



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (De zorg van medisch specialisten, B.F. Hutten, J.M.A. Beaujean, P. Groenewegen) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

De zorg van medisch specialisten

Eindrapportage van een verkennende studie naar probleemsituaties in de medisch specialistische zorg: meningen en ervaringen van medisch specialisten

Jack B.F. Hutten
Desirée J.M.A. Beaujean
Peter P. Groenewegen



ISBN 90-6905-627-5

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Inhoud	3
Voorwoord	5
1 Inleiding en onderzoeksopzet	7
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	7
1.2 Achtergrond bij de probleemstelling	8
1.3 Onderzoeksvragen	9
1.4 Onderzoeksmethoden	10
1.5 Opbouw van het rapport	12
2 Probleemsituaties in de medisch specialistische zorg: een eerste verkenning	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Onderzoeksmethode	15
2.2.1 Onderzoekspopulatie	15
2.2.2 Vragenlijst	15
2.2.3 Analyses	15
2.2.4 Respons en representativiteit	16
2.3 Resultaten	18
2.3.1 Frequentie en voorbeelden	18
2.3.2 Oorzaken	22
2.3.3 Gevolgen	23
2.3.4 Oplossingen	27
2.4 Samenvatting en conclusies	28
2.4.1 Beperkingen van de deelstudie	29
2.4.2 Ervaringen en meningen van medisch specialisten	30
2.4.3 Conclusie	31
3 Verdieping van het begrip ‘sluipend kwaliteitsverlies’	33
3.1 Inleiding	33
3.2 Onderzoeksmethode	33
3.2.1 Deelnemers	34
3.2.2 Werkwijze groepsinterviews	35
3.2.3 Verloop groepsinterviews	35
3.2.4 Analyse	36
3.3 Resultaten	36
3.3.1 Frequentie van voorkomen van probleemsituaties	36
3.3.2 Soort probleemsituaties	37
3.3.3 Oorzaken van probleemsituaties	39

3.3.4	Gevolgen van probleemsituaties	44
3.3.5	Oplossingen voor probleemsituaties	45
3.3.6	Metten van sluipend kwaliteitsverlies	47
3.4	Beschouwing en conclusies	48
4	Hoe ernstig zijn de probleemsituaties?	51
4.1	Inleiding	51
4.2	Onderzoeksmethode	52
4.2.1	Vragenlijst	52
4.2.2	Steekproef en respons	53
4.2.3	Respondenten	53
4.3	Resultaten	56
4.3.1	Datum en tijdstip	56
4.3.2	Patiënten: geslacht en leeftijd	56
4.3.3	Ziektebeelden	57
4.3.4	Soort problemen	58
4.3.5	Ernst van de situatie	59
4.3.6	Professionele normen en oplossingen	63
4.3.7	Afloop	65
4.4	Beschouwing en conclusie	67
5	Conclusies en aanbevelingen	73
5.1	Definitie van 'sluipend kwaliteitsverlies'	73
5.2	Kwantificeren van 'sluipend kwaliteitsverlies'	75
5.3	Kwalificeren van 'sluipend kwaliteitsverlies'	78
5.4	Aandachtspunten voor beleidsontwikkeling	79
5.5	Aandachtspunten voor het meten en monitoren van 'sluipend kwaliteitsverlies'	82
	Literatuur	85
	Bijlagen	
	Bijlage 1 Vragenlijst telefonische enquête	89
	Bijlage 2 Vragenlijst achtergrondkenmerken deelnemers groepsinterviews	99
	Bijlage 3 Vragenroute groepsinterviews	103
	Bijlage 4 Vragenlijst schriftelijke enquête	107

Voorwoord

Dit is het eindverslag van het onderzoek naar sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg in Nederland. Het onderzoek is door het NIVEL uitgevoerd met subsidie van de Orde van Medisch Specialisten. Aan bod komen de meningen en ervaringen van medisch specialisten met betrekking tot probleemsituaties in de zorg. Dit zijn situaties waarin ze, naar eigen zeggen, niet de zorg kunnen leveren die volgens hun eigen professionele normen nodig is. Aangezien dit onderwerp nog niet eerder systematisch is onderzocht heeft het onderzoek een oriënterend karakter. Daarbij ging het vooral om het verder definiëren van het begrip ‘sluipend kwaliteitsverlies’, een eerste inschatting van de omvang van het probleem en het exploreren van de mogelijkheden om de problematiek in de toekomst op een objectieve manier te meten en te monitoren.

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen of deelstudies: een telefonische enquête, groepsinterviews en een schriftelijke enquête. Zij worden respectievelijk in hoofdstuk 2, 3 en 4 afzonderlijk gepresenteerd. Deze hoofdstukken zijn dan ook zelfstandig leesbaar. Hoofdstuk 1 en 5 zijn algemene hoofdstukken waar de drie deelstudies samen worden besproken.

We willen alle medisch specialisten bedanken die bereid waren om deel te nemen aan de telefonische enquête, om samen met collega's een avond op het NIVEL te discussiëren over wat zij verstaan onder kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg of gereageerd hebben op onze schriftelijke enquête.

De expertgroep van medisch specialisten zijn wij erkentelijk voor hun kritische opmerkingen op onze ideeën en vragenlijsten.

Tenslotte bedanken we de enquêteurs en data-entry medewerkers van het NIVEL. Door hun inzet, precisie en doorzettingsvermogen is het gelukt om de nodige informatie te verzamelen en alle gegevens te verwerken.

Jack Hutten
Desirée Beaujean
Peter Groenewegen

Utrecht, 2003

1 Inleiding en onderzoeksopzet

1.1 Aanleiding voor het onderzoek

“Uren bellen voor een spoedgeval”

‘Wachlijsten groeien door zwak management zorginstellingen”

“Jaren wachten op extra IC”

“Veel medicatiefouten bij ziekenhuisopnames”

“Iedereen wil, maar er komt geen bed bij”

Sinds enige jaren verschijnen er in de Nederlandse media regelmatig berichten met bovenstaande koppen. Zij refereren naar een mogelijke achteruitgang van de kwaliteit van medisch specialistische zorg. Deze achteruitgang komt tot uitdrukking in het voorkomen (en stilzwijgend accepteren) van situaties in de patiëntenzorg die voorheen niet zonder meer werden geaccepteerd en die door de betrokken partijen als ongewenst worden gezien.

De mediaberichten zijn grotendeels gebaseerd op individuele waarnemingen en casuïstiek. Om een goed zicht op de omvang van de problematiek te krijgen, is een meer systematische signalering van de problemen noodzakelijk. De Orde van Medisch specialisten heeft het NIVEL dan ook gevraagd een systematisch onderzoek naar de hierboven genoemde problematiek te ontwikkelen. Daarvoor dient een drietal stappen te worden doorlopen:

1. definiëren van het probleem (begripsafbakening): waar gaat het over? Aan welke criteria moet worden voldaan om te spreken over ‘sluipend kwaliteitsverlies’?
2. kwantificeren van het probleem: hoe kan het worden gemeten? Hoe kan de omvang in de praktijk worden vastgesteld?
3. kwalificeren van het probleem: hoe ernstig is het? Wat zijn de gevolgen?

Het onderhavige onderzoek is oriënterend van karakter. Het is de eerste verkennende stap om de omvang van de problematiek in beeld te brengen. Daarbij wordt uitgegaan van de ervaringen en meningen van medisch specialisten die in de Nederlandse ziekenhuizen werkzaam zijn. De betekenis en beperking van dit materiaal komen daarbij aan de orde. Op basis daarvan kunnen aanbevelingen worden gedaan en concrete ideeën worden ontwikkeld of en hoe ‘sluipend kwaliteitsverlies’ in de toekomst objectiever kan worden gemeten. Naast een eerste inschatting van de omvang van het probleem heeft het onderzoek dan ook als neven doel om dit onderzoeksterrein te exploreren met het oog op uitgebreider onderzoek dat zich richt op het schatten van de frequentie waarmee het verschijnsel zich voordoet en op de verklaring van variaties erin.

Het onderzoek heeft de volgende doelstellingen:

- de maatschappelijke discussie verhelderen over het probleem van mogelijk sluipend kwaliteitsverlies doordat het verschijnsel wordt omschreven en afgebakend;
- een stap maken van anekdotische informatie naar intersubjectief toetsbare informatie, gebaseerd op een wetenschappelijke aanpak;
- de basis leggen voor uitgebreider onderzoek naar de frequentie van voorkomen en daarmee de ernst van het probleem, gedifferentieerd naar verschillende omstandigheden op het niveau van specialisme, categorieën patiënten en categorieën ziekenhuizen;
- een aanzet geven voor een methodiek of indicatoren om ontwikkelingen in de toekomst te monitoren.

1.2 Achtergrond bij de probleemstelling

Tot 1983 werden ziekenhuizen betaald per verpleegdag en specialisten per verrichting. De belangen van het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten vertoonden overeenkomsten want er was sprake van een zogenaamde open-eindfinanciering waarbij ziekenhuizen en medisch specialisten een belang hadden bij het behalen van een hoge productie.

In 1983 is de ziekenhuisbudgettering ingevoerd. Dat bleek een effectieve manier om een toename van de kosten van de medisch specialistische zorg te beheersen. Het maakte een einde aan de gezamenlijke belangen van het ziekenhuismanagement en de medisch specialisten, gericht op de groei van de zorgverlening. Er ontstond een spanningsveld waarbinnen de medisch specialisten meer bleven vasthouden aan een hoog productieniveau, terwijl het ziekenhuismanagement zich overwegend toelegde op kostenbeheersing (Maarse e.a., 1993; Scholten & van der Grinten 2000; van Herk e.a., 2001; Groenewegen & van Lindert, 2001). Die spanning kan zich onder andere uiten in wachtlijsten voor geneeskundige behandeling en/of een niveau van geneeskundige behandeling dat niet langer spoort met wat (internationaal) als 'state-of-the-art' wordt gezien. Er is als het ware sprake van een toenemende kloof tussen de medische behandelmogelijkheden en de toepassingsmogelijkheden in de dagelijkse praktijk. Hoewel de zorgverlening in de loop van de tijd wel kan zijn verbeterd, kan er toch sprake zijn van kwaliteitsverlies omdat niet bij iedereen die daarvoor in aanmerking komt de laatste 'evidence based' behandelmogelijkheden kunnen worden toegepast. Deze toenemende kloof heeft zijn evenknie wat betreft kosten en capaciteit in de zogenaamde 'zorgkloof': de groeiende kloof tussen behoeften en middelen (van Muiswinkel, 2000; Bomhoff e.a., 2002).

De Nederlandse gezondheidszorg lijkt in een dergelijke situatie te zijn beland. Er zijn voor bepaalde specialismen en bepaalde ingrepen (bijvoorbeeld electieve chirurgische ingrepen) lange wachtlijsten ontstaan. Er zijn ook regelmatig situaties in het nieuws waarin spoedeisende of medisch noodzakelijke ingrepen of verzorging niet, pas later of suboptimaal plaatsvinden. Daarbij kan sprake zijn van ontoelaatbare risico's. Binnen de medische professie (maar niet alleen daar) bestaat er grote ongerustheid over deze situatie. Door effecten op het moreel van de werkers in de gezondheidszorg en

onvrede bij patiënten kan deze ontwikkeling de gezondheidszorg in een negatieve spiraal van kwaliteitsverlies en demotivatie brengen.

In eerste instantie was de maatschappelijke aandacht vooral gericht op problemen rond de capaciteit van Intensive Care afdelingen, die bij voorbeeld gevolgen hebben voor de veiligheid van bepaalde operaties (Kreis, 2002). Maar ook op andere terreinen zijn vergelijkbare problemen ontstaan. Door de financiële krapte in de zorg is bijvoorbeeld voor nieuwe, vaak dure, oncologische geneesmiddelen geen financiële ruimte. Dit is een rechtstreekse aantasting van de kwaliteit van de oncologische zorg (Rodenburg, 2000).

1.3 Onderzoeksvragen

De algemene probleemstelling van het onderzoek betreft de vraag in hoeverre er in Nederland op sluipende wijze een kloof is ontstaan tussen de medisch specialistische zorg die volgens de eigen professionele standaarden dient te worden geleverd en de daadwerkelijke zorgverlening in de praktijk. Dit wordt aangeduid met de term 'sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg' en uit zich in suboptimale behandeling van patiënten.

Gegeven het feit dat er los van anekdotische kennis weinig bekend is, is het de vraag hoe het verschijnsel systematisch meetbaar en analyseerbaar kan worden gemaakt. Daarbij dient het verschijnsel beter te worden omschreven en afgebakend. Als er een bruikbare begripsomschrijving is ontwikkeld, komt de vraag aan de orde hoe deze kan worden geoperationaliseerd om informatie te verzamelen over het voorkomen van het verschijnsel.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van het professionele oordeel van de medisch specialist. Dit betekent uiteraard niet dat andere betrokkenen, zoals patiënten, de overheid en zorgverzekeraar zich hierover geen mening kunnen vormen of dat deze mening niet van belang is, maar dit valt voorsnog buiten de scope van dit onderzoek.

De concrete onderzoeksvragen luiden:

- 1 *'Wat verstaan medisch specialisten onder 'het sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg'? Met andere woorden: om welke situatie in de zorgverlening gaat het? (definitie van het probleem)'*
- 2 *'Herkennen medisch specialisten deze situaties in hun dagelijkse beroepsuitoefening? Hoe vaak worden zij, naar eigen zeggen, met dergelijke situaties geconfronteerd? (kwantificeren)'*
- 3 *'Hoe ernstig schatten medisch specialisten deze situaties in? (kwalificeren)''*

1.4 Onderzoeksmethoden

Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen waarbij verschillende onderzoeksinstrumenten zijn gebruikt.

