragen aan een efficiënte in-, door- en uitstroom van patiënten(-groepen) in het ziekenhuis als geheel in samenspraak met de spoedeisende hulpartsen. De visie was dat in deze behoeften zou kunnen worden voorzien door een combinatie van PA/VS op zaal onder supervisie van de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts zou ook de coördinerende rol moeten oppakken; een verbindingspersoon zijn tussen de behandelende medisch specialisten en de verpleegkundigen om het zorgproces vanaf de opname van een patiënt op de afdeling tot en met het ontslag goed te regelen.

Rol ziekenhuisarts

De ziekenhuisarts wordt ingezet in de dagdiensten ter vervanging van een ANIOS en van wisselende medisch specialisten die visite liepen wanneer er geen ANIOS is. De arts heeft 10 tot 12 van de patiënten onder de hoede, waarvoor hij onder meer visite loopt, onderzoeken aanvraagt, het dossier bijhoudt, familiegesprek voert, en het ontslag regelt. De ziekenhuisarts is verantwoordelijk voor de medische basiszorg van opname tot ontslag. Zo nodig kan worden overlegd met de internist die de

andere patiënten doet. Op de afdeling is een artsenkamer. De ziekenhuisarts wordt gezien als het aanspreekpunt voor verpleegkundigen, medisch specialisten en patiënten.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

Er wordt de ziekenhuisarts gevraagd een plan te ontwikkelen voor de ziekenhuisartsrol.

Ervaren meerwaarde

De ervaring is dat de ziekenhuisarts medisch inhoudelijk goed is geschoold en een voldoende basis heeft voor wat betreft de interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, medicatie en complicaties om goede zorg op zaal te leveren.

Het was prettig dat er niet voor alles supervisie nodig was, zodat dit geen vertraging opleverde.

Als een patiënt binnenkomt die veel meer achter zich heeft aan medische zaken, dan zie je regelmatig dat een medisch specialist daar niet zoveel oog voor heeft. Daardoor kan de patiënt (te) lang in het ziekenhuis liggen en uiteindelijk minder geholpen zijn. Men denkt dat de ziekenhuisarts hier meerwaarde in kan hebben, maar het is in dit geval mede door omstandigheden niet gelukt gezamenlijk een goede en haalbare ziekenhuisartsrol te ontwikkelen.

Gesignaleerde uitdagingen

- Het combineren van de zorg voor 10 tot 12 uiteenlopende patiënten met een coördinerende rol voor de gehele afdeling. In een klein ziekenhuis moet je vanaf het begin zelfstandig kunnen werken en zaken organiseren. In de bestaande situatie had een kliniekarts de zorg voor (veel) meer patiënten, maar deze werkt met andere doelstellingen dan de ziekenhuisarts. Dit was een lastig spanningsveld voor betrokkenen.
- De onderlinge verwachtingen op een lijn brengen. Het ziekenhuis is geen pilot-ziekenhuis en derhalve was het lastiger uit te dragen van wat een ziekenhuisarts is en kan en doet. Hoe kan een individuele ziekenhuisarts voldoende aansluiten bij de bestaande praktijk en tegelijk voorkomen onbedoeld in de rol van ANIOS terecht te komen. Wat is de beste weg om het verschil in competenties en benadering duidelijk te maken en te benutten op een manier die past bij de behoeften en mogelijkheden van een perifeer ziekenhuis?
- Mede door de grote heterogeniteit in patiënten wordt ook kennis van cardiologie, van longgeneeskunde erg belangrijk gevonden, net als ziekenhuismanagement met het oog op de verwachte coördinerende rol. Dit sluit niet helemaal aan bij de stages in de gevolgde opleiding.
- Hoe ziet men de functie ziekenhuisarts in de kliniek en wat verwacht men naast het zaalwerk nog meer van de ziekenhuisarts. Welke positie heeft de ziekenhuisarts met deze rol derhalve binnen de medische organisatie, wordt deze onderdeel van de vakgroep interne geneeskunde, of houdt de ziekenhuisarts zich ook met andere specialismen bezig en wat betekent dat voor de positie.

Case 11 UMC, chirurgische afdeling met intensieve verpleegkundige zorgunit

Afdeling, patiënten en opnames

Een intensieve verpleegkundige zorgunit van acht bedden waar de meest zieke, chirurgische patiënten worden opgenomen van een aantal chirurgische afdelingen. De patiënten komen binnen vanaf de intensive care of de spoedeisende hulp; het gaat dus om doorstroom vanuit andere units. Het betreft patiënten met bijvoorbeeld levertransplantaties, vaatchirurgie, oncologische chirurgie en

traumachirurgie. Daarnaast heeft de eenheid nog een regulier deel met vijf bedden abdominale chirurgie waar veelal oncologische patiënten worden verpleegd die een grotere chirurgische ingreep hebben gehad na bijvoorbeeld een chemotherapie. Bij bijna alle patiënten is sprake van comorbiditeit. Op de intensieve zorg unit verblijven patiënten tussen de 48 en de 72 uur en daarna gaan ze weer door naar de verpleegafdeling. Op de vijf reguliere verpleegeenheid bedden wordt de ligduur geschat tussen de 7 en 10 dagen.

Visie

In de academische setting gaat het steeds meer om heel specialistische zorg voor complexe patiënten en op de afdelingen waar deze patiënten liggen ontbreekt de generalistische blik nogal eens. Ten tweede speelt het teruglopende aantal opleidingsassistenten. Dit is de achtergrond waartegen op deze afdeling wordt geëxperimenteerd met een ziekenhuisarts die langer op de afdeling blijft met als aandachtsgebied vooral de intensieve verpleegkundige zorgunit. Rond de aanstelling van de ziekenhuisarts heeft men met enkele medisch specialisten en verpleegkundigen van de afdeling om de tafel gezeten om over de rol te praten. Ook de ziekenhuisarts is hierbij betrokken geweest. Het doel is dit plan verder te ontwikkelen gedurende het experiment, zodat het kan worden gebruikt bij de aanstelling van eventuele volgende ziekenhuisartsen binnen het UMC.

Rol van de ziekenhuisarts

Er is een ANIOS ingeleverd om de ziekenhuisarts aan te kunnen stellen. Enerzijds heeft de ziekenhuisarts deze taken overgenomen. Anderzijds wil men de ziekenhuisarts ook projectmatig inzetten voor kwaliteitsverbetering waar men binnen het lopende zorgproces niet aan toe komt. Zo onderzoekt de arts of wanneer de visite gestructureerder wordt ingericht de chirurgische assistent misschien later op de dag taken op de poli of de OK kan doen. De ziekenhuisarts loopt zelfstandig visite bij de vijf reguliere bedden en kan terugvallen op de supervisor (die dan vaak aan de andere kant loopt met de verpleegkundig specialist of assistent). Voor de IVZ-patiënten komen de behandelende subspecialismen langs, maar vaak na de eigen visite en daardoor loopt de ziekenhuisarts hier wel soms eerst alleen visite. De ziekenhuisarts is eerste aanspreekpunt net als de assistenten, maar voert niet de gesprekken over ingrepen maar wel over opname, voortgang en ontslag. De arts schrijft de brieven en probeert dit vanuit het perspectief van de ontvanger te doen. De werkzaamheden van de medisch specialisten op de afdeling zijn onveranderd. De ziekenhuisarts werkt samen met de verpleegkundige specialisten en assistenten die voor een ander deel van de afdeling werken. Voor de ziekenhuisarts wordt een belangrijke rol in het coachen van onervaren assistenten en verpleegkundig specialisten gezien. Men denkt aan de mogelijkheid om de ziekenhuisarts in de toekomst ook in te zetten voor interne consulten op de eigen vier verpleegeenheden. De ziekenhuisarts is geen chirurg, maar wordt wel gezien als behorend tot de medische staf en woont dus stafvergaderingen bij.

Taken rond kwaliteit en patiëntveiligheid

De ziekenhuisarts heeft andere afdelingen bezocht om op basis daarvan een voorstel te schrijven over wat de ziekenhuisarts zou willen veranderen op de afdeling. Aan dit onderzoek heeft de arts eerste maand van de aanstelling kunnen spenderen. Voor het overige moet dit nog vorm krijgen en wordt verwacht dat de ziekenhuisarts dit zelf doet. De ziekenhuisarts heeft een duidelijke opdracht gekregen. De ziekenhuisarts moet met voorstellen komen over hoe kwaliteitsprojecten geïntegreerd kunnen worden in het dagelijkse werk. Binnenkort wordt de ziekenhuisarts periodiek een week vrij

geroosterd voor deze taken en (vier weken ingeroosterd op zaal, een week voor deze taken en dan twee compensatieweeken op grond van het 36-uur contract). Dan verwacht men tastbare resultaten.