Telefonische enquête

In april/mei 2002, werd een telefonische enquête gehouden onder 255 medisch specialisten. De respons was 65%. De belangrijkste reden om niet aan de enquête mee te werken was tijdsgebrek. Het doel van deze enquête was een globale indruk te krijgen van de ervaringen en meningen van medisch specialisten over situaties in de patiëntenzorg waarin sprake kan zijn van sluipend kwaliteitsverlies. Daarbij is uitgegaan van de werkdefinitie die van tevoren door een expertgroep van medisch specialisten is ontwikkeld.

Groepsinterviews

De informatie uit de telefonische enquête is als basis gebruikt voor de opzet van groepsinterviews. Die waren bedoeld om explicieter te kunnen aangeven om welke probleemsituaties het gaat en hoe het probleem kan worden afgebakend (definiëren en objectiveren van het probleem). In augustus en september 2002 zijn vier groepsinterviews gehouden. De 17 deelnemers zijn geworven uit de kring van bestuurders van wetenschappelijk verenigingen van medisch specialisten. Daarbij is gestreefd om zoveel mogelijk verschillende specialismen aanwezig te laten zijn.

Schriftelijke enquête

Het derde onderdeel bestond uit een schriftelijke enquête die is verstuurd naar een nieuwe aselecte steekproef van 500 medisch specialisten in september/oktober 2002. Daarbij ging het om concrete gestructureerde informatie over sluipend kwaliteitsverlies te verzamelen. Er is gevraagd om de meest recente situatie te beschrijven waarin niet die zorg geleverd kon worden die men volgens hun eigen professionele standaarden had moeten leveren. Naast een aantal feitelijkheden is de respondenten gevraagd om een inschatting te geven van de ernst van de situatie. De respons was lager dan bij de telefonische enquête: 42%. De enquête leverde uiteindelijk 113 bruikbare casusbeschrijvingen op.

Representativiteit

Zoals eerder is aangegeven heeft dit onderzoek een explorerend karakter. Dit betekent dat niet zonder meer generaliseerbare uitspraken kunnen worden gedaan over de omvang van het sluipende kwaliteitsverlies in de Nederlandse medisch specialistische zorg. Voor de interpretatie van de gegevens is het wel van belang om te weten in hoeverre de respondenten bij de telefonische en schriftelijke enquêtes representatief zijn voor alle medisch specialisten die werkzaam zijn in de curatieve ziekenhuiszorg. Onderstaande tabel geeft hier informatie over.

Tabel 1.1 Kenmerken van respondenten telefonische enquête (april/mei 2002), schriftelijke enquête (september/oktober 2002) en de totale populatie van medisch specialisten (2000), in percentages

	Telefonische enquête (n=255)	Schriftelijke enquête (n=188)	Landelijke gegevens
	%	%	%
Geslacht*			
Man	85	77	78
Vrouw	15	23	22
Leeftijd*			
≤ 50 jaar	62	--	62
> 50 jaar	38	--	38
Jaren ervaring			
≤ 20 jaar	60	61	--
> 20 jaar	40	39	--
Functie			
Medisch specialist	92	93	--
AGIO	8	7	--
Specialisme**			
Heelkundige specialismen	35	22	29
Interne specialismen	31	38	35
Gynaecologie/verloskunde	10	7	7
Kindergeneeskunde	5	10	8
Ondersteunende specialismen	19	23	21
Soort ziekenhuis			
Academisch	17	19	--
Categoriaal	7	1	--
Algemeen	76	80	--
Grootte ziekenhuis			
< 300 bedden	15	10	--
300-500 bedden	30	38	--
> 500 bedden	55	52	--

* Landelijke cijfers op basis van het aantal werkzame medisch specialisten in 2000 (Van der Velden e.a., 2002).

** Landelijke cijfers zijn gerekend op basis van de gegevens uit Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2002 (Hingstman e.a., 2002). De gegevens hebben betrekking op het aantal werkzame specialisten en AGIO's in algemene, categoriale en academische ziekenhuizen in 2000 (exclusief psychiatrie).

Mannelijke specialisten zijn in de telefonische enquêtes enigszins oververtegenwoordigd. Bij de schriftelijke enquêtes is de verhouding tussen mannen en vrouwen meer in overeenstemming met de landelijke cijfers.

Wat betreft het specialisme waarin de respondenten werkzaam zijn zijn er duidelijke verschillen tussen de telefonische en schriftelijke enquête. Medisch specialisten werkzaam in de heelkundige specialismen en gynaecologie/verloskunde hebben relatief vaker meegewerkt aan de telefonische enquête en minder vaak aan de schriftelijke enquête. Voor de interne, ondersteunende specialismen en kindergeneeskunde geldt het tegenovergestelde.

Er zijn bij de schriftelijke enquête meer respondenten werkzaam in middelgrote ziekenhuizen en minder in categorale ziekenhuizen dan bij de telefonische enquête. De verdeling in functies verschilt niet tussen de respondenten van de twee enquêtes. Van deze achtergrondkenmerken waren geen landelijke cijfers beschikbaar.

Uitgebreidere informatie over de onderzoeksmethoden van de drie deelstudies is te vinden in de volgende hoofdstukken.

1.5 Opbouw van het rapport

Het onderzoek bestaat uit een drietal deelstudies die in de volgende hoofdstukken afzonderlijk worden besproken. Deze hoofdstukken zijn in principe zelfstandig leesbaar. In *hoofdstuk 2* komt de telefonische enquête aan de orde. *Hoofdstuk 3* gaat uitgebreid in op de uitkomsten van de groepsinterviews. De schriftelijke enquête staat centraal in *hoofdstuk 4*. In *hoofdstuk 5* worden de resultaten van de drie deelstudies bijeengebracht. Op basis daarvan worden de algemene onderzoeksvragen beantwoord. Tevens worden enkele aandachtspunten geformuleerd voor het beleid en voor de verdere ontwikkeling van systematisch onderzoek naar het sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorgverlening.

2 Probleemsituaties in de medisch specialistische zorg: een eerste verkenning¹

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de telefonische enquête die, in april/mei 2002, is gehouden als een eerste verkenning om de omvang van het sluipend kwaliteitsverlies te bepalen. Dit gebeurde aan de hand van meningen en ervaringen van medisch specialisten werkzaam in de curatieve ziekenhuissector.

Voor de ontwikkeling van de vragenlijst was het van belang om te weten wat medisch specialisten onder de term ‘kwaliteitsverlies’ verstaan. Een expertgroep bestaande uit vijf medisch specialisten heeft tijdens een vergadering met de twee onderzoekers een voorlopige werkdefinitie van ‘sluipend kwaliteitsverlies’ bepaald. De conclusie was dat deze werkdefinitie vier elementen moet bevatten. Deze elementen zijn:

1. De professionele normen van de medisch specialist zelf.

Of een situatie als problematisch wordt aangemerkt, wordt afgemeten aan het oordeel van de medisch specialisten zelf. Schriftelijk vastgelegde standaarden of consensusdocumenten zouden op zich een rol kunnen spelen, maar die bestaan slechts op een beperkt aantal gebieden. Oordelen van derden, zoals patiënten of management, worden niet gebruikt omdat medisch inhoudelijke aspecten centraal staan.

2. De toenemende kloof tussen medische behandelmogelijkheden en de dagelijkse praktijk

Hoewel de zorgverlening in de loop van de tijd wel zal zijn verbeterd, kan er toch sprake zijn van (relatief) kwaliteitsverlies, omdat niet iedereen die daarvoor in aanmerking komt de laatste ‘evidence based’ behandelmogelijkheden kunnen worden toegepast. Deze toenemende kloof heeft zijn evenknie wat betreft kosten en capaciteit in de zogenaamde ‘zorgkloof’ waarop is gewezen in de opeenvolgende rapportages Gezondheidszorg in Tel (van Muiswinkel, 2000) en het rapport Zorg voor het ziekenhuis (Bomhoff e.a., 2002).

3. Het geleidelijk normaal gaan vinden van situaties die eigenlijk niet kunnen.

Dit is het sluipende karakter van het kwaliteitsverlies. Waar men eigenlijk vindt dat een bepaalde operatie bijvoorbeeld binnen een zeker aantal uren moet plaatsvinden, verschuift de (vaak ongeschreven) norm, doordat deze in de praktijk vaak niet kan worden gehaald. Het gevoel bestaat dat nieuwe generaties artsen opgroeien met de vanzelfsprekendheid van de feitelijk haalbare situatie.

¹ De resultaten uit hoofdstuk zijn eerder gepubliceerd in het rapport ‘De zorg van medisch specialisten. De meningen van medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg en hun ervaringen’ (Beaujean e.a., 2002).

4. De problemen in de directe patiëntenzorg en de (semi-)acute zorg.

Bij de problematische situaties waarover we het hier hebben, gaat het niet om bijvoorbeeld wachttijden voor electieve ingrepen. Die zijn gevoeglijk bekend, de gevolgen voor patiënten zijn weliswaar reëel, maar toch minder ingrijpend dan in semi-acute situaties. Anders ligt dat bij zorg die acuut moet worden verleend, waarbij uitstel en verplaatsing van patiënten veel directere gevolgen hebben voor de kwaliteit van het medisch handelen en de gezondheid van patiënten.

De ervaringen en meningen van medisch specialisten kunnen onderling verschillen. Het is mogelijk dat bepaalde soorten specialismen meer te maken krijgen met de bovengenoemde situatie dan andere soorten specialismen. Ook is het mogelijk dat er sexe- en/of leeftijdsverschillen te onderkennen zijn. Uit onderzoek is bekend dat mannelijke en vrouwelijke specialisten bijvoorbeeld verschillen qua beroepsbeleving (van der Wee, 2000, Shanafelt, 2002, Keizer, 1997).

Het zou echter ook zo kunnen zijn dat jongere artsen eerder een bepaalde situatie als 'normaal' beschouwen dan oudere artsen omdat eerdere ervaringen (en daarmee het vergelijkingspunt) nogal kunnen variëren. Ook het ziekenhuis waarin de arts werkt kan invloed hebben op het voorkomen van de probleemsituaties in de directe patiëntenzorg. Daarbij wordt met name gedacht aan het verschil tussen academische en algemene ziekenhuizen en de grootte van het ziekenhuis.

Concreet komen in dit hoofdstuk de volgende onderzoeksvragen aan de orde.

- 1. 'In hoeverre kunnen medisch specialisten in Nederland, naar eigen zeggen, niet die medische zorg leveren die zij volgens hun eigen professionele normen wel zouden willen/moeten leveren?'*
- 2. 'Zijn er verschillen op dit punt wat betreft persoonskenmerken van medisch specialisten en/of het soort en de grootte van het ziekenhuis en/of het specialisme waar men in werkt?'*
- 3. 'Wat zijn de oorzaken van het bovengenoemd kwaliteitsverlies, volgens medisch specialisten?'*
- 4. 'Welke gevolgen heeft het bovengenoemd kwaliteitsverlies voor patiënten en voor medisch specialisten, volgens medisch specialisten?'*
- 5. 'Welke mogelijke oplossingen zijn er voor het bovengenoemd kwaliteitsverlies, volgens medisch specialisten?'*

2.2 Onderzoeksmethode

2.2.1 *Onderzoekspopulatie*

Uitgegaan is van een benodigde onderzoekspopulatie van 250 respondenten. Dit aantal is voldoende om verschillen tussen categorieën specialisten betrouwbaar te kunnen vaststellen.

De te verwachte respons is ingeschat op 40 á 50 procent op basis van eerder onderzoek. De aselecte steekproef bevatte dan ook 600 medisch specialisten werkzaam in alle specialismen binnen de curatieve, somatische zorg. De gepensioneerden, niet-werkenden en psychiaters zijn, voor zover bekend, vooraf uit het bestand geëxcludeerd. De steekproef bevatte zowel medisch specialisten in opleiding als geregistreerde medisch specialisten.

Om het draagvlak voor het onderzoek te vergroten en de respons te bevorderen, zijn de geselecteerden van tevoren schriftelijk ingelicht over de telefonische enquête.

Tegelijkertijd ontvingen zij een aanbevelingsbrief van de Orde van Medisch Specialisten waarin werd opgeroepen aan het onderzoek deel te nemen. De telefonische enquêtes zijn tussen 17 april en 30 mei 2002 afgenomen.

2.2.2 *Vragenlijst*

Tijdens een vergadering met de expertgroep van medisch specialisten is een eerste conceptvragenlijst voor de telefonische enquête besproken die door de onderzoekers opgesteld was. Op basis van de opmerkingen is de vragenlijst aangepast door de onderzoekers. Deze vragenlijst is vervolgens weer per e-mail ter beoordeling voorgelegd aan de leden van de expertgroep. Hun opmerkingen zijn verwerkt en zo is de definitieve vragenlijst tot stand gekomen.

De vragenlijst bestaat uit zowel gesloten als open vragen. De open vragen zijn vooral van belang omdat de enquête mede bedoeld is om tot een duidelijkere definitie van het probleem te komen. Onderwerpen die aan bod komen zijn: de mate waarin respondenten zeggen te worden geconfronteerd met situaties waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren, de oorzaken en gevolgen hiervan en de tevredenheid over verschillende aspecten van het werk van medisch specialisten. Aan het einde van het interview zijn enkele achtergrondkenmerken gevraagd van de respondent zelf (leeftijd, geslacht, soort specialisme) en het ziekenhuis waar men werkt (soort, grootte).