Ervaren meerwaarde

De coördinatie en daarmee de continuïteit van zorg zijn al verbeterd, volgens de geïnterviewden. De intensivering van de samenwerking tussen de verpleegkundigen en de dokters wordt als grootste winstpunt aangegeven tot nu toe. Zo wordt meer overleg met de IC en andere specialisten waargenomen, resulterend in bijvoorbeeld een meer zorgvuldige overwogen overplaatsing naar de IC. Een positief effect is de bewustwording bij zorgverleners dat de zorg ook door een ander type professional kan worden geleverd en dat die zorg dan net zo goed is. Desgevraagd wordt aangegeven dat de medische diagnose en medische visite al wat zijn verbeterd door de generalistische blik. Een andere geïnterviewde schat ook het effect op het medicatiebeleid, de persoonsgerichte zorg en de kwaliteit van medische handelingen al enigszins positief in. Men verwacht in de toekomst een positief effect op het voorkomen van complicaties en minder beschouwende consulten.

Gesignaleerde uitdagingen

- De organisatie van de zorg en taakverdeling daarin is nog niet veranderd. Een eventuele herverdeling van taken tussen bijvoorbeeld de ziekenhuisarts en medisch specialisten komt nog niet van de grond door de huidige taakbelasting van de ziekenhuisarts in de patiëntenzorg. Men hoopt dat de ziekenhuisarts op den duur zelfstandiger wordt en de medisch specialisten meer kan ontlasten in het visitelopen.
- Van de ziekenhuisarts verwacht dat deze zelf aangeeft wat kan en wat niet kan. Er wordt van alles aangedragen wat de ziekenhuisarts zou kunnen doen, maar dat werd wat veel. Het inwerken verloopt wat langzamer dan verwacht en men vraagt zich af of de verwachtingen wel realistisch waren. De arts is nu vier maanden op de afdeling werkzaam.
- De financiering is een uitdaging. Enerzijds erkent men dat een ziekenhuisarts gewoon te weinig is om tot een efficiënter inrichting van het zorgproces te komen. Dit wordt als dilemma ervaren. Men levert bestaande assistent-capaciteit in, maar zou eigenlijk nog meer moeten inleveren om op grotere schaal te kunnen experimenteren met een ziekenhuisartsmodel.
- Als ander nadeel van slechts een ziekenhuisarts wordt genoemd dat het dan te veel om de toevallige persoon gaat, terwijl er beeldvorming over de functie nodig is.
- De door de ziekenhuisarts vervangen arts-assistent draaide diensten en de ziekenhuisarts doet dat niet. Dit levert een beperkte extra belasting voor de groep chirurgische assistenten. Dit levert bij roosterproblemen soms lichte weerstand op. Ook kan een ANIOS in de academische setting de behoefte hebben zich te profileren, waardoor een enkele keer onbedoeld iets van concurrentie kan worden ervaren.
- De ziekenhuisarts mist soms het medisch-inhoudelijke contact met andere artsen met dezelfde (generalistische) benadering om mee te sparren of tijdens een overdracht.

Bijlage 2. Ervaren en verwachte effecten voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Deze bijlage bestaat uit de tabellen a t/m f en behoort bij paragraaf 3.2.2.

Tabel a.

De mate waarin kwaliteitsaspecten zijn veranderd door de komst van de ziekenhuisartsrol.

Gemiddelde scores hoger dan 4 zijn groen gedrukt.

Professionals vs. Ziekenhuisartsen	Verpleegkundig (n=44-51)		Medisch specialisten (n=28-30)		Overige professionals (n= 41-47)		Ziekenhuisartsen (n=17)	
	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem	SD
Score: 1= veel lager; 3 = gelijk gebleven; 5=veel hogere kwaliteit								
Medische diagnose	3,72	0,6	3,23	0,5	3,53	0,7	3,53	0,62
Persoonsgerichte zorg	4,04	0,6	3,73	0,5	4,08	0,8	4,29	0,47
Medicatiebeleid	4,06	0,7	4,00	0,7	4,08	0,7	4,41	0,51
Medische handelingen	3,36	0,7	3,19	0,5	3,15	0,6	3,41	0,62
Medische visite	4,08	0,7	3,83	0,5	4,00	0,8	4,24	0,56
Communicatie patiënt en familie	4,24	0,6	3,67	0,7	3,96	0,9	4,41	0,51
Continuïteit van zorg (medische behandeling)	4,18	0,6	3,87	0,6	4,20	0,7	4,35	0,61
Continuïteit van zorg (informatievoorziening)	4,12	0,6	3,83	0,7	4,18	0,8	4,29	0,7
Continuïteit van zorg (psychosociale begeleiding)	3,82	0,6	3,47	0,7	3,98	0,8	3,94	0,7
Continuïteit van zorg (lichamelijke verzorging)	3,42	0,7	3,37	0,6	3,51	0,7	3,24	0,7
Leerklimaat op de afdeling	3,82	0,7	3,55	0,7	3,86	0,7	3,76	0,7
Richtlijnen en protocollen (ontwikkeling en/of gebruik)	3,63	0,6	3,37	0,6	3,53	0,6	3,47	0,6
Schrijven en versturen van brieven	3,72	0,7	3,70	0,6	3,70	0,6	4,29	0,5
Schriftelijke overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	3,80	0,6	3,70	0,6	3,70	0,8	3,88	0,7
Mondelinge overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	3,92	0,6	3,67	0,5	3,78	0,7	4,06	0,6
Schriftelijke overdracht van zorg bij overgang naar buiten het ziekenhuis	3,73	0,6	3,72	0,7	3,78	0,7	4,12	0,6
Mondelinge overdracht van zorg bij overgang naar buiten het ziekenhuis	3,68	0,6	3,67	0,6	3,67	0,8	4,06	0,6
Een duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de eerste lijn	3,46	0,5	3,21	0,5	3,44	0,6	3,29	0,5
De samenwerking tussen ziekenhuis en de eerste lijn	3,53	0,5	3,31	0,5	3,46	0,6	3,59	0,7
Een duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de derde lijn	3,40	0,5	3,32	0,5	3,38	0,6	3,24	0,4
De samenwerking tussen het ziekenhuis en de derde lijn	3,42	0,5	3,28	0,5	3,38	0,6	3,24	0,4

Tabel b.

Op welke kwaliteitsaspecten verwacht men in de nabije toekomst (< twee jaar) nog een effect van de ziekenhuisartsrol? Afgerond percentage respondenten dat een positief dan wel een negatief effect verwacht. De overige respondenten verwachten geen (verder) effect. Scores $\geq 80\%$ groengedrukt.

Professionals vs. Ziekenhuisartsen	Verpleegkundig (n= 47-49)		Medisch specialisten (n= 27-31)		Overige professionals (n=46-52)		Ziekenhuisarts (n=17)	
	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%
Medische diagnose	85	3	26	0	64	0	67	0
Persoonsgerichte zorg	94	0	77	0	84	0	100	0
Medicatiebeleid	96	0	87	0	94	0	100	0
Medische handelingen	46	4	18	0	30	2	54	0
Medische visite	98	7	77	0	84	2	100	0
Communicatie patiënt en familie	96	0	81	0	80	0	100	0
Continuïteit van zorg (medische behandeling)	94	0	84	0	88	0	88	0
Continuïteit van zorg (informatievoorziening)	96	3	81	0	88	0	94	0
Continuïteit van zorg (psychosociale begeleiding)	83	0	59	0	77	0	88	0
Continuïteit van zorg (lichamelijke verzorging)	53	0	48	0	59	0	59	0
Leerklimaat op de afdeling	92	0	52	0	79	0	88	0
Richtlijnen en protocollen (ontwikkeling en/of gebruik)	80	0	80	0	66	2	77	0
Schrijven en versturen brieven	72	3	77	0	70	0	100	0
Schriftelijke overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	71	3	67	0	71	2	82	0
Mondelinge overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	78	0	67	0	75	0	94	0
Schriftelijke overdracht zorg bij overgang naar buiten ziekenhuis	79	3	77	0	73	0	100	0
Mondelinge overdracht zorg bij overgang naar buiten ziekenhuis	73	0	76	0	71	0	94	0
Duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de eerste lijn	66	4	37	0	67	0	53	0
De samenwerking tussen ziekenhuis en de eerste lijn	75	4	44	0	71	0	53	0
Duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de derde lijn	57	4	26	0	54	0	24	0
De samenwerking tussen het ziekenhuis en de derde lijn	64	-	30	4	56	0	30	0

Tabel c.

De mate waarin kwaliteitsaspecten zijn veranderd door de komst van de ziekenhuisartsrol in ronde 2. Meting op t2 is een jaar na de eerste meting in twee ziekenhuizen.

Gemiddelde scores hoger dan 4 zijn groen gedrukt.

Oordeel omringende professionals	Ziekenhuis 1 -UMC				Ziekenhuis 2 - STZ			
	Ronde 2 (n= 9-10)		Verschil t2 – t1		Ronde 2 (n= 22-24)		Verschil t2 – t1	
Score: 1= veel lager; 3 = gelijk gebleven; 5=veel hogere kwaliteit	Gem.	SD	ΔGem.	ΔSD	Gem.	SD	ΔGem	ΔSD
Medische diagnose	3,67	0,7	0,23	0,2	3,50	0,5	-0,08	-0,1
Persoonsgerichte zorg	4,30	0,5	-0,14	0,0	4,04	0,6	-0,13	0,0
Medicatiebeleid	4,70	0,5	0,26	0,0	4,08	0,5	-0,08	-0,1
Medische handelingen	3,33	0,5	0,33	0,0	3,48	0,5	0,22	-0,2
Medische visite	4,30	0,5	0,08	0,0	3,92	0,4	-0,21	-0,1
Communicatie patiënt en familie	4,20	0,6	-0,02	0,2	4,21	0,6	0,04	-0,1
Continuïteit van zorg (medische behandeling)	4,50	0,7	0,06	0,2	4,21	0,5	-0,04	-0,1
Continuïteit van zorg (informatievoorziening)	4,60	0,5	0,16	0,0	4,25	0,6	0,00	0,0
Continuïteit van zorg (psychosociale begeleiding)	4,40	0,7	0,40	0,2	4,08	0,7	0,00	-0,1
Continuïteit van zorg (lichamelijke verzorging)	3,50	0,7	-0,17	0,0	3,67	0,6	0,00	-0,1
Leerklimaat op de afdeling	4,10	0,6	0,1	-0,1	3,75	0,7	0,04	0,0
Richtlijnen en protocollen (ontwikkeling en/of gebruik)	4,20	0,6	0,42	0,0	3,41	0,5	-0,22	0,0
Schrijven en versturen van brieven	4,00	0,7	-0,11	0,3	3,95	0,5	0,13	0,0
Schriftelijke overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	3,80	0,6	-0,2	-0,1	3,73	0,6	-0,01	0,0
Mondelinge overdracht van zorg binnen het ziekenhuis	3,70	0,7	0,03	0,0	3,59	0,7	-0,28	0,1
Schriftelijke overdracht van zorg bij overgang naar buiten het ziekenhuis	4,00	0,7	0,11	0,1	3,86	0,6	-0,14	0,3
Mondelinge overdracht van zorg bij overgang naar buiten het ziekenhuis	3,90	0,7	0,34	0,2	3,64	0,6	-0,15	0,1
Een duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de eerste lijn	4,00	0,7	0,56	0,1	3,50	0,6	0,02	0,1
De samenwerking tussen ziekenhuis en de eerste lijn	3,80	0,6	0,47	0,1	3,55	0,6	-0,02	0,1
Een duidelijke rolverdeling tussen ziekenhuis en de derde lijn	3,70	0,7	0,48	0,2	3,41	0,6	0,02	0,1
De samenwerking tussen het ziekenhuis en de derde lijn	3,60	0,7	0,38	0,3	3,41	0,6	0,02	0,1

Tabel d.

De mate waarin problemen zijn veranderd door de komst van de ziekenhuisartsrol.

Professionals vs. Ziekenhuisartsen	Verpleegkundig (n=44-51)		Medisch specialist (n=28)		Alle overige professionals (n=41-47)		Ziekenhuisarts (n=17)	
	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem.	SD	Gem.	SD
1= veel minder; 3 = gelijk gebleven; 5=veel meer								
Het maken van (medische) fouten	2,48	0,6	2,83	0,4	2,61	0,6	2,47	0,9
(Onnodige) dubbele handelingen	2,44	0,7	2,69	0,7	2,49	0,8	2,24	0,8
'Gaten' in de zorg	2,26	0,7	2,59	0,8	2,39	0,8	2,12	0,6

Tabel e.

Ten aanzien van welke problemen verwacht men in de toekomst (< twee jaar) nog een effect van de ziekenhuisartsrol? Afgerond percentage respondenten dat een positief dan wel een negatief effect verwacht. De overige respondenten verwachten geen effect.

Professionals vs. Ziekenhuisartsen	Verpleegkundig (n=46-49)		Medisch specialist (n=28)		Alle overige professionals (n=50-52)		Ziekenhuisarts (n=17)	
	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%	Pos%	Neg%
Het maken van (medische) fouten	76	2,2	54	4	50	2	82	6
(Onnodige) dubbele handelingen	82	6,1	61	4	66	8	82	6
'Gaten' in de zorg	85	0	71	4	67	0	88	6

Tabel f.

De mate waarin problemen zijn veranderd door de komst van de ziekenhuisartsrol. Meting Ronde 2 (t2: een jaar na de eerste meting) in twee ziekenhuizen.

Professionals vs. Ziekenhuisartsen	Ziekenhuis 1				Ziekenhuis 2			
	Ronde 2 (n=9-10)		Verschil t2 – t1		Ronde 2 (n= 22-24)		Verschil t2 – t1	
	Gem.	SD	ΔGem.	ΔSD	Gem.	SD	ΔGem	ΔSD
1= veel minder; 3 = gelijk gebleven; 5=veel meer								
Het maken van (medische) fouten	2,00	0,7	-0,11	0,3	2,50	,5	-0,08	0,0
(Onnodige) dubbele handelingen	2,10	0,6	-0,23	0,1	2,25	,7	-0,33	0,1
'Gaten' in de zorg	2,00	0,5	-0,11	-0,1	2,25	,5	-0,08	0,1

Bijlage 3.

De ziekenhuisarts vanuit het perspectief van de patiënt

Bij de monitoring van de effecten van de ziekenhuisarts zijn herhaald pogingen ondernomen een beeld te krijgen of de inzet van ziekenhuisartsen zich ook vertaalt in de beleving van de zorg door patiënten. Wat merken patiënten van de aanwezigheid van een ziekenhuisarts op de afdeling waar ze zijn opgenomen? Ervaren patiënten bijvoorbeeld inderdaad de verwachte continuïteit van zorg? Ervaren patiënten dat zij door de aanwezigheid van de ziekenhuisarts over een vast aanspreekpunt beschikken? Om zicht te krijgen op het antwoord op dit soort vragen is een vragenlijstonderzoek onder patiënten uitgevoerd. Tevens zijn met tien patiënten, verspreid over drie ziekenhuizen telefonische interviews gehouden. De resultaten van zullen hieronder worden toegelicht.

Vragenlijstonderzoek

Achtergrond, ziekenhuis en opleidingsniveau

In totaal hebben 57 patiënten aan het vragenlijstonderzoek deelgenomen verspreid over vier locaties. De gemiddelde opnameduur bedroeg 25 dagen (min. 1, max. 91, missing 13). Eén patiënt gaf aan nooit eerder opgenomen te zijn geweest, maar 44 vulden de vraag daarover niet in. De leeftijd van de patiënten liep uiteen van 30 tot 78 jaar (gem. 66). In totaal hebben 28 mannen en 17 vrouwen gegevens over hun geslacht verstrekt (12 missing). In tabel 1 wordt het opleidingsniveau van de patiënten weergegeven.

TABEL 1 OPLEIDINGSNIVEAU

Opleiding	n	%
Basisschool	3	6.7
Praktijkonderwijs	1	2.2
VMBO	2	4.4
HAVO	-	-
VWO	2	4.4
LBO	4	8.9
MBO	9	20.0
HBO	14	31.1
Universiteit	5	11.1
Anders	5	11.1

Missing=12

Opvallend is het relatief hoge aantal personen met een HBO- of universitaire opleiding (ruim 42%). Een vijfde van de patiënten heeft een MBO-opleiding gevolgd. Dat betekent dat nagenoeg twee derde van de personen die de vragenlijst hebben ingevuld minimaal MBO-opgeleid is.

Aandoening

De patiënten die reageerden geven een groot aantal neurologische, oncologische en traumatologische redenen voor ziekenhuisopname op. Cerebraal vasculaire accidenten worden daarbij het meest frequent genoemd. Door patiënten aangegeven redenen voor ziekenhuisopname waren CVA (11), galblaas (2), longtumor (2), operatie aambeien, bekken breuk, borstamputatie, duodenumcarcinoom, gebroken bovenbeen, Guillain Barré, halve lever weggenomen, hartinfarct, hersenletsel na mishandeling, herstel neurologie, hersteloperatie galwegen, hoogerenergetisch trauma bekken, onderarmen, longen, carcinoom dikke darm en blaas, breuk enkel en kuitbeen, litteken breuk, longoperatie, MS, navelbreuk, operatie bijnier, operatieve ingreep endeldarm na herseninfarct, spierziekte, subtotale colectomie en galblaas verwijdering, vernauwing 12 vingerige darm, galblaas verwijderen, vinger geopereerd of wondinfectie.

Betrokken zorgverleners

Tabel 2 toont het soort hulpverleners waarmee de patiënten naar hun zeggen tijdens hun opname mee in aanraking kwamen. Patiënten geven aan dat zij het moeilijk vinden deze vraag te beantwoorden en dit resulteerde in een groot aantal patiënten dat deze vraag niet invulde of aangaf niet te weten of hij of zij met de betrokken zorgverlener contact heeft gehad.

Negen patiënten zeggen contact met een ziekenhuisarts te hebben gehad, zes weten niet goed of dat het geval was. Veertien van de 15 patiënten die de betrokken vraag hebben beantwoord geven aan te weten wie hun hoofdbehandelaar was (missing=42). Op die vraag wie dat dan betrof kwam vooral een aantal namen (en geen specialisatie) van artsen (missing=47). Twee patiënten gaven aan met een wisseling van de hoofdbehandelaar te maken gehad te hebben. Zij konden echter niet aangeven om welke reden deze wisseling had plaatsgevonden.