2.2.3 *Analyses*

De nadruk ligt op het presenteren van beschrijvende statistieken. Er zijn veel ‘open’ vragen gesteld. De antwoorden die de respondenten *spontaan* op deze vragen hebben gegeven, zijn gecategoriseerd om ze in een tabel te kunnen presenteren. Aangezien sommige antwoordcategorieën kleine aantallen respondenten bevatten, is ervoor gekozen

om in deze tabellen zowel de absolute aantallen respondenten als de percentages weer te geven. Bij de interpretatie van de percentages moet er rekening mee worden gehouden dat het gaat om respondenten die een antwoord hebben gegeven op een open vraag. Dat betekent niet dat de respondenten die een bepaald probleem niet hebben genoemd, daarmee niet zijn geconfronteerd. Op basis van de open vragen kunnen dus geen kwantitatieve uitspraken worden gedaan over de mate waarin de genoemde problemen voorkomen. Dat is wel mogelijk op basis van de gesloten vragen die zijn voorgelegd.

Arbeidstevredenheid is gemeten met behulp van een schaal waarop de respondenten konden aangeven hoe tevreden men is met diverse aspecten van het werk. Deze schaal bestaat uit 11 items die gebaseerd zijn op onderzoek van Mechanic (1975) en van McCranie e.a. (1982). In Nederland is de schaal onder meer bij huisartsen afgenomen (Foets e.a., 1991). De formulering van vijf items is enigszins aangepast aan de situatie van medisch specialisten. Tevens zijn er, op verzoek van de expertgroep, twee nieuwe items toegevoegd, namelijk: 'het toepassen van nieuwe behandelmogelijkheden van mijn eigen specialisme' en 'de tijd die ik besteed aan organisatorische en administratieve werkzaamheden'.

Uit schaalanalyse kwam naar voren dat de 11 items tezamen een redelijke schaal vormen (Alpha = 0,68). Door middel van factoranalyse (principale componentenanalyses met varimaxrotatie) is nagegaan of er verschillende dimensies te onderscheiden zijn. Er zijn drie factoren gevonden: 'tevredenheid met de tijdsbesteding in het dagelijks werk', 'tevredenheid met faciliteiten' en 'tevredenheid met (intrinsieke) waardering'. De betrouwbaarheid van deze drie subschalen was echter veel geringer dan de totale schaal (respectievelijk 0,61, 0,59 en 0,48). Vandaar dat besloten is om alleen de score op de totale tevredenheidsschaal in het onderzoek mee te nemen.

2.2.4 Respons en representativiteit

In totaal zijn er brieven verstuurd aan 600 medisch specialisten. Daarbij is gebruik gemaakt van het werkadres. In de brief is het doel van het onderzoek uitgelegd en is aangegeven dat men telefonisch zou worden benaderd met de vraag aan het onderzoek mee te werken. In een aantal gevallen (N=47) bleek de geadresseerde specialist niet meer werkzaam te zijn in het betreffende ziekenhuis.

Van de overige 553 waren 158 specialisten niet binnen de beschikbare tijd telefonisch bereikbaar. Van de 395 specialisten die wel bereikbaar waren, wilden 140 niet meewerken aan het onderzoek. De meest genoemde reden om niet aan het onderzoek mee te doen was tijdgebrek. Uiteindelijk hebben 255 medisch specialisten de vragen telefonisch beantwoord. Dit is een respons van 64,6%; meer dus dan op basis van eerder onderzoek werd verwacht.

Diegenen die niet aan het onderzoek deelnamen, verschilden niet significant van degenen die wel aan het onderzoek hebben meegedaan wat betreft geslacht en soort ziekenhuis waarin ze werkzaam waren. Het aandeel specialisten werkzaam in de interne specialismen in de groep respondenten die niet deelnamen verschilde significant van het aantal in de groep die wel deelnam. In de groep die niet deelnam, zaten meer specialisten

werkzaam in de interne specialismen dan in de groep die wel deelnam. Blijkbaar waren zij minder bereid deel te nemen aan het onderzoek dan andere specialisten.

De medisch specialisten zijn gemiddeld drie keer benaderd voordat het interview afgenomen kon worden. Het minimale aantal telefoontjes dat per specialist nodig was om het interview af te nemen was één en het maximale veertien.

De gemiddelde duur van de interviews was 13,4 minuten.

Uit tabel 2.1 blijkt dat de respondenten wat betreft leeftijd niet verschillen van de totale groep medisch specialisten in Nederland.

Tabel 2.1 Respons analyse van deelnemers telefonische enquête en groep medisch specialisten in Nederland, in percentages²

	deelnemers enquête (N =255)	totale groep medisch specialisten
	%	%
Geslacht¹		
man	85	78
vrouw	15	22
Leeftijdscategorie¹		
≤50 jaar	62	62
>50 jaar	38	38
Specialismen²		
heelkundige specialismen	35	29
interne specialismen	31	35
gynaecologie/verloskunde	10	7
kindergeneeskunde	5	8
ondersteunende specialismen	19	21

¹ Landelijke cijfers op basis van het aantal werkzame medisch specialisten in 2000 (Van der Velden e.a., 2002).

² Landelijke cijfers zijn berekend op basis van de gegevens uit Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2002 (Hingstman e.a., 2002). De gegevens hebben betrekking op het aantal werkzame specialisten en AGIO's in algemene, categorale en academische ziekenhuizen in 2000 (exclusief psychiatrie).

De respondenten verschillen van de totale groep medisch specialisten in Nederland wat betreft geslacht. In de groep respondenten zitten meer mannen.

De respondenten verschillen tevens van de totale groep medisch specialisten in Nederland wat betreft het specialisme waarin zij werkzaam zijn. Medisch specialisten werkzaam in de heelkundige (chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en KNO) zijn

² Ten behoeve van de consistentie met de gegevens uit de schriftelijke enquête wijken de hier gepresenteerde cijfers enigszins af van de cijfers uit het eerdere rapport (Beaujean e.a, 2002).

oververtegenwoordigd in het onderzoek. Als blijkt dat er duidelijke verschillen zijn tussen de antwoorden van de specialisten werkzaam in de heelkundige en de andere specialismen, zal daar bij de interpretatie van deze antwoorden rekening mee worden gehouden.

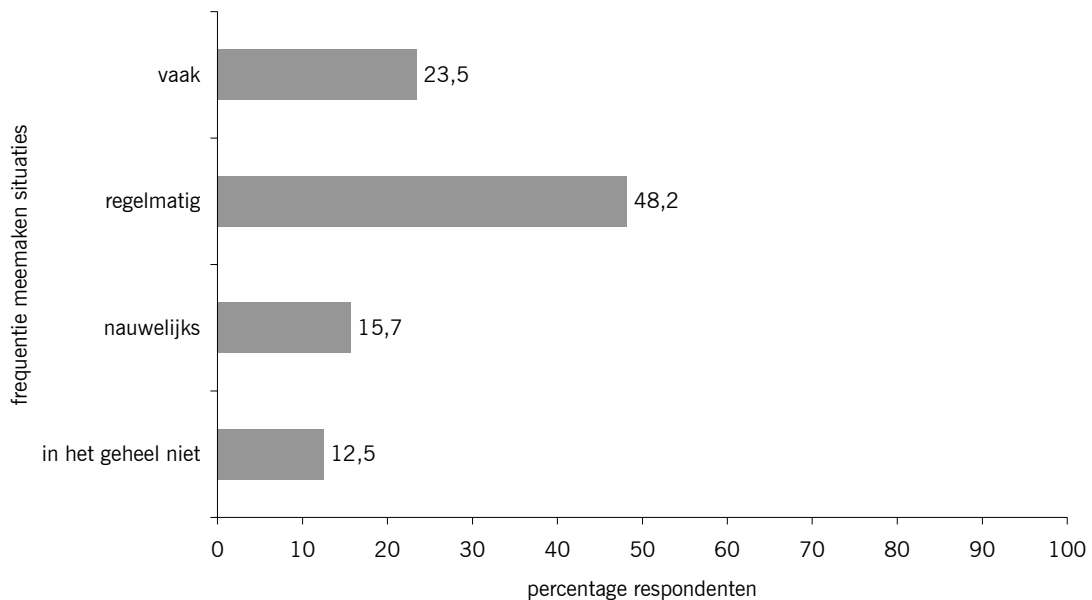
Of de respondenten verschillen van de totale groep medisch specialisten wat betreft de soort en de grootte van de instelling waarin zij werkzaam zijn, weten we niet aangezien deze gegevens niet voor de totale groep medisch specialisten beschikbaar zijn.

2.3 Resultaten

2.3.1 Frequentie en voorbeelden

We hebben de medisch specialisten de algemene vraag voorgelegd in hoeverre zij de afgelopen 12 maanden te maken hebben gehad met situaties waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren zoals ze dat volgens hun eigen professionele normen hadden willen/moeten doen. Uit figuur 2.1 blijkt dat ruim 70% van de 255 respondenten zegt dat ze dat de afgelopen 12 maanden vaak of regelmatig meegemaakt hebben. Iets meer dan 10% geeft aan dat ze dat in het geheel niet meegemaakt hebben.

Figuur 2.1 Situaties waarin medisch specialisten niet die medische zorg kunnen leveren die ze volgens hun eigen professionele normen wel hadden willen/moeten leveren (N=255)



De mogelijkheid bestaat dat er op dit punt verschillen bestaan tussen de specialisten. Vandaar dat in de onderstaande tabel de ervaringen van verschillende groepen respondenten zijn uitgesplitst.

Tabel 2.2 Percentage respondentent die in een bepaalde frequentie te maken hebben gehad met situaties waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren verdeeld naar leeftijd, geslacht, specialisme, soort ziekenhuis en aantal ziekenhuisbedden

	Percentage respondentent dat in een bepaalde frequentie te maken heeft gehad met situaties waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren			
	in het geheel niet	nauwelijks	regelmatig	vaak
Leeftijd				
≤50 jaar (N=159)	10,7	17,0	50,9	21,4
>50 jaar (N=96)	15,6	13,5	43,8	27,1
Functie				
medisch specialist (N=175)	13,2	14,9	48,9	23,0
assistent (N=21)	9,5	14,3	38,1	38,1
hoofd afdeling (59)	11,9	18,6	49,2	20,3
Geslacht				
man (N=218)	11,5	15,1	50,0	23,4
vrouw (N=37)	18,9	18,9	37,8	24,3
Specialismen				
heelkundige specialismen (N=89)	10,1	14,6	50,6	24,7
interne specialismen (N=80)	10,0	11,3	52,5	26,3
gynaecologie/verloskunde (N=25)	24,0	16,0	48,0	12,0
kindergeneeskunde (N=12)	8,3	25,0	50,0	16,7
ondersteunende specialismen (N=49)	16,3	22,4	36,7	24,5
Soort ziekenhuis				
academisch (N=43)	11,6	14,0	48,8	25,6
categoraal (N=17)	11,8	23,5	41,2	23,5
algemeen (N=195)	12,8	15,4	48,7	23,1
Aantal bedden*				
<300 bedden (N=39)	17,9	20,5	43,6	17,9
300-500 bedden (N=76)	18,4	15,8	48,7	17,1
>500 bedden (N=140)	7,9	14,3	49,3	28,6

* significant verschil: Kendall's tau-c = - 0,148 (p=0,004)

De mate waarin groepen medisch specialisten zeggen te worden geconfronteerd met problematische situaties in de patiëntenzorg varieert wel, maar de meeste verschillen zijn niet significant. Er zijn geen significante verschillen tussen de specialismen, de functies (specialist, assistent in opleiding, afdelingshoofd), de leeftijd of het geslacht van de

specialisten. Ook maakt het soort ziekenhuis (algemeen, academisch of categoriaal) niet uit. Wel is er een samenhang met de grootte van het ziekenhuis gevonden: specialisten werkzaam in ziekenhuizen met meer dan 500 bedden maken vaker situaties mee waarin ze niet die zorg kunnen leveren die ze wel willen/moeten leveren, dan specialisten in kleinere ziekenhuizen.

Alle respondenten die de afgelopen 12 maanden wel eens bovenstaande situaties meegemaakt hebben (N=223, 87,5%), is gevraagd één of meerdere voorbeeld(en) van zo'n situatie te noemen. Dit was een open vraag. De antwoorden zijn achteraf geïnclassificeerd in tien categorieën.

Uit tabel 2.3 blijkt dat er niet alleen voorbeelden van ongewenste situaties genoemd zijn maar ook verwezen wordt naar oorzaken (er is geen bed beschikbaar, er is geen personeel beschikbaar, er is geen operatiekamer vrij, personeel wordt ingezet voor oneigenlijke taken) die tot deze ongewenste situaties leiden. De meeste medisch specialisten noemen het voorbeeld dat een patiënt die zorg nodig heeft niet kan opnemen omdat er geen bed beschikbaar is. Een gevolg hiervan is dat men een patiënt gedwongen overplaatst naar een ander ziekenhuis waar wel een bed beschikbaar is. Verder geeft een groot aantal respondenten aan dat patiënten moeten wachten op een opname, een behandeling of een operatie.

Tabel 2.3 Voorbeelden van situaties waarin men niet die medische zorg heeft kunnen leveren die men wel had willen/moeten leveren (N=223) (meerdere antwoorden mogelijk)

Voorbeelden van situaties...	Aantal respondenten (percentage)	
Er is geen bed beschikbaar	134	(60,1)
Gedwongen overplaatsing van patiënten	99	(44,4)
De patiënt moet wachten op opname/operatie/behandeling	85	(38,1)
Er is geen personeel beschikbaar	61	(27,4)
Er is geen operatiekamer vrij	58	(26,0)
Het gewenste onderzoek is niet mogelijk	24	(10,8)
Personeel wordt ingezet voor oneigenlijke taken	13	(5,8)
Patiënt 'moet' eerder ontslagen worden dan wenselijk is	4	(1,8)
Andere situaties	16	(7,2)

Ter illustratie een aantal citaten van respondenten naar aanleiding van deze vraag:

"...een patiënt voor een spoedoperatie die 3 dagen nuchter ligt te wachten, in casu een 75-jarige vrouw..."