TABEL 2 SOORT ZORGVERLENER (N)

Zorgverlener	1 of meer	niet gezien	Missing/weet niet
Medisch specialist	11	1	45
Ziekenhuisarts	9	-	48
AIOS	10	1	46
ANIOS	3	2	52
Co-assistent	5	2	50
Verpleegkundige	11	-	46
Verplk. specialist	6	1	50
Physician Assistant	-	3	54
Paramedicus	7	2	46
Huisarts	7	-	50
Verpleeghuisarts	-	6	44
Mantelzorger	2	4	44
Anders *	1	5	44

*voedingsassistente

Deze vraag is door een groot aantal patiënten niet ingevuld (zie kolom 'Missing/weet niet'). Opvallend is verder het relatief hoge aantal personen dat zegt niet te weten of hij of zij met de betrokken zorgverlener contact heeft gehad. Negen patiënten zegt contact met een ziekenhuisarts te hebben gehad, zes weten niet goed of dat het geval was. Wat ook in het oog springt is het feit dat zeven patiënten aangeven niet te weten of ze ondersteuning van een mantelzorger hebben. Niet duidelijk daarbij is of ze bekend zijn met het begrip mantelzorger. De patiënt die deze vraag met 'anders' heeft beantwoord, gaf aan dat die andere zorgverlener een voedingsassistente was.

Veertien van de 15 patiënten die de betrokken vraag hebben beantwoord geven aan te weten wie hun hoofdbehandelaar was (missing=42). Op die vraag wie dat dan betrof kwam vooral een aantal namen (en geen specialisatie) van artsen (missing=47). Twee patiënten gaven aan met een wisseling van de hoofdbehandelaar te maken gehad te hebben. Zij konden echter niet aangeven om welke reden deze wisseling had plaatsgevonden.

TABEL 3 REACTIE VAN PATIËNTEN OP ASPECTEN VAN DE ZORG VAN ARTSEN (IN PROCENTEN)

Nooit	Soms	Meestal	Altijd	Missing (n)
Hoe vaak hebben artsen u tijdens dit verblijf in het ziekenhuis met respect en beleefdheid behandeld?				
2.2	2.2	19.6	76.1	11
Hoe vaak hebben artsen u tijdens dit verblijf in het ziekenhuis zorgvuldig naar u geluisterd?				
2.2	8.7	19.6	69.6	11
Hoe vaak hebben artsen u tijdens dit verblijf in het ziekenhuis dingen begrijpelijk voor u uitgelegd?				
2.2	4.3	28.3	65.2	11

In Tabel 3 worden de reacties van patiënten op een drietal vragen uit de vragenlijst over de tijdens de ziekenhuisopname door artsen gegeven zorg weergegeven. Uit Tabel 3 blijkt dat het overgrote deel van de patiënten zich door artsen met respect en beleefdheid vindt behandeld in het ziekenhuis, dat er zorgvuldig naar hen is geluisterd en dat dingen tijdens hun verblijf begrijpelijk zijn uitgelegd.

TABEL 4 REACTIE VAN PATIËNTEN OP IN DE VRAGENLIJST VOORGELEGDE STELLINGEN (IN PROCENTEN)

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/oneens	Eens	Helemaal eens	Weet niet/NVT	Missing (n)
Er vond voldoende overleg plaats tussen de zorgverleners over mijn gezondheidssituatie						
2.2	4.4	15.6	40.0	31.1	6.6	12
Ik ben tevreden over de hoeveelheid aandacht die zorgverleners aan mij besteedden tijdens mijn opname						
-	6.8	20.5	38.6	31.8	2.3	13
Het was mij duidelijk welke zorgverlener binnen het ziekenhuis waarvoor verantwoordelijk was						
2.2	4.4	11.1	48.9	31.1	2.2	12
Alle bij mij betrokken zorgverleners waren goed op de hoogte van mijn gezondheidssituatie						
-	6.8	20.5	38.6	31.8	2.3	13
Ik moest steeds opnieuw hetzelfde verhaal vertellen						
25.0	31.8	13.6	20.5	4.5	4.5	13
Zorgverleners die mij hielpen waren goed op de hoogte van mijn behandeling						
2.2	2.2	13.3	51.1	26.7	6.6	12
Zorgverleners waren goed op de hoogte van wat andere zorgverleners met mij hadden afgesproken						
6.7	6.7	24.4	31.1	24.4	6.6	12
Het was mij duidelijk bij wie ik met mijn vragen terecht kon						
-	6.8	15.9	38.6	34.1	4.6	13
Het was makkelijk om bij vragen een arts te pakken te krijgen						
4.4	8.9	15.6	28.9	26.7	15.5	12
Ik kreeg een helder antwoord op mijn vragen						
2.2	4.4	15.6	42.2	28.9	6.7	12
In het ziekenhuis heeft men voldoende aandacht gehad voor mijn medicatie						
-	2.2	11.1	44.4	37.8	4.4	12
In het ziekenhuis is besproken of het nodig is dat ik alle voorgeschreven medicijnen blijf gebruiken						
-	6.7	10.0	36.7	40.0	6.6	27
Ik voelde mij veilig tijdens mijn opname						
2.2	2.2	2.2	28.9	62.2	2.2	12
De zorg was goed geregeld tijdens mijn opname						
2.2	-	13.3	37.8	44.4	2.2	12
Ik moest erg vaak wachten						
32.6	25.6	18.6	7.0	9.3	7.0	14
Als ik moest wachten was mij duidelijk waarom						
6.8	9.1	27.3	29.5	18.2	9.1	13
Als ik moest wachten wist ik ongeveer hoe lang						
11.4	13.6	34.1	15.9	9.1	15.9	13
Zorgverleners buiten het ziekenhuis werden tijdig op de hoogte gebracht van veranderingen in mijn gezondheid						
-	-	19.0	33.3	7.1	40.5	15
Zorgverleners buiten het ziekenhuis werden volledig op de hoogte gebracht van deze veranderingen						
-	6.8	11.4	22.7	11.4	47.5	13
Tijdens mijn ziekenhuisverblijf is rekening gehouden met mijn zorgbehoeften na ontslag						
-	6.7	6.7	53.3	33.3	-	27
Ik heb te maken gehad met veel verschillende zorgverleners						
6.7	8.9	13.3	35.6	22.2	13.3	12
Ik heb te maken gehad met veel verschillende artsen						
13.3	20.0	20.0	28.9	13.3	4.4	12

Stellingen

Tabel 4 toont de reactie van patiënten op de kwaliteit van de zorgverlening. Uit de reacties op de 22 stellingen komt een wisselend, hoewel overwegend positief beeld naar voren. Een kwart van de patiënten geeft aan steeds hetzelfde verhaal te hebben moeten vertellen, 16% laat weten dat ze vaak hebben moeten wachten en 15% wist niet hoe lang een periode van wachten zou gaan duren. Daarnaast vindt 58% dat ze te maken hadden met veel verschillende zorgverleners, waaronder ruim 40% met veel verschillende artsen.

Niet alle patiënten hebben een beeld van elk kwaliteitsaspect, zo blijkt uit de uiteenlopende missende waarden. De vraag over voortzetting van gebruik van voorgeschreven medicijnen en de vraag over rekening houden met zorgbehoeften na ontslag zijn het minst vaak ingevuld, beide vragen hadden 27 missende waarden.

Voorlichting rond medicatie en ontslag

Veel ziekenhuisartsen beschouwen het monitoren van de medicatie en het ontslagmanagement als belangrijke verantwoordelijkheden. Hoe ervaren patiënten de communicatie daarover?

De tabellen 5 en 6 hebben betrekking op de communicatie over het medicijnbeleid binnen het ziekenhuis en over de voorlichting bij het ontslag. Ruim driekwart van de patiënten (missing=11) geeft aan dat ze tijdens het ziekenhuisverblijf medicijnen hebben gekregen die ze niet eerder hadden gehad. In dat geval hebben we enkele vervolgvragen gesteld (Tabel 5). Uit de tabel blijkt dat hen meestal (in meer dan 80% van de gevallen) wel duidelijk was waarvoor het nieuwe medicijn werd gegeven. Met name de vraag over voorkeuren bij zorgbehoeften van patiënten na ontslag is weinig ingevuld (missing = 42). Van degenen die deze vraag wel hebben beantwoord geeft ruim een kwart het antwoord 'niet eens/niet oneens' op de vraag of de ziekenhuismedewerkers de mogelijke bijwerking van het nieuwe medicijn hebben beschreven; een opmerkelijk hoog aantal patiënten lijkt hierover dus geen duidelijke uitspraak te kunnen doen. Uit Tabel 6 blijkt dat patiënten niet altijd op de hoogte van de mogelijke bijwerkingen van medicijnen waren. Eén op de drie patiënten gaf aan na ontslag onvoldoende op de hoogte van die bijwerkingen te zijn.