"... door lange wachtlijsten worden mensen in het buitenland geopereerd. Maar dan schiet de nazorg tekort. Complicaties na een operatie in het buitenland, de patiënt wordt

dan hier opgenomen. Moet dan in MRSA-quarantaine en daar is dan weer geen plaats voor...”

“... diverse malen opname niet mogelijk doordat geen bedden beschikbaar zijn. Als het niet acuut is dan uitstel van opname, als wel acuut dan doorsturen naar elders. Soms beddenreductie door tekort aan verplegend personeel. Polikliniek: acute patiënten toch zien, maar dat gaat ten koste van de lunchpauze. De planning zit nu al vol tot eind juni, alles wat acuut is moet buiten het reguliere spreekuur om. Op dit moment zijn er 50-60 bedden minder open door personeelstekort, soms nog meer door vakantie of verloop van personeel. Problemen met name op de gewone afdeling, maar soms ook geen IC-bed vrij omdat patiënt niet kan doorstromen naar gewone afdeling....”

“...Ik doe vooral poliklinisch werk. De poli zit zo vol: ik kan mensen pas zien als ze al maanden met iets rondlopen. Ik heb slechts 5 minuten per patiënt en ik moet ze met minimale zorg en informatie de deur uitwerken. Voortdurend werk ik tegen de druk in. Daardoor kan ik geen goede uitleg aan patiënten geven...”

Aan alle respondenten (dus ook aan degenen die bij de algemene vraag hebben aangegeven dat men niet met dergelijke probleemsituaties wordt geconfronteerd) is een aantal specifieke probleemsituaties in de patiëntenzorg voorgelegd. Daarbij is hen gevraagd of ze die situaties meemaken en in welke frequentie ze die meemaken (zie tabel 2.4).

Tabel 2.4 Mate waarin medisch specialisten worden geconfronteerd met situaties waarin men niet die medische zorg heeft kunnen leveren die men wel had willen/moeten leveren (in percentages)

Situaties..	Percentage respondenten dat in een bepaalde frequentie een bepaalde situatie meemaakt					N *
	nooit	jaarlijks	maandelijks	wekelijks	dagelijks	
te weinig tijd voor patiënt tijdens consult	25,4	0,8	7,8	27,0	38,9	244
diagnostisch onderzoek ongewild overslaan	72,3	2,8	12,0	10,4	2,4	249
geen collega's kunnen raadplegen	59,7	7,1	17,8	11,5	4,0	253
niet behandelen met voorkeursmedicijn	70,7	8,6	11,6	6,5	2,6	232
niet (tijdig) opnemen patiënt	16,4	12,5	27,6	33,6	9,9	232
niet (tijdig) opereren van patiënt	22,0	6,9	25,9	34,9	10,3	232
niet doorverwijzen naar ander ziekenhuis	48,1	16,7	22,2	10,0	2,9	239
patiënt eerder ontslaan dan wenselijk	59,7	8,8	13,3	14,6	3,5	226

* een aantal respondenten gaf aan dat de vraag voor hen niet van toepassing is

Uit de resultaten komt naar voren dat drie situaties relatief vaak genoemd worden:

- men heeft te weinig tijd voor een patiënt tijdens een consult (65,9% wekelijks of dagelijks);
- men kan een patiënt niet opereren of laten opereren op het moment dat men dat nodig vindt (45,2% wekelijks of dagelijks);
- men kan een patiënt niet opnemen op het moment dat men dat nodig vindt (43,5% wekelijks of dagelijks).

Zoals uit tabel 2.3 bleek, wordt het laatste aspect ook spontaan op de open vraag het meest door medisch specialisten genoemd als voorbeeld (er is geen bed beschikbaar) van situaties waarin men niet die medische zorg heeft kunnen leveren die men wel had willen/moeten leveren.

In dit onderzoek wordt nagegaan of er sprake is een verlies aan kwaliteit in de medisch specialistische zorg. Dit impliceert een vergelijking in de tijd. Objectief betekent dit dat er op meerdere momenten zou moeten worden gemeten. Dit was echter in het kader van dit onderzoek niet mogelijk. Vandaar dat de respondenten os gevraagd een vergelijking in de tijd te maken. De meeste respondenten (77,6%) gaven aan dat ze nu vaker dan vijf jaar geleden geconfronteerd worden met situaties waarin ze niet de zorg kunnen leveren die ze nodig vinden. Volgens 4,5% is het nu minder het geval en 17,9% constateerde geen verschil op dit punt.

2.3.2 Oorzaken

Aan de medisch specialisten is ook gevraagd of ze een (of meerdere) idee(en) hadden hoe het komt dat ze niet altijd die medische zorg kunnen leveren die ze zouden willen/moeten leveren. Op deze vraag antwoordde bijna iedereen (96,5 %) bevestigend.

Dit was een open vraag. Het gaat dus ook hierbij om de eigen reacties van mensen. De antwoorden zijn achteraf geïnclassificeerd in tien categorieën. Tabel 2.5 toont de resultaten.

Tabel 2.5 Oorzaken van de ongewenste situaties, volgens medisch specialisten (N=246) (meerdere antwoorden mogelijk)

Oorzaken van ongewenste situaties...	Aantal respondenten	(percentage)
Personeelstekort	181	(73,6)
Beddentekort	69	(28,0)
Geldgebrek	56	(22,8)
Geen apparatuur beschikbaar	19	(7,7)
Bureaucratische organisatie	18	(7,3)
Zorg is onaantrekkelijke werkgever	18	(7,3)
Patiënten stellen meer eisen	6	(2,4)
Instelling personeel is veranderd	5	(2,0)
Geld wordt verkeerd besteed	4	(1,6)
Andere oorzaken	32	(13,0)

Een meerderheid van de respondenten noemt het tekort aan medewerkers als oorzaak. Daarnaast worden het tekort aan bedden en apparatuur een aantal malen genoemd. Deze tekorten hangen, volgens de specialisten, samen met geldgebrek of de manier waarop het geld wordt besteed. De 32 andere oorzaken die zijn genoemd zijn bijvoorbeeld onvoldoende secretariële ondersteuning, verkeerd beleid van de zorgverzekeraars en het verloop van medewerkers.

Ter illustratie een aantal citaten van respondenten naar aanleiding van deze vraag:

“...gebrek aan mankracht, waarom delen hoog opgeleide verpleegkundigen eten rond? We hebben een opnamecoördinator nodig die een plek zoekt voor patiënten. Dat moet je niet aan specialisten overlaten om 2 uur te zitten bellen...”

“... waterhoofd aan management (teveel managers, teveel bemoeienissen, ze kosten handen vol met geld), wurgende financiële regelgeving, verstikkende protocollisering door juridische bemoeienissen...”

“...overheid wil niet, neemt geen verantwoording voor gevolgen van bezuinigingen. De zorgverzekeraar zorgt voor veel papierwerk, niks mag, alle hoeveelheden liggen vast...”

2.3.3 Gevolgen

Naast de oorzaken is er ook in de enquête aandacht besteed aan de gevolgen die de ongewenste situaties hebben gehad. Daarbij gaat het aan de ene kant om gevolgen voor patiënten. Aan de andere kant gaat het om de gevolgen voor medisch specialisten in termen van arbeidstevredenheid.

Gevolgen voor patiënten

221 respondenten (86,7%) waren in staat aan te geven welke gevolgen de situaties waarin ze niet die zorg konden leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren, hebben gehad voor de patiënten. Aangezien dit een open vraag was, zijn de antwoorden achteraf geïnclassificeerd in dertien categorieën.

Zoals uit tabel 2.6 blijkt, geeft een groot deel van de respondenten aan dat de probleemsituaties die zij eerder hebben genoemd, volgens hun eigen perceptie belangrijke consequenties hebben gehad voor de gezondheid van de patiënten: achteruitgang in gezondheidstoestand, optreden complicaties, langere herstelperiode. Zesentwintig respondenten noemen het overlijden van patiënten als gevolg.

Zevenentwintig respondenten zijn van mening dat de patiënten helemaal geen gevolgen van de ongewenste situaties ondervinden.

De gevolgen voor de gezondheidstoestand van patiënten werken ook door in andere nadelige zaken zoals langer ziekteverzuim en extra stress en verdriet.

Tabel 2.6 Gevolgen van probleemsituatie voor de patiënten, volgens de medisch specialisten (N=221) (meerdere antwoorden mogelijk)

Gevolgen.	Aantal respondenten	(percentage)
De gezondheid van de patiënt gaat achteruit	96	(43,4)
De patiënt moet wachten	56	(25,3)
De patiënt krijgt complicaties	55	(24,9)
De patiënt wordt overgeplaatst naar een ander ziekenhuis	35	(15,8)
De patiënt ondervindt geen gevolgen hiervan	27	(12,2)
De patiënt overlijdt	26	(11,8)
De patiënt krijgt suboptimale zorg	25	(11,3)
Stress, verdriet voor de patiënt	22	(10,0)
De herstelperiode duurt langer	15	(6,8)
De opnameduur wordt langer	9	(4,1)
Patiënt heeft langer ziekteverzuim	5	(2,8)
De patiënt dient een klacht in	3	(1,4)
Andere gevolgen	16	(7,2)

Ter illustratie een aantal citaten van respondenten naar aanleiding van deze vraag:

“...mensen komen in minder goede conditie op een andere IC terecht omdat ze vervoerd zijn. De ideale zorg kan niet geleverd worden. Wat betreft dialyse gaan mensen eerder dood...”

“...in ambulance ontstond tijdens de overplaatsing eclampsie. Dit was te voorkomen geweest. Een levensgevaarlijke situatie... Dit was niet dodelijk, gelukkig is het goed afgelopen, maar het was op het nippertje. De patiënt is overgeplaatst naar een academisch ziekenhuis, de afloop heb ik nog niet gehoord, mogelijk zijn er wel complicaties geweest...”

“...meer ongemak voor de patiënt, verder reizen naar een ander ziekenhuis. Soms liggen patiënten op een ‘verkeerde’ afdeling, waardoor ze wel eens worden vergeten tijdens een visite...”

Gevolgen voor de medisch specialist

De vragen over de gevolgen voor medisch specialisten zijn vooral gericht op de arbeidstevredenheid. Dit is op twee manieren aan de orde gesteld. Ten eerste is de respondenten direct de vraag gesteld of men vindt dat er een relatie is tussen de probleemsituaties en de tevredenheid met hun werk. Ten tweede is een arbeidstevredenheidsschaal voorgelegd waarop men kon aangeven hoe tevreden men over verschillende aspecten van het werk was. Geanalyseerd is of de antwoorden op de

tevredenheidsschaal samenhangen met de mate waarin men zei dat men met situaties is geconfronteerd waarin men niet de zorg heeft kunnen leveren die men had willen/moeten leveren.

De directe vraag liet het volgende beeld zien. Van de 255 respondenten zei 34,9% dat de tevredenheid met het werk in grote mate wordt beïnvloed door de probleemsituaties. Bijna de helft (49,0%) gaf aan dat er enige mate van invloed was. Respectievelijk 9,4% en 6,7% antwoordden dat dit nauwelijks of geen enkele invloed heeft gehad op de tevredenheid.

In tabel 2.7 worden meningen van de respondenten over de verschillende aspecten van de arbeidstevredenheidsschaal gepresenteerd.

Tabel 2.7 Percentage respondenten dat in een bepaalde mate tevreden is over verschillende aspecten van het werk (N=255)

	Mate waarin men tevreden is				
	1	2	3	4	5
Het werk in het algemeen	0,4	5,5	15,7	61,2	17,3
Tijdsbesteding					
Hoeveelheid tijd beschikbaar per patiënt	4,3	33,3	25,5	36,1	0,8
Hoeveelheid tijd beschikbaar voor patiëntenzorg	1,2	31,0	27,8	38,8	1,2
Hoeveelheid tijd beschikbaar voor nascholing	2,0	19,6	13,7	63,1	1,6
Hoeveelheid tijd nodig voor organisatorische en administratieve werkzaamheden	8,6	42,7	27,5	20,8	0,4
Faciliteiten					
Mogelijkheden professionele contacten met andere artsen	1,2	8,6	16,9	65,5	7,8
Toepassing nieuwe behandelmogelijkheden	3,1	20,0	23,5	51,8	1,6
Praktijkuitrusting en faciliteiten	5,1	20,8	30,2	36,5	7,5
Organisatie en management van het ziekenhuis	16,5	32,9	33,7	16,5	0,4
Beloning					
Inkomen	2,4	12,5	15,7	64,3	5,1
Respect van patiënten	0,4	3,1	13,7	73,3	9,4

1= zeer ontevreden, 2= ontevreden, 3= deels wel, deels niet tevreden, 4= tevreden, 5= zeer tevreden

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een meerderheid van de medisch specialisten (78,5%) in het algemeen (zeer) tevreden is over hun werk. Dat geldt met name voor de beloning (zowel wat betreft inkomen en als betreft het respect van patiënten) en de mogelijkheden voor professionele contacten met andere artsen. Uit de resultaten komt een aantal aspecten naar voren waar men duidelijk veel minder tevreden over is. Het meest opvallend is de ontevredenheid over de hoeveelheid tijd die men aan organisatorische en administratieve werkzaamheden besteedt, de tijd die men per patiënt beschikbaar heeft,

de hoeveelheid tijd die men aan patiëntenzorg kan besteden en de organisatie en het management van het ziekenhuis.

Om na te gaan in hoeverre er een samenhang bestaat tussen arbeidstevredenheid en de mate waarin medisch specialisten zeggen dat men niet de zorg kan leveren die men zou willen/moeten leveren, is er per respondent een score berekend over alle items van de tevredenheidsschaal. Vervolgens is nagegaan in hoeverre de gemiddelde tevredenheidsscores verschillen tussen de groepen die een verschillende frequentie aangaven waarmee men met problemen in de patiëntenzorg is geconfronteerd.

Tabel 2.8 Gemiddelde score op arbeidstevredenheidsschaal van respondenten die in een bepaalde frequentie situaties meemaken waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel zouden willen/moeten leveren

Frequentie van situaties waarin medisch specialisten niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel zouden willen/moeten leveren	Gemiddelde score arbeidstevredenheidsschaal
Vaak	3,22
Regelmatig	3,22
Nauwelijks	3,42
in het geheel niet	3,47

ANOVA: $F=4,76$ ($p=0,003$)

Artsen die nauwelijks of in het geheel geen situaties meemaken waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel zouden willen/moeten leveren blijken een hogere mate van arbeidstevredenheid te hebben dan degenen die dit vaak of regelmatig meemaken. Ditzelfde beeld is ook terug te vinden wanneer de arbeidstevredenheid wordt gerelateerd aan het voorkomen van de specifieke probleemsituaties die aan de respondenten zijn voorgelegd. Alleen bij het niet (tijdig) kunnen opnemen van een patiënt en een patiënt eerder ontslaan dan wenselijk werd geacht, waren de verschillen in arbeidstevredenheid statistisch niet significant.

Aan het einde van het telefonisch interview is de vraag voorgelegd of men verwachtte over vijf jaar nog als medisch specialist werkzaam te zijn: 36 respondenten (14,1%) antwoordde van niet. Meer dan de helft van hen ($n=19$) noemde een verminderde arbeidssatisfactie als belangrijke reden om te stoppen: zes hebben dan de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, vijf gaven aan te gaan genieten van het leven en zes respondenten noemden andere redenen.

We hebben de medisch specialisten gevraagd of ze het met anderen bespreken als ze een situatie meemaken waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren. Bijna alle medisch specialisten (93,3%) bespreken de probleemsituaties met anderen. Deze 238 specialisten hebben we gevraagd met wie ze het

bespreken. Uit tabel 2.9 blijkt dat bijna 90% van hen het bespreekt met één of meerdere collega's. Bijna de helft bespreekt het met de directie van het ziekenhuis. Opvallend is dat bijna niemand de ervaringen bespreekt met een commissie zoals de Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)-commissie of de inspectie voor de gezondheidszorg. Ook patiënten zelf of familieleden worden maar door een klein aantal medisch specialisten genoemd.

Tabel 2.9 Personen met wie medisch specialisten hun ervaringen bespreken (N=238) (meerdere antwoorden mogelijk)

	Percentage respondenten
collega's	87,0
directie / raad van bestuur	44,5
medische staf	27,3
Patiënten/familieleden	5,5
MIP-commissie	2,1
FONA-commissie	1,3
inspectie voor de gezondheidszorg	1,3

2.3.4 Oplossingen

244 respondenten (95,7%) gaven antwoord op de vraag wat er volgens hen concreet aan de situaties waarin ze niet die zorg konden leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren, gedaan zou moeten worden. Aangezien dit een open vraag was, zijn de antwoorden achteraf geclassificeerd in tien categorieën (zie tabel 2.10).

Vanzelfsprekend zijn de genoemde oplossingen in sterke mate gerelateerd aan de oorzaken die men eerder voor de probleemsituaties heeft genoemd. Het personeelstekort speelt dan ook een centrale rol bij de genoemde oplossingen: extra personeel, extra studenten opleiden en de zorg aantrekkelijker maken als werkgever (men geeft hier verschillende suggesties voor zoals een marktconform salaris en betere secundaire arbeidsvoorwaarden). Ook moet er, volgens een aantal medisch specialisten, 'politieke beslissingen' worden genomen zoals: meer geld in de zorg, afschaffen van budgettering, beschikbaar stellen van extra bedden en minder management in het ziekenhuis. Hoe dit precies zou moeten, wordt vaak niet aangegeven.

Ten slotte geven 43 respondenten ook nog hele diverse andere oplossingen zoals: de capaciteit van verpleeghuizen vergroten, 2e en 3e lijnszorg beter op elkaar aan laten sluiten, werk deels door minder geschoolden laten uitvoeren, meer bedrijfsmatig werken, meewerkende hoofdverpleegkundige moet weer terug op de afdeling komen, 50-urige werkweek invoeren.

Tabel 2.10 Oplossingen voor de ongewenste situaties, volgens medisch specialisten (N=244) (meerdere antwoorden mogelijk)

Oplossingen...	Aantal respondenten (percentage)	
Extra personeel	96	(39,3)
Zorg als werkgever aantrekkelijker maken	88	(36,2)
Extra geld	72	(29,5)
Extra studenten opleiden	41	(16,8)
Extra bedden	18	(7,4)
Minder managers, medici aan de macht	18	(7,4)
Meer administratie door niet-medici laten doen	9	(3,7)
Budgettering afschaffen	9	(3,7)
Structuur ziekenhuis/gezondheidszorg veranderen	10	(4,0)
Andere oplossingen	43	(17,6)

Ter illustratie een aantal citaten van respondenten naar aanleiding van deze vraag:

“...Structuur omgooien op veel fronten. Iedereen bewaakt zijn eigen hokjes. Iedereen schermt zijn eigen winkel af. Als je wat meer zou bundelen, zou het beter gaan (samenwerken). Op afdelingen heb je te maken met heel veel verschillende verpleegkundigen. Ze werken in drie of vier ploegen. Bij afwisseling kennen ze vaak de patiënt niet. Een verpleegkundige is gebonden aan een aantal patiënten en van de rest weten ze niets af: is niet zo efficiënt...”

“...politiek moet veranderen, medici moeten medische macht weer krijgen en de macht van de directie moet kleiner...”

“...capaciteit: meer personeel, meer geld, meer ziekenhuizen. En meer efficiëntie wellicht...”

“...meer mensen opleiden, maar een arts opleiden duurt 13 jaar, daar moeten ze eens eerlijk over zijn. Dus zo lang duurt het om het op te lossen. Minder managers en meer verpleegkundigen. Minder bureaucratie...”

2.4 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van een telefonische enquête onder 255 medisch specialisten. Het is de eerste stap in een diepgaander onderzoek dat bedoeld is om het begrip ‘sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg’ nader te definiëren. Met het onderzoek wordt beoogd een kader te scheppen om de omvang van probleemsituaties in de patiëntenzorg in de Nederlandse gezondheidszorg op een systematische wijze in beeld te brengen. Het gaat daarbij om situaties waarbij de medisch

specialisten niet de zorg kunnen leveren die ze eigenlijk, volgens hun eigen professionele normen, zouden moeten leveren.

2.4.1 *Beperkingen van de deelstudie*

Aangezien het hier gaat om een eerste stap, zal het duidelijk zijn dat men voorzichtig en terughoudend moet zijn om vergaande conclusies op basis van dit materiaal te trekken. Het gaat hier immers om een eerste stap in een verkennend onderzoek.

De gegevens zijn afkomstig uit een telefonische enquête onder medisch specialisten. Bij het opstellen van de enquête is niet uitgegaan van een duidelijke, afgebakende definitie van het onderzoeksprobleem. Vandaar dat de antwoorden sterk afhankelijk zijn van de eigen, subjectieve, interpretaties van de respondenten.

In de vragenlijst ligt de nadruk op vragen en stellingen over situaties waarin medisch specialisten niet die medische zorg kunnen leveren die ze willen/moeten leveren. Dit zou de respondenten kunnen beïnvloeden en ervoor kunnen zorgen dat zij de situaties waarin zij wél die zorg hebben kunnen leveren die ze zouden willen/moeten leveren, als het ware ‘vergeten’. Het is dus mogelijk dat de werkelijke situatie positiever is dan de resultaten van dit onderzoek doen vermoeden.

Een ander aandachtspunt is dat kwaliteit van medisch specialistische zorg allerm minst een simpel begrip is. Dit onderzoek beperkt zich tot een onderzoek naar de meningen en ervaringen van medisch specialisten. Wat vinden medisch specialisten zelf: kunnen zij die medische zorg leveren die zij willen/moeten leveren volgens hun eigen professionele normen? Het gaat hier dus om de eigen normen van iedere individuele arts. Expliciete (internationale) normen of richtlijnen voor de problematiek die in dit onderzoek besproken is, worden niet gebruikt. Een objectieve toetsing is dan ook op dit moment onmogelijk.

Een ander aspect waarmee rekening moet worden gehouden bij de interpretatie van de uitkomsten is dat de onderzoekspopulatie op een aantal aspecten afwijkt van de totale populatie. Ten eerste bestaat de groep respondenten uit minder vrouwen. Uit analyses blijkt echter dat het geslacht niet significant gerelateerd is aan de frequentie waarmee medisch specialisten situaties meemaken waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren. We gaan er dus vanuit dat dit aspect niet of nauwelijks gerelateerd is aan de meningen en ervaringen van medisch specialisten. Medisch specialisten werkzaam in de heelkundige (chirurgie, orthopedie, oogheelkunde, urologie en KNO) en ondersteunende specialismen (anesthesiologie, radiologie en pathologie) zijn oververtegenwoordigd in het onderzoek. Dit betekent dat de resultaten van dit onderzoek niet zonder meer generaliseerbaar zijn. Dit was ook niet het hoofddoel van deze stap in het onderzoek. De resultaten worden vooral als input gebruikt in de vervolgfases van het onderzoek.

2.4.2 *Ervaringen en meningen van medisch specialisten*

Aan de hand van de vijf onderzoeksvragen zullen we de resultaten van de telefonische enquête bespreken.

In hoeverre kunnen medisch specialisten in Nederland, naar eigen zeggen, niet die medische zorg leveren die zij volgens hun eigen professionele normen wel zouden willen/moeten leveren?

Ruim 70% van de respondenten zei dat ze de afgelopen 12 maanden vaak of regelmatig zo'n situatie meegemaakt hadden. Iets meer dan 10% gaf aan dat ze zo'n situatie in het geheel niet meegemaakt hadden.

Een groot deel van de medisch specialisten gaf als voorbeeld van zo'n situatie dat hij/zij een patiënt die zorg nodig had niet kon opnemen omdat er geen bed beschikbaar was. Een gevolg hiervan is dat de medisch specialist dan een patiënt gedwongen overplaatst naar een ander ziekenhuis waar wel een bed beschikbaar is. Verder werd diverse keren aangegeven dat patiënten moeten wachten op een opname, een behandeling of een operatie.

Driekwart van de respondenten gaf aan dat ze nu vaker dan vijf jaar geleden geconfronteerd worden met dit soort situaties.

Zijn er verschillen op dit punt wat betreft persoonskenmerken van de medisch specialist en/of het soort en de grootte van het ziekenhuis en/of het specialisme waar men werkt?

De mate waarin specialisten zeggen te worden geconfronteerd met problematische situaties in de patiëntenzorg varieert wel, maar de meeste verschillen zijn niet significant. Er zijn geen significante verschillen tussen de specialismen, naar functie (specialist, assistent in opleiding, afdelingshoofd), naar leeftijd of naar geslacht van de specialisten. Ook maakt het soort ziekenhuis (algemeen, academisch of categoriaal) niet uit. Wel is er een samenhang met de grootte van het ziekenhuis gevonden: specialisten werkzaam in ziekenhuizen met meer dan 500 bedden maken vaker situaties mee waarin ze niet die zorg kunnen leveren die ze wel willen/moeten leveren, dan specialisten in kleinere ziekenhuizen.

Wat zijn de oorzaken van het bovengenoemd kwaliteitsverlies, volgens de medisch specialisten?

Driekwart van de medisch specialisten noemde het tekort aan medewerkers als oorzaak van het kwaliteitsverlies. Verder werden het tekort aan bedden, gebrek aan geld en aspecten van de ziekenhuisorganisatie regelmatig als oorzaak genoemd.

Welke gevolgen heeft het bovengenoemd kwaliteitsverlies voor de patiënten en voor de medisch specialisten, volgens de medisch specialisten?

Een aanzienlijk aantal respondenten geeft aan dat de genoemde probleemsituaties negatieve gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand van patiënten. Ook andere, meer psychische en sociale, gevolgen zijn genoemd.

Opvallend was dat ongeveer één op de 10 medisch specialisten van mening was dat patiënten helemaal geen gevolgen van de ongewenste situaties ondervindt.

De vragen over de gevolgen voor medisch specialisten waren vooral gericht op de arbeidstevredenheid van de medisch specialisten. Van de 255 respondenten zei ongeveer eenderde dat de tevredenheid met het werk in grote mate wordt beïnvloed door de probleemsituaties. Ongeveer 15% antwoordde dat dit nauwelijks of geen enkele invloed heeft gehad op de tevredenheid.

Driekwart van de medisch specialisten is in het algemeen (zeer) tevreden is over hun werk. Dat geldt met name voor de beloning (zowel qua inkomen als qua respect van patiënten) en de mogelijkheden voor professionele contacten met andere artsen. Uit de resultaten komt een aantal aspecten naar voren waar men duidelijk veel minder tevreden over is. Het meest opvallend is de ontevredenheid over de hoeveelheid tijd die men aan organisatorische en administratieve werkzaamheden besteedt, de tijd die men per patiënt beschikbaar heeft, de hoeveelheid tijd die men aan patiëntenzorg kan besteden en de organisatie en het management van het ziekenhuis.

Medisch specialisten die aangaven nauwelijks of in het geheel niet situaties mee te maken waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel zouden willen/moeten leveren, hebben een hogere mate van arbeidstevredenheid dan degenen die dit vaak of regelmatig meemaken.

Van de 255 ondervraagde medisch specialisten verwachten er 19 over vijf jaar niet meer werkzaam te zijn in het beroep ten gevolge van een verminderde arbeidssatisfactie.