TABEL 5 VOORLICHTING OVER NIEUW GEGEVEN MEDICIJNEN EN REKENING HOUDEN MET ZORGBEHOEFTE EN GEZONDHEID (IN PROCENTEN)

Ja	Ja, maar te weinig	Nee, helemaal niet	Missing
Heeft u bij ontslag informatie ontvangen over symptomen waarop u moest letten na verlaten ziekenhuis?			
86.4	4.5	9.1	13
Is er bij ontslag rekening gehouden met uw voorkeuren bij bepalen zorgbehoeften na verlaten ziekenhuis?			
58.1	2.3	39.5	14
Hebben artsen, verpleegkundige of andere ziekenhuismedewerkers met u gepraat over de vraag of u voldoende hulp had na verlaten ziekenhuis?			
86.4	4.5	9.1	13

TABEL 6 GEBRUIK MEDICIJNEN NA ONTSLAG (IN PROCENTEN)

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Missing (n)
Hebben de ziekenhuismedewerkers u verteld waar een nieuw gegeven medicijn voor was?					
3.0	3.0	12.1	15.2	66.7	24
Hebben de ziekenhuismedewerkers de mogelijke bijwerking van het nieuwe medicijn beschreven?					
24.2	9.1	24.2	18.2	24.2	24

Andere aspecten rond ontslag uit het ziekenhuis

Ruim 90 procent van de patiënten die de betrokken vraag van de vragenlijst hadden ingevuld geven aan dat ze na ontslag uit het ziekenhuis naar hun eigen huis terugkeerden. Een kleine zeven procent ging naar een andere zorgorganisatie. Dertien personen hadden deze vraag niet ingevuld.

Tabel 7 geeft informatie het oordeel van patiënten over aspecten waarop na ontslag gelet moet worden.

TABEL 7 ASPECTEN WAAROP NA ONTSLAG MOET WORDEN GELET (IN PROCENTEN)

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/oneens	Eens	Helemaal eens	Weet niet/NVT	Missing (n)
In het ziekenhuis is besproken of het nodig is dat ik alle voorgeschreven medicijnen blijf gebruiken						
-	6.7	-	33.3	33.3	26.6	14
De ziekenhuismedewerkers hebben rekening gehouden met mijn voorkeuren bij zorgbehoeften na ontslag						
6.7	-	26.7	60.0	6.7	-	42
Toen ik het ziekenhuis verliet begreep ik voor elk van mijn medicijnen goed waarvoor ik ze moest nemen						
-	2.3	2.3	40.9	41.1	20.5	13
Toen ik het ziekenhuis verliet begreep ik waar ik voor mijn gezondheid op moest letten						
2.2	2.2	6.7	64.4	24.4	-	12

Het overgrote deel van de patiënten die deze vraag hebben beantwoord heeft informatie ontvangen over symptomen waarop ze na ontslag moesten letten. Dat geldt tevens voor het feit of met hen gepraat is over de aanwezigheid van voldoende hulp na ontslag. Er lijkt echter bij bijna 40% van de respondenten helemaal geen rekening te zijn gehouden met de voorkeuren van patiënten bij het bepalen van hun zorgbehoefte na verlaten van het ziekenhuis. Misschien was dit niet mogelijk, maar het lijkt wel een aandachtspunt.

Oordeel van patiënten over de ziekenhuisarts

In totaal geven 37 van de 57 patiënten aan iets met de ziekenhuisarts te maken gehad te hebben. Vier patiënten hebben dat niet en vijf weten niet of ze ermee te maken hebben gehad. Elf patiënten hebben deze vraag niet ingevuld. In Tabel 8 wordt de reactie van patiënten weergegeven op 12 stellingen met betrekking tot het functioneren van de ziekenhuisarts.

TABEL 8 OORDEEL PATIËNTEN OVER DE ZIEKENHUISARTS AAN DE HAND VAN 12 STELLINGEN (IN PROCENTEN)

Helemaal oneens	Oneens	Niet eens/niet oneens	Eens	Helemaal eens	Weet niet/NVT	Missing (n)
De ziekenhuisarts gaf mij persoonlijke aandacht						
2.7	-	8.1	29.7	54.1	5.4	20
De ziekenhuisarts had een prettig tempo van werken						
-	-	10.8	37.8	40.5	10.8	20
De ziekenhuisarts toonde zich bekwaam in zijn/haar vak						
-	-	8.1	37.8	43.2	10.8	20
De ziekenhuisarts gaf duidelijke informatie						
-	-	8.1	35.1	51.4	5.4	20
De ziekenhuisarts gaf tijdige informatie						
-	-	16.2	43.2	29.7	10.8	20
De ziekenhuisarts hield mij op de hoogte van de plannen voor mijn zorg						
-	-	22.2	27.8	36.1	13.9	21
De ziekenhuisarts had voldoende aandacht voor de afstemming van alle zorg die ik ontvang in ziekenhuis						
-	-	13.5	37.8	35.1	13.5	20
De ziekenhuisarts had voldoende aandacht voor de overdracht van ziekenhuis naar thuissituatie						
2.7	5.4	8.1	21.6	51.4	10.8	20
De ziekenhuisarts heeft mij goed voorbereid op mijn ontslag uit het ziekenhuis						
2.7	2.7	8.1	37.8	35.1	13.5	20
De ziekenhuisarts was voldoende beschikbaar voor mij						
2.8	-	13.9	41.7	36.1	5.6	21
De ziekenhuisarts leek haast te hebben wanneer hij/zij bij mij was						
48.6	18.9	13.5	13.5	-	5.4	20
De ziekenhuisarts toonde interesse in mijn opvattingen over mijn gezondheid						
-	2.7	10.8	40.5	32.4	13.5	20

Het oordeel van patiënten over de ziekenhuisarts is overwegend positief te noemen. Daarbij worden het door de ziekenhuisarts geven van duidelijke informatie en van persoonlijke aandacht het meest positief beoordeeld. Wel valt op dat bij veel stellingen een relatief groot aantal patiënten de rubriek 'niet eens/niet oneens' heeft ingevuld, evenals de rubriek 'niet van toepassing'. Onduidelijk is of hun

keuze voor deze invulcategorieën betekent dat ze wellicht toch niet goed op de hoogte waren wie precies de ziekenhuisarts was of dat ze het moeilijk vonden een juiste keuze te maken.

Ook in Tabel 9 staat een aantal stellingen over de ziekenhuisarts waarover de patiënten hun oordeel hebben gegeven. Hier gaat het over de ervaren consistentie in de bejegening door de ziekenhuisarts. Ook uit deze tabel komt een positief beeld van de ziekenhuisarts naar voren, zij het dat ook hier een derde van de patiënten de betrokken stellingen niet hebben ingevuld, zo'n 20 per stelling.

TABEL 9 OORDEEL PATIËNTEN OVER VIER AANVULLENDE STELLINGEN ZIEKENHUISARTS (IN PROCENTEN)

Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd	Niet van toepassing	Missing (n)
De ziekenhuisarts bood mij ruimte voor het stellen van vragen						
-	2.7	2.7	18.9	70.3	5.4	20
De ziekenhuisarts liet mij praten zonder mij te onderbreken						
-	-	-	27.0	67.6	5.4	20
De ziekenhuisarts controleerde of ik alles begreep						
-	-	5.6	22.2	58.3	13.9	21
De ziekenhuisarts besprak opties met mij en betrok mij in besluitvorming						
2.7	2.7	5.4	21.6	48.6	18.9	20

In de tiende en laatste tabel staan de reacties van patiënten weergegeven op een negental stellingen, waarin de zorg van de ziekenhuisarts wordt vergeleken met andere artsen die bij de zorg aan de patiënt waren betrokken.

TABEL 10. OORDEEL PATIËNTEN OVER ASPECTEN VAN FUNCTIONEREN VAN DE ZIEKENHUISARTS VERGELEKEN MET ANDERE ARTSEN (IN PROCENTEN)

Veel minder dan gemiddeld	Minder dan gemiddeld	Gemiddeld	Bovengemiddeld	Een van de beste artsen die ik ooit gezien heb	Weet ik niet	Missing (n)
Hoe was de zorg van de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
-	-	42.9	42.9	-	3.3	50
Hoe was de aandacht van de ziekenhuisarts voor u als persoon vergeleken met andere artsen?						
-	-	36.7	43.3	16.7	3.3	27
Hoe was het medeleven en inlevingsvermogen van de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
-	-	29.7	54.1	10.8	5.4	20
Hoe was het vermogen om met u te communiceren van de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
-	-	24.3	54.1	16.2	5.4	20
Hoe was de kundigheid van de ziekenhuisarts in het diagnosticeren van uw medische situatie vergeleken met andere artsen?						
-	-	24.3	43.2	13.5	18.9	20
Hoe was de kundigheid van de ziekenhuisarts in het behandelen van uw medische situatie vergeleken met andere artsen?						
-	2.7	27.0	32.4	18.9	18.9	20
Hoe was de medische kennis van de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
-	-	13.5	43.2	18.9	24.3	20
Hoe was de informatieverstrekking door de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
-	3.3	20.0	60.0	16.7	-	27
Hoe was de aandacht voor/uitleg over medicatie van de ziekenhuisarts vergeleken met andere artsen?						
3.4	-	20.7	48.3	20.7	6.9	28

Uit de tabel blijkt een ruim aantal patiënten de zorg van de ziekenhuisarts als 'bovengemiddeld' te ervaren. Bij acht van de negen stellingen vult zo'n 13 tot 20% van de patiënten zelfs in dat ze de ziekenhuisarts een van de beste artsen vinden die ze ooit hebben gezien. Ook bij deze vraag blijken veel patiënten onvoldoende beeld te hebben van of niet te onthouden welke zorgverlener welke functie vervult.