We hebben de medisch specialisten gevraagd of ze het met anderen bespreken als ze een situatie meemaken waarin ze niet die medische zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen/moeten leveren. De meerderheid bespreekt met één of meerdere collega's. Bijna de helft bespreekt het met de directie van het ziekenhuis. Opvallend is dat bijna niemand de ervaringen bespreekt met een commissie zoals de Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)-commissie of de inspectie voor de gezondheidszorg. Ook wordt de situatie nauwelijks met de patiënt in kwestie of diens familie besproken.

Welke mogelijke oplossingen zijn er voor het bovengenoemd kwaliteitsverlies, volgens de medisch specialisten?

Gezien de genoemde oorzaken van de probleemsituaties is het logisch dat de oplossingen voor een groot deel in het personeelsbeleid worden gezocht: aantrekken van extra medewerkers, aantrekkelijker maken van het werken in de zorg en dergelijke. Ook extra geld of een andere verdeling van het beschikbare geld worden genoemd als oplossing van de problemen. Daarbij kwam met name de verdeling tussen directe patiëntenzorg en management/organisatie van het ziekenhuis nogal eens ter sprake.

2.4.3 Conclusie

Zoals reeds is aangegeven, moeten we voorzichtig zijn om algemene conclusies te trekken uit de resultaten van dit deelonderzoek. Het lijkt er echter op dat er een kloof is tussen de medische mogelijkheden en wat specialisten zelf als goed medisch handelen zien enerzijds en wat er feitelijk mogelijk is anderzijds. Of er echt sprake is van een *toenemende* kloof, zullen we wel nooit weten. Immers, dat vraagt om vergelijkbare gegevens over meerdere tijdstippen. Die gegevens zijn er simpelweg niet. Wel gaf

driekwart van de respondenten desgevraagd aan dat ze nu naar hun eigen idee vaker dan vijf jaar geleden geconfronteerd worden met situaties waarin ze niet de zorg kunnen leveren die ze nodig vinden.

Hoe dit ook zij, op dit moment geeft een groot deel van de specialisten aan dat ze de afgelopen twaalf maanden regelmatig of vaak niet die zorg hebben kunnen leveren die ze volgens hun eigen professionele normen wel hadden moeten of willen leveren. Driekwart van de medisch specialisten noemde het tekort aan medewerkers als oorzaak daarvan. Verder werden het tekort aan bedden, gebrek aan geld en aspecten van de ziekenhuisorganisatie regelmatig als oorzaak genoemd.

Dergelijke situaties hebben niet alleen direct gevolgen voor de patiënten, maar er is ook een samenhang met de arbeidstevredenheid van de specialisten. Door effecten op het moreel van de werkers in de gezondheidszorg en onvrede bij patiënten kan deze ontwikkeling de gezondheidszorg in een negatieve spiraal van kwaliteitsverlies en demotivatie brengen.

Verder kan worden geconcludeerd dat het voor een verdere structurele kwantificering van het kwaliteitsverlies in de Nederlandse medisch specialistische zorg, van groot belang is dat het begrip specifieker wordt omschreven dan nu het geval is. De telefonische enquête heeft laten zien dat medisch specialisten vrij diverse antwoorden hebben gegeven op de vragen. Regelmatig worden oorzaken en gevolgen verward met de probleemsituatie zelf. Ook de inschatting van de ernst van de genoemde problemen moet verder worden uitgediept. Dit zal in het vervolg van het onderzoek gebeuren.

3 Verdieping van het begrip ‘sluipend kwaliteitsverlies’

3.1 Inleiding

Bij de telefonische enquête, die in het vorig hoofdstuk is besproken, is voor een groot deel aan de respondenten zelf overgelaten wat onder sluipend kwaliteitsverlies kan worden verstaan en welke situaties daarop betrekking hadden. Om het onderzoeksobject nader te specificeren is een tweede deelonderzoek uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van groepsinterviews. Deze hadden drie doelen. Ten eerste diende meer inzicht te worden verkregen in de betekenis van de gegevens van de telefonische enquête. Ten tweede waren de groepsinterviews bedoeld om de ideeën van betrokkenen te bespreken over de manieren waarop sluipend kwaliteitsverlies in de toekomst objectief en systematisch kan worden gemeten. Ten derde vormde de uitkomsten van de groepsinterviews de input voor de ontwikkeling van de schriftelijke vragenlijst die in de derde deelstudie is gebruikt.

In de groepsinterviews stonden de volgende onderzoeksvragen centraal.

- 1 *'Herkennen de deelnemende medisch specialisten dat 70% van hun collega's zegt dat ze vaak of regelmatig situaties meemaken waarin ze niet die zorg kunnen leveren die ze, volgens hun eigen professionele normen, wel hadden willen/moeten leveren?'*
- 2 *'Kunnen de deelnemende medisch specialisten zich vinden in de voorlopige definitie van 'sluipend kwaliteitsverlies'? Zijn er aanpassingen nodig? Welke situaties rekenen zij tot probleemsituaties in de medisch specialistische zorg en welke situaties niet?'*
- 3 *'Wat moet er worden gemeten om een indruk van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg te krijgen?'*

In dit hoofdstuk wordt inzicht gegeven in de resultaten van de groepsinterviews. De resultaten worden geïllustreerd met de meest sprekende citaten uit de discussies.

3.2 Onderzoeksmethode

Vanwege het explorierend karakter van het onderzoek is er voor gekozen om, naast kwantitatieve onderzoeksmethoden, ook een meer kwalitatieve deelstudie op te nemen. Kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals groepsinterviews zijn geschikt om de persoonlijke meningen van respondenten te krijgen. Tijdens groepsinterviews vindt er onderlinge interactie plaats tussen de deelnemers waarbij verschillende perspectieven op

één onderwerp duidelijk worden (Gibbs, 1997) en de deelnemers gedwongen worden tot het geven van goed doordachte antwoorden (Green & Kreuter, 1991; van Assema, 1992). De methode is bij uitstek geschikt in de fase waarin het onderzoeksprobleem verder moet worden gedefinieerd en uitgewerkt. Het is de bedoeling om zo veel mogelijk verschillende meningen te horen in het onderzoek. Statistische representativiteit is niet het doel (Kitzinger & Barbour, 1999). De deelnemers vormen vaak geen representatieve afspiegeling van de gehele onderzoekspopulatie. Er wordt gekozen voor deelnemers die vanuit een bepaalde expertise meningen over het onderzoeksonderwerp kunnen formuleren. Daarbij speelt dat slechts een selecte groep bereid is aan dergelijke groepsdiscussies deel te nemen.

3.2.1 Deelnemers

Er is gekozen om deelnemers te werven uit de kring van bestuurders van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Dit zijn mensen die een breed beeld hebben van hetgeen zich afspeelt binnen het specialisme.

In totaal zijn er zestig brieven verstuurd aan de voorzitters van de 30 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten binnen de curatieve, somatische zorg en de voorzitters van de commissies kwaliteit van deze verenigingen. In deze brieven is de aanleiding en het doel van het onderzoek uitgelegd en gevraagd of men wil deelnemen aan een groepsinterview. Tegelijkertijd ontvingen zij een aanbevelingsbrief van de Orde van Medisch Specialisten.

De medisch specialisten konden telefonisch of via E-mail contact opnemen met de onderzoeker om een afspraak te maken. Om nagenoeg iedereen die bereid was te laten deelnemen, zijn er uiteindelijk vier groepsinterviews gehouden. De deelnemers ontvingen een bevestigingsbrief, een programma voor de discussie en een vragenlijst over achtergrondkenmerken.

Dertig specialisten wilden meewerken aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben vanwege praktische redenen 17 specialisten daadwerkelijk deelgenomen aan de gesprekken. Er is niet gestreefd naar landelijke representativiteit, maar wel naar het horen van veel verschillende opinies van zoveel mogelijk verschillende specialismen.

Er namen gemiddeld vijf medisch specialisten deel aan één groepsinterview en de discussies duurden gemiddeld tweeënehalf uur. De gesprekken hebben tijdens de avonduren plaatsgevonden op het NIVEL, in de periode van 20 augustus tot 12 september 2002.

Aan de groeps gesprekken namen dertien mannen en vier vrouwen deel. Zes deelnemers zijn werkzaam in ondersteunende specialismen (zoals radiologie, pathologie en anesthesiologie), vijf in heelkundige specialismen (zoals chirurgie, orthopedie en oogheelkunde), vier in interne specialismen (zoals neurologie, dermatologie en geriatrie), één in de gynaecologie en één in de kindergeneeskunde. Tien deelnemers werken in een algemeen ziekenhuis, vijf in een academisch ziekenhuis en twee in een categoriaal ziekenhuis. Acht deelnemers zijn werkzaam als vrijgevestigd medisch specialist en negen zijn in loondienst.

3.2.2 *Werkwijze groepsinterviews*

De gesprekken zijn, met instemming van alle betrokkenen, op geluidsband opgenomen om volledige verzameling en uitwerking van de gegevens te vergemakkelijken.

De gespreksleider begon met een verduidelijking van de achtergrond van het onderzoek. Vervolgens is de werkdefinitie van sluipend kwaliteitsverlies gepresenteerd zoals die is opgesteld door de expertgroep ten behoeve van de telefonische enquête. Vervolgens zijn het doel van de groeps gesprekken en de werkwijze ervan uitgelegd.

De gespreksleider beschikte over een vragenroute (zie bijlage 3). Deze vragenroute bestond uit een aantal open vragen die de gespreksleider aan de deelnemers kon stellen om het doel van de gesprekken te bereiken. Tijdens de groeps gesprekken is flexibel omgesprongen met de volgorde van deze vragen zodat de deelnemers niet werden verstoord in hun denkproces en discussie.

De gespreksleider startte met een eenvoudige openingsvraag in de vorm van een voorstelronde, waarbij iedere deelnemer om de beurt de gelegenheid kreeg om te spreken. Hierna werd de deelnemers één van de resultaten van de telefonische enquête voorgelegd, namelijk het feit dat 70% van de medisch specialisten zegt dat zij het afgelopen jaar vaak of regelmatig een situatie mee hebben gemaakt waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen leveren. De vraag was wat de deelnemers van dit percentage vonden. Hierdoor werden de deelnemers aangespoord na te denken over de probleemsituaties in de zorg die zij zelf meemaken.

Als onderwerpen niet spontaan aan de orde kwamen, stelde de gespreksleider zo nodig een vraag. Het einde van de vragenroute bestond uit een afrondingsvraag, waarop de deelnemers nog een punt konden toevoegen aan de voorafgaande discussie.

3.2.3 *Verloop groepsinterviews*

De discussies duurden elk ongeveer tweeënehalf uur en verliepen zonder uitzondering zeer geëngageerd. Omdat de groepen relatief klein waren (gemiddeld 5 personen), kwam iedereen vaak aan het woord.

De discussies verliepen allemaal anders. In één groep is, door de deelnemers, vooral de nadruk gelegd op de negatieve invloed van de bureaucratie in de ziekenhuizen en de belemmerende politieke maatregelen. In een andere groep legden de medisch specialisten de oorzaak van de probleemsituaties grotendeels bij zichzelf. Weer een andere groep benadrukte de mondigheid van patiënten die tot gevolg kan hebben dat sommige specialisten een defensieve houding aannemen tijdens hun werk.

Tijdens geen van de discussies was het nodig om alle vragen uit de vragenroute te stellen, omdat de meeste vragen spontaan aan bod kwamen. De gespreksleider trad ook verder weinig op de voorgrond, waardoor het gesprek inhoudelijk grotendeels bepaald werd door de medisch specialisten zelf.

Concluderend kan gesteld worden dat de medisch specialisten met name door de onderlinge interactie hun ideeën en ervaringen met betrekking tot sluipend kwaliteitsverlies helder hebben kunnen formuleren.

3.2.4 Analyse

De op geluidsband opgenomen en vervolgens letterlijk uitgetypte tekst van de groeps gesprekken is door de twee onderzoekers geanalyseerd op relevante uitspraken voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. De resultaten hiervan zijn samengevoegd en gegroepeerd naar verschillende aspecten van sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg, zoals: frequentie van voorkomen van probleemsituaties, oorzaken, gevolgen, oplossingen en suggesties om kwaliteitsverlies te meten. Dit is geen rigide indeling: sommige uitspraken zijn onder meerdere aspecten te plaatsen (de oorzaak van een fenomeen kan het gevolg zijn van een ander fenomeen).

3.3 Resultaten

3.3.1 Frequentie van voorkomen van probleemsituaties

Bij de opening van de discussies is de deelnemers één van de resultaten van de telefonische enquête voorgelegd; het feit dat 70% van de medisch specialisten zegt dat zij het afgelopen jaar vaak of regelmatig een situatie mee hebben gemaakt waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die ze wel hadden willen leveren, volgens hun eigen professionele normen. Veel deelnemers van de vier groepsdiscussies waren niet verbaasd over dit resultaat. Integendeel, er is ook vaak aangegeven, met name door de snijdende specialisten, dat men zelfs dagelijks dit soort situaties meemaakt. Hieronder volgen een aantal citaten ter illustratie.

“Ik vind 70% heel laag. Ik maak continu situaties mee... Dagelijks vallen mensen af, moet je mensen teleurstellen, dat gaat de hele week door, dag en nacht.”

“Wij weigeren op een beddenaantal van 24 en een aantal opnames van 300 per jaar, per week 5 tot 10 patiënten, dus dat is behoorlijk. We hebben nagevraagd bij de huisarts wat zij doen met die patiënten die wij weigeren. Dan blijkt dat de helft alsnog ergens anders wordt opgenomen, niet op een geriatische afdeling, maar bij een internist of een neuroloog. Met de andere helft blijft de huisarts thuis doorgaan. Toch is dat een teken dat patiënten een tekort aan zorg krijgen...”