Bijlage 6 toont de reacties van patiënten op een open vraag over de wijze waarop de ziekenhuisarts bij de zorg betrokken was. Tevens wordt in deze bijlage een opsomming gegeven van de slotopmerkingen die respondenten aan het einde van de vragenlijst hadden geplaatst.

Patient journey

Eind 2017 is als bijlage aan het verslag van de tussenevaluatie aan het SOZG de stand van zaken ten aanzien van de patient journey weergegeven. De aanvankelijke opzet van de patient journey bestond er enerzijds uit dat patiënten die op een afdeling hadden gelegen, waar een ziekenhuisarts werkzaam was, een dagboekje moesten invullen. In dit dagboekje konden zij 'real time' een aantal kwaliteitsaspecten van de dagelijks geboden zorg beoordelen en beschrijven. Anderzijds zouden zij na afloop van hun opname thuis worden geïnterviewd over de ontvangen zorg in het ziekenhuis. Kort samengevat bleek het, na veel inspanning, om verschillende redenen niet mogelijk om voldoende patiënten voor het onderzoek te selecteren. Daarbij kwam dat het, vanwege de onvoorspelbaarheid van hun uiteindelijke ontslagdatum, om geografische redenen onmogelijk bleek om thuisbezoeken aan patiënten op grote afstand van Groningen in te plannen. Dat laatste bezwaar viel weg toen in een latere fase is overgestapt naar telefonische interviews, maar het eerste knelpunt, het onvoldoende aangereikt krijgen van geschikte kandidaten is een continue belemmerende factor gebleken. Dit ondanks uitgebreide en herhaalde pogingen om de selectie van patiënten, ofwel via een daartoe aangewezen verpleegkundige, ofwel via de ziekenhuisartsen zelf te realiseren.

Uiteindelijk is het met zeer veel moeite gelukt om toch nog een aantal patiënten voor een telefonisch interview te benaderen, te weten:

- twee patiënten die in streekziekenhuis opgenomen zijn geweest (door een van de ziekenhuisartsen waren er vier aangeleverd, maar bij twee bleken de door de patiënt zelf ingevulde contactgegevens niet bruikbaar of leesbaar)
- twee patiënten die in universitair medisch centrum opgenomen zijn geweest
- zes patiënten die in stadsziekenhuis opgenomen zijn geweest (door de ziekenhuisartsen waren er acht aangeleverd, maar twee weigerden bij benadering alsnog, ondanks een ingevuld informed consent formulier.)

De resultaten van deze tien interviews zullen hier kort worden weergegeven.

Redenen voor opname

Patiënten lagen om uiteenlopende redenen in het ziekenhuis. Acht van de tien patiënten hadden een ingrijpende chirurgisch oncologische ingreep ondergaan. De overige twee patiënten hadden eveneens een chirurgische ingreep ondergaan, maar niet om oncologische redenen.

Bekendheid met de ziekenhuisarts

Het is opvallend dat geen van de geïnterviewde patiënten met zekerheid kan aangeven of er een ziekenhuisarts aan zijn of haar bed is geweest. Dat kan te maken hebben met meerdere factoren:

- de ziekenhuisartsen blijken zich (bij navraag tijdens de interviews in de ziekenhuizen) niet nadrukkelijk als ziekenhuisarts aan de patiënt voor te stellen, maar eerder als zaaldokter, zaalarts of als afdelingsdokter;
- de ernst van het ziekteproces dat patiënten doormaken leidt ertoe dat zij niet altijd goed kunnen onthouden wie er aan hun bed zijn geweest;
- patiënten die dat wel kunnen onthouden zijn zich niet altijd bewust van de 'rangen en standen' van alle zorgverleners die zich aan hun bed presenteren;
- door sommige patiënten wordt de hoofdbehandelaar (op chirurgische afdelingen doorgaans de chirurg) als belangrijkste dokter gezien;
- op afdelingen waar maar één ziekenhuisarts werkzaam is, is er minder frequent een ziekenhuisarts aan het bed dan op afdelingen waar er meer dan één werkzaam zijn. In avond,

nacht- en weekenddiensten zien patiënten op deze afdelingen weer andere artsen in de rol van zaalarts.

In de gesprekken met de patiënten bleek het daarom uiterst moeilijk en meestal onmogelijk om ervaringen van patiënten met zekerheid aan de inzet van de ziekenhuisarts te koppelen. Ook is het overzicht dat mensen hebben over de achtergrond van zorgprofessionals aan het bed en de reden voor hun komst erg verschillend. Er zijn personen geïnterviewd die soms zelfs tot in de kleinste details kunnen benoemen welke zorg om welke reden door welke professional is ingezet (met uitzondering van het feit dat daar ook een ziekenhuisarts onderdeel van uitmaakte), terwijl anderen een veel globaler beeld hebben en bijvoorbeeld vooral spreekt over 'de dokters' en 'de verpleegkundigen'.

Kwaliteit van de ervaren zorg

Alle geïnterviewde patiënten blijken uiterst tevreden over de zorg die zij hebben ontvangen. Zij hebben het gevoel dat ze met hun vragen bij artsen en verpleegkundigen terecht konden, beoordelen de zorgverleners die aan hun bed kwamen als deskundig, hebben het gevoel goed geïnformeerd te zijn over de zorg en behandeling en vinden dat de meeste professionals waarmee ze te maken hebben voldoende inlevingsvermogen hebben. Ook vinden ze dat ze op het juiste moment zijn ontslagen (niet te vroeg of te laat) en dat, ingeval van in te schakelen thuiszorg, deze goed werd geïnformeerd. Eén geïnterviewde patiënt bleek kort na elkaar op twee verschillende afdelingen en locaties een stadsziekenhuis te hebben gelegen. Op de eerste afdeling bleek geen ziekenhuisarts werkzaam, op de tweede wel, op het eerste gezicht interessant om beide opname-ervaringen te vergelijken (weliswaar een n=1 onderzoek, maar meer aanknopingspunten zijn er niet). Tijdens de eerste opname is vooral uitgebreide diagnostiek gedaan naar een onderliggend darmlijden, pas na enkele weken uitmondend in een diagnose. Tijdens de tweede opname zou op basis van de bij eerste opname gestelde diagnose een chirurgische ingreep worden verricht, waarvan uiteindelijk werd afgezien omdat spontaan herstel optrad. Het is opvallend dat de eerste opname als beduidend minder positief werd ervaren dan de tweede. Toch is het niet goed mogelijk om het verschil beide ziekenhuiservaringen aan de aanwezigheid van de ziekenhuisarts toe te schrijven. Zo bleek deze patiënt voorafgaand aan de eerste opname erg verzwakt te zijn en veel last te hebben ondervonden van het feit dat het lang duurde voordat men tijdens de opname tot een diagnose kwam, een periode die hij zelf betitelde als een 'trial and error-tijd'. Desondanks begreep hij goed hoe moeilijk het zoeken naar een diagnose was geweest en rekende hij de artsen op geen enkele manier de gevolgde strategie aan; "zij konden ook niet veel anders." Zijn laatste opname werd grotendeels gekenmerkt door de vreugde dat het herstel spontaan werd ingezet en geen operatie meer nodig bleek. Die elementen bleken een grote positieve impact te hebben en de ziekenhuisarts had daarop niet aanwijsbaar invloed gehad.

Dit voorbeeld illustreert ook dat de kleuring die patiënten aan hun verblijf in het ziekenhuis geven niet louter een optelsom is van alle individuele elementen van de zorgverlening die zich voor een kwaliteitsoordeel lenen. Bij een groot deel van de patiënten die zijn geïnterviewd zijn chirurgisch oncologische ingrepen gedaan die een grote invloed hebben op hun levensperspectief. De opluchting dat de ingreep goed was verlopen en de hoop dat met die ingreep een goede weg ingeslagen is en bleek van grote invloed op de wijze waarop de ziekenhuisopname werd ervaren.

Samenvatting en conclusies

In de onderhavige evaluatie van de ziekenhuisarts is een poging gedaan de door patiënten ervaren zorg op ziekenhuisafdelingen waar een ziekenhuisarts werkzaam is op twee manieren in beeld te brengen:

- aan een selectie van patiënten die op alle ziekenhuislocaties van dit onderzoek met de ziekenhuisarts te maken hebben gehad zijn vragenlijsten uitgereikt, waarvan er uiteindelijk 57 retour zijn gezonden;
- met tien patiënten verdeeld over drie ziekenhuizen zijn telefonische diepte-interviews gehouden (interview-format op aanvraag beschikbaar).

Voor zowel het vragenlijstonderzoek als de patient journey, geldt dat het aantal deelnemende patiënten beperkt is en geen non-respons gegevens beschikbaar zijn. We weten derhalve niet in hoeverre de resultaten representatief zijn. Bij het vragenlijstonderzoek bleek het uiteindelijk methodologisch en organisatorisch niet realiseerbaar om ook over gegevens vanuit een controlegroep (zonder ziekenhuisarts) te beschikken. Bij de resultaten van de interviews moet rekening worden gehouden met het feit dat geen van de geïnterviewde met zekerheid kon aangeven of zij met een ziekenhuisarts te maken hebben gehad. De nulmeting die de onderzoekers bij de start voor ogen hadden bleek niet haalbaar. Hoewel binnen de ziekenhuizen moeite is gedaan patiënten te selecteren die met de ziekenhuisarts te maken hebben gehad, kunnen we de ervaringen van patiënten niet met zekerheid aan de inzet van de ziekenhuisarts toeschrijven.

Met deze grote methodologische 'slagen om de arm' in het achterhoofd, kan wel gezegd worden dat uit het vragenlijstonderzoek en nog in versterkte mate uit de patient journey een positief beeld naar voren komt. Respondenten van de vragenlijsten die weten wie de ziekenhuisarts was, ervaren diens zorg als 'bovengemiddeld'. Eén op de vijf patiënten die hierover een oordeel hadden gaf zelfs aan de ziekenhuisarts een van de beste artsen te vinden die hij of zij ooit had gezien. Wel bleek bij deze vraag dat er ook een aantal patiënten is dat onvoldoende beeld heeft van (of niet onthoudt) welke zorgverlener welke functie vervult. Ook alle andere kwaliteitsaspecten van het functioneren van de ziekenhuisarts, zoals de bejegening van de patiënt, de mate waarin hij naar de patiënt luistert en oog heeft voor diens perspectief, deze meeneemt in de besluitvorming, en de deskundigheid van de ziekenhuisarts worden overwegend als positief ervaren. Enig punt van aandacht lijkt wel te zijn het rekening houden met voorkeuren van de patiënt bij het bepalen van diens zorgbehoeften na ontslag. Zo'n vier op de tien patiënten geeft aan dit te hebben gemist, zij het dat dit wel een vraag betrof die op alle zorgverleners binnen het ziekenhuis betrekking had en niet specifiek op de ziekenhuisarts.

Uit te voeren vervolgonderzoek bij patiënten zou zich vooral moeten concentreren op afdelingen die 24/7 door ziekenhuisartsen worden bemenst, waarbij tevens een vergelijking kan worden gemaakt met identieke afdelingen waarop geen ziekenhuisarts werkzaam is. Hoewel deze opzet methodologisch complex is vanwege de vergelijkbaarheid van beide situaties kan zij bij een groter aantal geïncludeerde patiënten relevantere gegevens opleveren dan binnen het kader van het onderhavige onderzoek mogelijk bleek.

Bijlage 4.

Bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en patiëntveiligheid⁸

Op welke manier bent u bezig met het verbeteren van de kwaliteit en patiëntveiligheid voor de patiëntenstroom/-stromen waar u zich n=mee bezig houdt? (open vraag)

Clinical Audits. Lid van verbetercommissie. Voorzitter landelijk kwaliteitscommissie ziekenhuisgeneeskunde.	1
Deelname ontwikkeling kwaliteitsindicatoren, Sire onderzoeker; Deelname aan verdere ontwikkeling van afdeling. Audits, VIM commissie	2 3
Betrokken bij het medicatieverificatie proces bij opname en ontslag, betrokken bij het farmacotherapeutisch team t.a.v. medicatie- / voorschrijffouten en in dit kader een veranderslag aan het maken met implementatie van e-learning, inwerkprogramma etc., onderwijs, coördinatie van (klinisch) zorg, DIM-commissie, protocollen herschrijven.	4
Het 'zijn' van een generalist op een klinische afdeling werkt dit al in de hand.	
Clinical audit, proces en afdeling audit. Volgen van protocollen.	5
Deelname aan diverse commissies en projecten binnen het ziekenhuis. Clinical audits.	6
Werk samen met onze eigen kwaliteitsfunctionaris (van de afdeling). Traceraar, en loop soms tracers. Doe mee aan verschillende werkgroepen voor verbetering van kwaliteit en patiëntveiligheid: namelijk werkgroep valrisicoscreening, werkgroep valpreventie, VIM commissie en Werkgroep Electieve Opname Afdeling.	7
Zit in het auditorenteam van het ziekenhuis en in de VIM commissie van de afdeling en ben een van de leden van de gebruikersraad (waar de processen van deze afdeling worden besproken met alle specialisten, 4x per jaar)	8
Implementeren van EWS systeem, coördinatie en beoordeling van opnamecriteria voor de patienten die op de dagbehandeling en kortverblijf worden opgenomen, registratie en controle van thuismedicatie	9
Ketenoptimalisatie acute zorg, deelname lokale auditorenteam, overleggen met andere specialismes om de zorg op de afdeling te verbeteren. Kwaliteitsplatform	10
Kwaliteitsverbeterprojecten, specifiek gericht op de afdelingen waar we werken en de patiëntenpopulaties waarmee we werken. Audits ziekenhuisbreed. Laagdrempelig contact met de kwaliteitsfunctionarissen over de verbeterprojecten zoals eerder genoemd.	11
Necrologiecommissie, kwaliteitsverbeterprojecten op de afdeling; protocollenbeheer, interne audits op verschillende afdelingen.	12
Op dit moment is hier nog geen tijd voor ingeroosterd.	13
Valbeleid verbeteren, klinische afdeling optimaliseren voor ouderen	14
VIM commissie, werkgroep van diëtiste voor voedingsprotocol, medicatieveiligheid, indicatoren kwetsbare ouderen	15
Voorlopig bezig de kwaliteitsindicatoren volgens de IGZ te verbeteren. Dat is nog een klus.	16
QIP (quality improvement projecten): klachten "wat kan er beter, wat moet beter" verzameling bij eindgesprekken Medicatie: het voorkomen van adverse drug events, interactie check, dubbel medicatie check, polyfarmacie tegen gaan, educatie bij zowel zorgverleners als patienten als familie. Werkgroep ontslagzorg: vooral de medische informatie/medicatie overdracht van patienten die naar andere instellingen gaan (verpleeghuis) projecten met VP , zijn reeds lopende projecten en betrokkenheid is zijdelings: SABAR, early warning score implementatie in de dienst, G-schijf in de computer opschonen VIM commissie: alle meldingen worden besproken en interventies afgesproken als een PDSA cyclus Medisch studenten ontvangen en mee laten lopen in het medische curriculum van universiteit = smp = student meets patient, Co-assistent mee laten lopen om ziekenhuisgeneeskunde zoals ik het bedrijf en ervaar, te laten zien. Keuze coassistenten van het s ^o pecialisme werken met mij mee en ik draag kennis over.	17

⁸ Open vraag. Antwoorden zijn zoveel mogelijk geanonimiseerd; ziekenhuisartsen (n=17) zijn in een willekeurige volgorde opgenomen.

Bijlage 5.

Welke meerwaarde verwacht de ziekenhuisarts dat de patiënten ervaren? ¹⁰

Een arts die altijd aanwezig is op de afdeling, die zorgt voor de continuïteit en kan altijd met de huisarts en andere specialisten overleggen. Een aanspraakpunt voor de patiënten.	1
Patiënten zien 3-5 mensen tijdens de visite aan het bed, patiënten zullen eventuele verbetering niet direct koppelen aan een ziekenhuisarts	2
Continuïteit van zorg en meer duidelijkheid m.b.t. medicatie, één zorgverlener/gezicht	3
Continuïteit, veiligheid en kwaliteit van de zorg is beter.	4
Coördinatie van zorg	5
Kritisch kijken naar medicatie - 'lichaam-denken' ipv 'orgaan-denken' - betere informatieoverdracht naar patiënt en familie - laagdrempelig contact met 1e lijn	6
Centraal aanspreekpunt en goede zorgkwaliteit	7
Complete zorg in plaats van gefragmenteerde zorg doordat elke specialist naar zijn eigen onderdeel kijkt	8
Brede blik en kennis van de ziekenhuisarts, één dokter aan bed, wat meer tijd en aandacht tijdens de visite,	9
Meer tijd voor beantwoorden van vragen van de patiënten, minder consulten waardoor beleid sneller bekend is	10
Ze zien en herkennen: één gezicht voor alle medische vragen ook als er meerdere disciplines betrokken zijn. Ze ervaren dat "de dokter meer tijd neemt" om iets uit te leggen. Meer begrip voor hun ziektebeeld, medicatie, risico's omdat er meer uitgelegd wordt. Makkelijk bereikbaar in communicatie, kunnen hun ei kwijt, ze hoeven niet te lang te wachten tot er een dokter komt. continuïteit 5 dagen per week	11
Een zelfde gezicht aan bed	12
Iedere dag hetzelfde gezicht. Voor de patiënt is een consistent verhaal door dezelfde dokter van belang.	13
Een vaste aanspreekpunt die voor veel vragen te raadplegen is. Zichtbaar aanwezig en direct oproepbaar bij calamiteit of onwelwording van patiënt.	14
Vast aanspreekpunt, laagdrempelig benaderbaar, continuïteit op de afdeling	15
Voor patiënten is het rustiger aan bed, minder verschillende disciplines of consulten. Ook is de informatievoorziening naar patiënten, familie en opvolgend zorgverlener beter en uitgebreider.	16
Patiënten en familie hebben een vast aanspreekpunt van wie ze weten dat hij/zij de verantwoordelijke arts op de afdeling is. Hierdoor, en omdat een en dezelfde arts langer op 1 afdeling aanwezig is, hoeven patiënten niet iedere keer hun verhaal opnieuw te doen.	17

¹⁰ Open vraag, antwoorden zijn zoveel mogelijk geanonimiseerd; ziekenhuisartsen (n=17) zijn in een willekeurige volgorde opgenomen.