“Ik herken dat heel goed. Aanvankelijk was het normaal dat je voor een staaroperatie opgenomen werd. Toen werd vanuit de ziektekostenverzekeraars middels allerlei media gezegd dat het zo heerlijk was dat het in dagbehandeling kon. Dit was voornamelijk goedkoper. De media werden bewerkt om te zeggen dat dit zo heerlijk was, dus gingen de mensen het ook heerlijk vinden. Toen werd gezegd dat het tot 70 jaar, zijnde gezond en met een familielid die op je kon passen, in dagbehandeling moest. Sluipenderwijs ging die 70 jaar naar 75 jaar en nu doen we zelfs 94-jarigen in dagbehandeling, waarbij ook niet meer gekeken wordt of er inderdaad in de andere helft van het echtelijk ledikant iemand ligt 's nachts. Dat vind ik een voorbeeld van sluipend kwaliteitsverlies. We zijn het normaal gaan vinden dat die oudere daar stijf van de zenuwen 's nachts alleen in bed

ligt, zonder dat hij aan iemand iets kan vragen over wat hij voelt in zijn oog. Hiervan hebben wij ons aangepreerd dat dat heerlijk is, maar ze vinden het niet heerlijk...”

“Ik maak dagelijks situaties mee waarin we op het randje balanceren. Of het onverantwoord is...? In ieder geval veroorzaakt het veel stress bij de anesthesiologen. Uit nood doen we altijd twee operaties tegelijk...je zou moeten uitzoeken hoeveel mensen hierdoor overlijden.”

“Ja hoor ik herken het. In de acute zorg hebben we veel problemen omdat we niet genoeg opnamemogelijkheden, operatiemogelijkheden en Intensive Care -plaatsen hebben. Deze zomer was 73% van de operatiekamers gesloten...”

Volgens de deelnemende kinderarts en gynaecoloog komt dit soort situaties in de kindergeneeskunde en de gynaecologie minder vaak voor dan in andere specialismen.

3.3.2 Soort probleemsituaties

Er zijn diverse soorten probleemsituaties beschreven door de deelnemers. De meeste situaties hebben te maken met het opnemen en/of opereren van patiënten en de beschikbaarheid van apparatuur.

Opnemen van patiënten

Specialisten werkzaam in de meeste specialismen geven aan dat ze dagelijks of wekelijks patiënten niet kunnen opnemen. In de kindergeneeskunde daarentegen is er, volgens de deelnemende kinderarts, bijna nooit plaatsgebrek, behalve op de Intensive Care afdelingen.

“Ik moet zeggen dat het binnen de kindergeneeskunde nogal meevalt. Wat ik zo hoor hebben de meeste kinderartspraktijken een bezetting van 60 tot 70%, dus plaatsgebrek is er eigenlijk nooit, behalve op de IC, dat is een groter probleem.”

Er zijn niet alleen wachttijden voor klinische opnames, maar ook voor poliklinische afspraken en operaties.

“...mijn wachtlijst voor de poli: als iemand met mij een afspraak wil maken, dat was vroeger twee weken. De Treeknorm is twee tot drie weken, maar dat is nu zeven weken.”

“Mammacarcinoompatiënten die te horen krijgen dat ze wel geopereerd kunnen worden, maar dat ze daar zes weken op moeten wachten, dat is een duidelijk voorbeeld van wat niet kan. Dat is enorm kwaliteitsverlies. Dat is voor de patiënt emotioneel onaanvaardbaar.”

Opereren van patiënten

Een ander genoemd probleem is het afzeggen van operaties.

“Nou, dat is bij mij iedere dag aan de orde. Dat is vandaag nog geweest, dat gaat de hele week zo door: we zetten zeven patiënten op het operatie-programma en er gaan er drie door. Dat gebeurt elke dag en dan zeggen we elke dag: dat kan toch eigenlijk niet en dat zou niet mogen.”

Beschikbaarheid apparatuur

In de gesprekken kwam ook aan de orde dat het voor veel ziekenhuizen een probleem is om apparatuur tijdig te vervangen of nieuwe technologieën gefinancierd te krijgen.

“Vroeger, hoor je van collega's, was een nieuw apparaat binnen één maand aanwezig en kan het worden gebruikt. Nu heb je het idee dat je rare situaties moet creëren om het erdoor te krijgen.”

“Ik werk met apparatuur die eigenlijk niet meer gebruikt zou moeten worden. De patiënt komt met een vraag, we leggen hem onder een apparaat, maar kunnen het antwoord eigenlijk niet geven, omdat de apparatuur is verouderd, vervanging duurt eindeloos, waar ben je dan mee bezig? Dan ben je puur bezig met het bedotten van je klant, niet meer en niet minder”.

“...De afschrijving is vijf jaar, wij hanteren dus tien jaar en vijftien jaar na datum kom je wellicht aan de beurt. Als je tenminste een verklaring hebt van de technische dienst dat de reparaties duurder zijn dan een nieuw apparaat...”

“Een collega van mij verzamelt in heel Nederland scopen voor ontwikkelingslanden. Maar soms houdt hij er eentje achter omdat die beter is dan onze eigen scoop... Dat is Nederland anno 2002...”

De voorbeelden die de specialisten geven, zijn te onderscheiden in twee soorten situaties. Enerzijds worden situaties genoemd waarvan de medisch specialisten bij voorbaat al zeker weten dat er sprake is van negatieve consequenties voor patiënten omdat de zorg niet optimaal is.

“...Wij hadden in Nederland altijd de beste hoornvliezen van Europa. Door allerlei toestanden is de hoornvliesbank helemaal op z'n gat gegaan. Er worden nu hoornvliezen uit Duitsland gebruikt, die ze in Duitsland niet meer willen gebruiken... Ze zijn slecht nagekeken en van slechte kwaliteit. We hebben hierdoor een veel hoger afstotingspercentage de laatste tijd...”

Anderzijds zijn er situaties waarin de kwaliteit van zorg niet optimaal is, maar waarvan niet van tevoren vast staat of dit ook negatieve consequenties heeft voor patiënten. Het zijn bijvoorbeeld situaties waarin meer risico wordt genomen dan, volgens de professionele normen van de betrokkenen, verantwoordelijk was geweest. De onderstaande citaten zijn een voorbeelden van zo'n situatie.

“Wij proberen andere patiëntenstromen te maken, door laag-risico-patiënten maar heel kort op de IC te leggen en dat bed dus eigenlijk twee, drie keer op een dag te gebruiken. Maar we lopen daar wel risico's mee...”

“... het is in ons vak zo dat er een gigantisch tekort is aan jonge artsen en arts-assistenten. In onze ogen is dat een stuk kwaliteitsverlies: wij staan nu regelmatig met zusters te opereren in plaats van collegae. Dat gaat wel natuurlijk en als die heel veel routine krijgen, dan is dat misschien op langere termijn helemaal geen gekke oplossing, maar wat je mist is de dialoog aan tafel met een copiloot die in noodgevallen de hele zaak kan overnemen, die je erop wijst: zou je niet dit of dat? Dat kan een verpleegkundige natuurlijk veel moeilijker.”

“Een bepaalde therapie houdt in dat een patiënt vier keer per dag oogdruppels toegediend moet krijgen. De patiënt in kwestie kan dat niet zelf en moet dus geholpen worden door de zuster van de thuiszorg. Die komt echter maar maximaal twee keer per dag. Dus wordt er maar twee keer per dag gedruppeld... Dan denk ik: laten we het maar gokken...”

3.3.3 Oorzaken van probleemsituaties

In de loop van de discussies zijn veel verschillende oorzaken van de probleemsituaties ter sprake gekomen. Hieronder volgt een opsomming van de meest genoemde oorzaken.

Gebrek aan verzorgend en medisch personeel

Het personeelstekort is een oorzaak die door alle deelnemers binnen alle specialismen genoemd wordt. Op de vraag hoe het komt dat er zo'n tekort aan personeel is, geven de betrokkenen aan dat onder andere de jarenlange negatieve benadering van de sector hieraan ten grondslag ligt.

“... en dan is het voor jongelui aantrekkelijker om bij een ICT-bedrijf te gaan werken waar je zonder diensten te doen, zonder echt vies werk te hoeven doen, meer verdient...”

Een andere oorzaak van probleemsituaties met betrekking tot personeel is, volgens de medisch specialisten, het feit dat overuren van verpleegkundigen niet meer betaald worden. Dit leidt tot uitstel van operaties.

“Ooit was het zo dat als je een operatie wilde doen en die liep uit, dan kon dat leiden tot overuren en die overuren konden betaald worden, dus de verpleegkundigen die daaraan mee moesten werken dachten: “Ha fijn, een extra centje!” Toen kwam er een regel dat die overuren terugbetaald moesten worden in vrije tijd en dat betekent dat als er teveel vrijetijdsuren terugbetaald moeten worden dat een operatieprogramma in de daguren wordt geschrapt. Afgelopen weekend was daardoor mijn volledige afdeling van 22 bedden leeg, omdat we 99,9% van de mensen moesten opnemen voor een operatieve ingreep. Dat is kwaliteitsverlies.”

Er is sprake van een vicieuze cirkel:

“In ons academisch ziekenhuis hebben we een tekort aan personeel (verpleegkundigen en arts-assistenten) waardoor we minder patiënten kunnen opereren dan we eigenlijk zouden willen. We mogen wel meer arts-assistenten opleiden, maar dat kan alleen als we meer patiënten opereren, want om aan de opleidingseisen van de arts-assistenten te voldoen moeten we een bepaald aantal patiënten opereren... Maar dát is nu juist het probleem: we kunnen niet meer patiënten opereren en dus niet meer assistenten opleiden...”

Management en bureaucratie

Het management van het ziekenhuis is ook ter sprake gekomen. Veel deelnemers geven aan dat de laatste jaren onevenredig veel geld naar het middenkader gegaan is en dat het aantal ‘handen aan het bed’ in verhouding minder gestegen is dan het aantal managers. Dit heeft, volgens de meeste deelnemers, ook geleid tot een sterke toename van bureaucratische regels in het ziekenhuis.

“Zelfs nu we er zoveel managers bij hebben gekregen, kunnen ze het verdorie nog niet alleen, ze hebben ons weer nodig.”

“We moeten wat managers de laan uitsturen en zelf weer wat meer gaan managen. Op nieuwjaarsborrels zie je geen witte jassen meer, alleen nog maar pakken, dat zegt toch genoeg....”

“Ik belde laatst een vriendje in Alkmaar over hun wachtlijst bij een bepaald soort operaties. Het vriendje zei: “Binnen een week hebben wij ze geopereerd.” Een ander vriendje in Amsterdam zei: “Hier moeten ze een half jaar wachten.” Ik zei: “Waarom stuur je ze dan niet naar Alkmaar?” “Nee, dat is een ander ziekenhuis”, zei hij. In Alkmaar hadden ze ook een wachttijd van een half jaar, maar daar hebben ze de organisatie totaal omgegooid en nu hebben ze geen wachttijd meer. Het is gewoon een kwestie van management. En het is toch te gek: Amsterdam-Alkmaar, wat ligt dat nu uit elkaar? De oplossing ligt om de hoek. Dat is toch erg? Het is echt een kwestie van management.”

“Per drie personen die zorg verlenen, hebben we vijf administrerende personen in de gezondheidszorg. Tijdens de Vietnamoorlog was er een turning point toen de Amerikaanse burger hoorde dat er voor elke soldaat die kogels schoot, twee soldaten registreerden hoeveel kogels hij schoot. Dus als wij nog één administrateur in de gezondheidszorg erbij zetten, dan hebben wij dat punt bereikt...”

“Er zit maar 24 uur in een etmaal. Als je dan de helft van de tijd met pamflettencircussen moet vullen dan is er dus geen zorg te leveren. Toevallig komt de patiënt niet voor de manager naar het ziekenhuis, maar voor de dokter...”

Selectie en doorstroom van patiënten

In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem selecteren huisartsen patiënten die in aanmerking komen voor medisch-specialistische behandeling of diagnostisch onderzoek

in het ziekenhuis. Een deel van deze verwijzingen wordt door medisch specialisten als onterecht gezien. Hier wordt door de deelnemers een aantal verschillende oorzaken voor genoemd. Soms is het een gevolg van het feit dat huisartsen het te druk hebben om zelf voldoende tijd aan patiënten te besteden, maar een verwijzing kan ook afgedwongen worden door patiënten zelf of hun familieleden. Daarnaast nemen huisartsen niet altijd de tijd om een patiënt zorgvuldig door te verwijzen of verwijzen huisartsen willekeurig naar een specialist waar op korte termijn plaats is.

“Je ziet een verschuiving van de eerste naar de tweede lijn: de huisarts heeft geen tijd, of neemt de tijd niet om zorgvuldig door te verwijzen. Een deel van de patiënten die naar mij verwezen worden, komt onterecht bij mij. In mijn vereniging wordt gezegd dat één op de drie verwijzingen uit de eerste lijn onterecht is. Dit zijn gedeeltelijk verwijzingen die helemaal niet nodig zijn en waarschijnlijk zijn afgedwongen voor een deel. Maar er is ook een deel ter vervanging van verwijzingen naar andere medisch specialisten: de radioloog heeft ook verstand van pijn, die moet ook maar eens naar de schouder kijken, dan is de patiënt vast onder de pannen...”

Niet alleen de verwijzingen door huisartsen kunnen als onterecht worden gepercipieerd, ook de selectie van patiënten op de afdeling Acute Zorg, verloopt niet altijd even goed. Dit komt mogelijk omdat deze selectie vaak gedaan wordt door de jongste arts met de minste ervaring.

“De jongste staat aan de poort en die verricht allerlei diagnostisch onderzoek om uit te sluiten dat hij gepakt wordt op iets wat hij gemist zou hebben. Waarom zou hij aan het begin van zijn carrière het risico nemen iets te missen? Welk motief zou hij daarvoor hebben; krijgt hij meer salaris als hij meer risico neemt? Nee...”