Bijlage 6.

Reacties van patiënten op de ziekenhuisarts (open vragen in vragenlijst)

Op de vraag op welke manier de ziekenhuisarts bij de zorg was betrokken kwamen de volgende reacties. De reacties zijn uitsluitend met het oog op de leesbaarheid geordend naar waar de nadruk lijkt te liggen in de reactie.

Dagelijks	<ul style="list-style-type: none">• De ziekenhuisarts kwam voor de dagelijkse visite• Elke dag kwam hij langs• Hij bezocht mij dagelijks• Op alle manieren, elke dag aanwezig• Bij vaststellen van medicatie (+ bijstellen). Periodiek contact (zaalvisite) en het eindgesprek bij ontslag.
Overzicht	<ul style="list-style-type: none">• De arts was goed betrokken met mijn aandoening• Dhr. (naam) was mijn arts. Stuurde voor zover ik begreep de overige mensen op mijn afdeling aan.• Hij was degene die eindbeslissing had en eventuele andere benodigde artsen inschakelde• Eerste behandelaar• Exit-gesprek bij ontslag met hem gehad en hij was er bij medische vragen van mijn kant.• Gesprek bij opname. Uitleg gekregen, duidelijk. Onderzoek. Controles.• Met alles wat mijn ziekte betrof• Bij alles• Bewaken van mijn gezondheid
Bejegening	<ul style="list-style-type: none">• Ze kwam mij verslag brengen ik kon vragen stellen. Ze stelde mij gerust.• Volgens het white board was dr. (naam) verantwoordelijk voor mijn zorg, echter heb ik haar in het begin weinig gezien. En had ik ook geen idee wie zij was. Naderhand is zij vaker aan bed geweest, en was het voor mij duidelijk dat zij betrokken was voor mijn zorg. Ik kon bij haar mijn vragen kwijt, en ze legde alles op een begrijpelijke manier uit.• Na zijn welverdiende vakantie heb ik het geluk gehad toch te hebben kennis mogen maken met deze arts nl. bij het ontslaggesprek. Heel kundig tactvol en recht door zee.
Medisch-inhoudelijk	<ul style="list-style-type: none">• Oplossen van incontinentie faecaliënprobleem• Toekenning medicijnen. Onderzoek. Afsluitende conclusies.• Mijn cardiologische situatie, maar ook de diabetes. De arts gaf blijk van het nauwlettend volgen van mijn bloedwaarden. Dit besprak hij en hij paste de medicatie aan.• Medicatie, advies voor gebruik van medicatie. Advies en info hersenletsel
Overig	<ul style="list-style-type: none">• Op de achtergrond - Gesprek – Ontslaggesprek• Bezien of ik ontslagen kon worden• Controle na operatie• Goed• I.v.m. pijn in vingers. Ben doorverwezen naar de reumatoloog.• Kwam daags na operatie een rondje op de kamers lopen• Was mijn revalidatiearts• Zaalarts• Intake gesprek bij opname. Diverse malen telefoon - dit is storend.• Intake en ontslag (n=4)

Verschillen tussen de ziekenhuisarts en andere artsen die de patiënt zijn opgevallen:

<ul style="list-style-type: none"> • Altijd opgewekt en vriendelijk! • Dat de samenwerking in team verband in goede orde verloopt! • Dat, zodra de arts signalen van de verpleging had gekregen, hij onmiddellijk actie ondernam om in gesprek te gaan. Dat was fijn. • De arts was bekwaam en deskundig en prettig in de omgang. • Een kundige benaderbare en betrokken "geneesheer" • Uitstekend arts!! • In mijn beleving was dr. [de ziekenhuisarts] een bekwaam arts. • Deze arts kreeg niet maar NAM de tijd voor je • M.S. is een ziekte met veel dieptepunten en iedere dag is anders. • Nee. Geen verschillen/niet te meten. Dit was de eerste keer dat ik in een ziekenhuis lag. Prima begeleiding en uitleg door de ZHA • Ook als partner van [de patiënt] ben ik correct en met respect te woord gestaan door de ZHA. Met voldoende aandacht uitleg voor behandelplan • Ik ben ook v.w.b. andere artsen altijd tevreden geweest. Klaag ook niet gauw. • Persoonlijke benadering plus ook aandacht voor mijn vrouw, die door de situatie overspannen was. • Prettige dokter. Legde alles duidelijk uit. Was medelevend en warm. • Zijn aandacht geeft vertrouwen en veiligheid. Nam vragen serieus. • Zorgvuldig en toch doorpakken. • Geen verschillen (n=2)

Overige opmerkingen:

<p><i>Voor verbetering vatbaar</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ik heb gedacht dat dr. [de ziekenhuisarts] arts-assistent was. Ik lag de 1e 2 weken op een naastgelegen afdeling, waardoor de dagelijkse artsensite op zeer onregelmatige tijden was. Een keer zelfs in de gang toen ik haar tegenkwam. Wel ervaren als een aardige en kundig arts. M.b.t. de medicatie: het bleek onmogelijk om 2 tabletten samen 's ochtends te krijgen. Ik kreeg 1 tablet 's ochtends en ook 1 's avonds. Na 5 dagen heb ik het maar zo gelaten... M.b.t. het wachten op behandeling: ik stond op voor operatie, nuchter vanaf 2 uur a.m. kreeg om 18.30 uur te horen dat het de volgende dag zou worden, ik stond op een zgn. "Spoedlijst", dan word je niet ingepland. • Na CVA in [een streekziekenhuis] is de communicatie naar mij toe onvoldoende geweest. Om onduidelijke redenen [...] werd ik opgenomen in [revalidatieziekenhuis] waar ik een maand moest blijven met lang niet altijd veel therapie en bijna ziekenhuisopnames soms. Een kleinere opname in [andere revalidatiekliniek] was beter geweest. Dat neemt desondanks niet weg dat de inzet van de medewerkers goed is geweest. • Wat ik vooral jammer vond is dat ik, ondanks regelmatig vragen, geen ondersteuning kreeg om zaken voor de thuissituatie te regelen. Dat moest toen ik nog thuis kwam. Daardoor 6 weken zonder HH ondersteuning gezeten. Alleen wondzorg was geregeld. • Tijdens mijn verblijf waren er veel patiënten. Denk, soms te veel voor één arts.
<p><i>Waardering algemeen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Goede opvang en goede behandelingen gehad gedurende verblijf. • Heel fijn ziekenhuis • Ik ben op alle fronten zeer te spreken over [ziekenhuis] alle personeel is vriendelijk, meelevend en professioneel. • Zo doorgaan! • Nee, de verzorging en aandacht zijn goed. • Verblijf in [deze locatie] is prettig en zorgzaam verlopen. Dit te danken aan de goede inzet van therapeuten, maatschappelijk werk, doktoren en verpleging. • ... vragen [...] kan ik niet (goed) beoordelen, omdat ik de arts maar weinig (of niet) nodig heb gehad. Klachten heb ik in ieder geval (bijna) niet gehad.

Bijlage 7.
Leden klankbordgroep

Naam	Perspectief	Functie
Prof. dr. F. Scheele, MD	College Geneeskundig Specialismen	Full Professor in Obstetrics and Gynaecology especially for Education. VU medisch centrum
Prof. E.R.J.T. de Deckere, MD	Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen	Opleider spoedeisende geneeskunde, Voorzitter vakgroep Spoedeisende Geneeskunde, Medisch centrum Haaglanden
C.L. van den Brand, MD	Perspectief profielarts	SEH arts MC Haaglanden
T. Eikendal, MD	Voorzitter NVSHA, beroepsvereniging van een profielarts	SEH arts Radboud umc
Prof. dr. J.TH.A. Knape, MD	Perspectief medisch specialist en accreditatiecommissie	Voorzitter Afdeling Anesthesiologie. UMCU
C.A. Ligtenberg,	Perspectief verpleegkundige beroepsgroep	Verpleegkundig bestuurder, AMC
Drs. J. Meegdes	Perspectief beroepenplanning	Senior adviseur Capaciteitsorgaan (gepensioneerd tijdens de looptijd van het onderzoek)