Een ander reden voor het sluipend kwaliteitsverlies die is genoemd is dat patiënten niet ontslagen kunnen worden omdat er geen plaats is in andere zorginstellingen of geen thuiszorg beschikbaar is. Dit leidt tot stagnatie van patiëntenstromen zodat patiënten die daadwerkelijk ziekenhuiszorg nodig hebben deze niet kunnen krijgen.

“Het is het hele circuit: de moeilijke patiënten die opgenomen worden, die kunnen na twee weken meestal weer weg naar een verpleeghuis, maar die liggen nog voller dan de ziekenhuizen.

Dus daar stagneert het, dan krijg je een soort verplaatsing van de verpleeghuissituatie naar het ziekenhuis. Dat demotiveert iedereen, vooral alle goede mensen, dus je houdt geen verpleging meer over. De demotivatie van verpleging en van dokters is daardoor gigantisch.”

Mentaliteit van specialisten

Volgens sommige specialisten is er sprake van een mentaliteitsverandering onder de specialisten. Specialisten willen niet meer 65 of 75 uur werken per week, ze willen ook vrije tijd hebben.

“...specialisten hebben ook iets van: als ik in loondienst ben, dan werk ik zoveel uur en daar word ik voor betaald en ik ga niet meer werken dan dat, terwijl daar dan de ziektekosten verzekeraar en het ziekenhuis mooi op declareren en ik daar niets van zie...”

“Lang werken is ook niet goed voor de kwaliteit. Als wij vroeger van vrijdagochtend tot maandagavond dienst deden, dan kon je zondagavond natuurlijk je patiënten wel schieten. Ik wil zelf ook niet meer dan 48 uur werken, dus ik doe er zelf ook aan mee...”

Bespreken van problemen

De deelnemers geven aan dat de verhalen over de probleemsituaties niet terecht komen waar ze terecht zouden moeten komen. Op het moment dat een specialist negatief nieuws naar buiten brengt, schaadt dat de eigen organisatie en dat wil men niet.

“... je wordt gezien als een lastpak. Men concludeert niet dat men iets niet goed doet, maar men concludeert alleen dat er een lastpak aan de telefoon is...”

“Is ons probleem niet dat wij het nooit met elkaar eens zijn? Als we dat wel zouden zijn, zou men ook beter naar ons luisteren. Het is niet reëel om te roepen dat Den Haag het niet goed doet. Den Haag is een schatbewaarder. Als wij met z'n allen, en dan écht met z'n allen, iets willen, dan komt het er ook. Daar ben ik van overtuigd. Maar we zijn het nóóit met elkaar eens. Niet alleen tussen verschillende specialismen, maar ook binnen één specialisme verschilt men van mening...”

Attitude van patiënten

Veel specialisten geven aan dat patiënten steeds hogere eisen aan hun behandeling stellen en steeds meer willen weten in vergelijking met vroeger. Enerzijds vinden de deelnemers dit een positieve ontwikkeling.

“Op zich het feit dat mensen details van hun situatie of van hun ziekte willen weten, daar heeft niemand bij ons moeite mee. Daar wordt ook ruim de tijd voor genomen. Patiëntenvoorlichting is een heel belangrijk aspect in ons productieproces...”

Maar de deelnemers geven ook aan dat de randvoorwaarden, zoals extra personeel, extra tijd en extra apparatuur, niet zijn aangepast en dat is wél een probleem. Anderzijds geven de deelnemers aan dat de mondigheid van patiënten soms ook negatieve gevolgen heeft. De mondigheid slaat soms over in een zogenaamd ‘claimgedrag’ bij patiënten.

“...Als je vroeger een knie onderzocht had en je kon niets vinden, dan gaf je de patiënt een hand en dan was je allebei tevreden. Tegenwoordig vraagt de patiënt dan om een röntgenfoto of een MRI want er moet wel iets gevonden worden...”

“... Ja maar, er is ook een cultuurverandering gekomen. Toen wij begonnen hadden patiënten het idee dat ze het voorrecht van een goede gezondheid hadden en op dit moment hebben ze het recht op een goede gezondheid en wij hebben de plicht die eergisteren af te leveren. Hoe aardig die mensen ook zijn, ik tref het heel erg met mijn patiënten, over het algemeen zijn ze heel aardig, ze hebben ook niet meer het begrip van

een overeenkomst tussen inspanning en prestatie. Ze willen dat het eindproduct goed is en dat jij dat regelt, hoe, dat maakt ze niet uit. Je ziet dat het uit elkaar gegroeid is en je onmogelijk aan het verwachtingspatroon kunt voldoen.”

“Waar wij wel mee te maken hebben en wat ik geen positieve ontwikkeling vind, is met name als mensen in de problemen zijn gekomen. Tegenwoordig stappen familieleden dan in hele grote groepen op je af en ze willen alles van je weten, met het mes op de keel. Dat komt bij ons veel voor en de financiële genoegdoening speelt daar natuurlijk een aanjagende rol in. Sommige mensen denken: als ik maar heel agressief van tevoren het naadje van de kous vraag aan die dokter, dan word ik beter behandeld. Maar zo werkt dat niet natuurlijk.”

“Ik vind het idioot dat wij als dokter een halve jurist moeten zijn en dingen moeten verzinnen om ons maar in te dekken.”

Cosmetische zorgverlening

Een andere oorzaak die genoemd wordt, is het spenderen van arbeidsuren aan cosmetische zorgverlening in plaats van medische zorgverlening.

“Het aantal oogartsen dat één dag per week de verticale plooien uit bovenlippen weglasert of de afgezakte wenkbrauwen van mannen ophijst, of wat dan ook... terwijl wij dus wachtlijsten hebben van mensen die gewoon blind worden...”

Informatie- en communicatietechnologie

Verder komt ter sprake dat medisch specialisten, naar eigen zeggen, veel te weinig gebruik maken van informatie- en communicatietechnologieën. Bovendien wordt deze apparatuur vaak niet tijdig vervangen.

“Als je een gemakkelijk en gebruikersvriendelijk systeem zou hebben waarvan je zegt dat we de boel kunnen vervangen en je hoeft nog maar vier regels in te typen en dan is het klaar, dan geloof ik dat iedereen zou juichen, eerlijk gezegd.”

“Als je nu kijkt wat die meisjes op de poli doen: zij zijn bezig met de lijsten voor het spreekuur klaar te maken, de status te zoeken, uitslagen daarin te doen; dat is uit de Middeleeuwen gewoon. Ik snap helemaal nooit dat ze dat leuk vinden. Je krijgt altijd op je donder want er is altijd iets kwijt. Patiënten hebben die gegevens niet, je zit steeds met nood statussen; qua kwaliteit is het absoluut beroerd en het is heel goed op te lossen.”

“Als je ziet wat wij voor computers op de poli hebben staan... Men realiseert zich niet dat die dingen om de zoveel jaar vervangen moeten worden. Om half twaalf gaan alle laboranten pauzeren en hun vakantie boeken via internet. Dan kunnen wij dus niet meer het netwerk op ...”

In alle discussies is naar voren gekomen dat veel medisch specialisten op enige wijze geconfronteerd worden met het verlies van hun professionele autonomie. De vraag hierbij is of de kwaliteit van zorg werkelijk is afgenomen is of dat het een gevoel is dat bij de

medisch specialisten leeft ten gevolge van een veranderende organisatiestructuur van de gezondheidszorg. Het gaat dan om de structuur waarbij medisch specialisten het gevoel hebben dat de directie, het management en patiënten in toenemende mate invloed hebben op zaken die voorheen overwegend door medisch specialisten zelf werden bepaald. Voor een deel wordt dit ook veroorzaakt door de toegenomen onderlinge afhankelijkheid vanwege de stijgende complexiteit van het werk. Behandelingen vergen in toenemende mate samenwerking en afstemming. Dit betekent dat er zowel aan de kant van de medisch specialisten als aan de kant van de andere betrokkenen aanpassingen nodig zijn.

3.3.4 *Gevolgen van probleemsituaties*

De probleemsituaties hebben zowel voor patiënten als voor medisch specialisten gevolgen.

Fysieke en psychische gevolgen voor patiënten

De probleemsituaties kunnen zowel fysieke als psychische gevolgen voor patiënten hebben.

“... Als je voor een hartoperatie gepland wordt dan moet je de hele dag nuchter blijven, de hele dag, en aan het eind van de dag hoort zo 'n patiënt dan dat het niet door gaat, dat gaat gepaard met veel emoties. Die situaties vind ik ontoelaatbaar. Of wachttijden die zo lang zijn dat mensen daardoor komen te overlijden...”

“...Ja, voor een gewone mammagrafie moeten mensen vijf tot zes weken wachten en dat is medisch gezien best verantwoord. Als een vrouw een knobbeltje ontdekt, zal het voor het gevolg niet uitmaken of dat over twee of drie maanden wordt verholpen. Maar voor de patiënt zelf is het natuurlijk een lijdensweg. Die zit vijf weken in onzekerheid en voelt de bui al hangen. Je kunt met spoed wel iets tussendoor doen, maar niet alles. Je wilt die patiënt graag helpen, maar je hebt maar een of twee apparaten en daar kunnen maar zoveel patiënten per dag op...”

Demotivatie specialisten

Dat de probleemsituaties de medisch specialisten demotiveren, is in alle groepsdiscussies aan de orde gekomen. De specialisten geven aan dat als je betrokken bent bij een patiënt, dan wil je tot het uiterste gaan. Dan is het demotiverend als je beperkt wordt door zaken als personeelstekort of geldtekort.

“Vroeger hoorde je niet anders dan dat men zei nog een poosje door te werken. Nu is de discussie: “Hoe lang moet jij nog?” Je ziet aan collega's dat het tussen de 50 en 60 jaar toeslaat.”

“In een overleg hadden we het over wanneer er een hard criterium is waarom iemand niet naar huis kan. Dat is als hij dement is en hij valt en er is dan niemand die hem binnen 24 uur van de grond op kan tillen. Dat kan echt niet. Als we nu iemand naar huis kunnen sturen die niet meer loopt, dus niet meer valt, die we dus in bed kunnen laten

liggen, dat kan dan wel. Dement worden thuis, omdat er geen zorg is, dat mag dan wel... Als je dit soort discussies moet voeren in je team, dat is wel gigantisch frustrerend.”

Ontstaan van Zelfstandige Behandel Centra en privé-klinieken

Het ontstaan van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC) en privé-klinieken wordt door de medisch specialisten zowel genoemd als oorzaak en als gevolg van de probleemsituaties in de ziekenhuizen.

“Die mensen die daar gaan werken krijgen weer lol in hun werk. Ze kunnen goed hun werk doen, ze hebben moderne apparatuur. En als het uitloopt, krijg je dat gewoon uitbetaald en dat wordt niet omgezet in vrije tijd. Je ziet dat er gewerkt wordt op hoog niveau, van acht tot acht, met topapparatuur.”

Maar men geeft ook aan dat in deze privé-klinieken de minder dure ingrepen en minder arbeidsintensieve patiënten worden behandeld en dat de duurdere ingrepen en arbeidsintensievere patiënten worden verwezen naar de reguliere ziekenhuizen. Het onderstaande citaat illustreert dit:

“... een particuliere CVA-kliniek of een particuliere IC-kliniek zullen er nooit komen. Daar moet dik geld bij worden gelegd, die komen met een stroppenpot te zitten.”

3.3.5 Oplossingen voor probleemsituaties

De oplossingen die in de discussies aan de orde kwamen liepen, afhankelijk van de oorzaken die zijn genoemd, zeer uiteen.

Imago zorg

Zo is herhaaldelijk aangegeven dat het imago van de zorg verbeterd moet worden om meer personeel aan te trekken.:

“... en je moet dus echt zorgen met geld en prettige omstandigheden (kindercrèche, andere secundaire arbeidsvoorwaarden) dat men weer massaal in de gezondheidszorg wil werken. Dat is nu het grootste probleem.”

“Er zou een goede PR-campagne moeten komen van binnenuit, opgezet door de overheid en ziekenhuisdirecties, om zo te laten zien wat die mensen in de ziekenhuizen allemaal doen voor de zorg die gevraagd wordt.”

Management

Verder wordt door de deelnemers aan de groepsgesprekken aangegeven dat het management moet veranderen.

“...hoogopgeleid, kwalitatief ter zake kundig management dat rekening houdt met het feit dat er in zijn vak iets verandert, dat er straks misschien een robot nodig is... Hoe gaat het nu? Je bent uren bezig om op te schrijven wat je nodig hebt en waarom en je denkt een

strak verhaal te hebben zodat je vak goed verder kan en naar wie schrijf je dat? Dat management snap er geen fluit van, kijkt alleen naar het bedrag”.

“Dat hele management kan, op een uitzondering na, voor het grootste gedeelte weg. Dan houd je ongelooflijk veel geld over in deze zorg om de core business waar het om gaat, goed adequaat en strak te organiseren en te financieren”.

Communicatie

Daarnaast geven de specialisten aan dat het vaak een kwestie van communicatie is. Het zijn altijd bepaalde specialismen die geen patiënten kunnen opnemen. Het komt nooit voor dat het hele ziekenhuis geen patiënt meer kan opnemen. Als er dus voldoende overlegmomenten zijn met verschillende specialismen dan is het wel mogelijk om een patiënt op te nemen.

“... In ons ziekenhuis bleek dat bepaalde specialismen vaak geen patiënten kunnen opnemen, maar het totale ziekenhuis kan altijd nog patiënten opnemen. Sinds we het daar over gehad hebben binnen ons ziekenhuis, kan ik dus de chirurg bellen om een bed te lenen, want ik zeg er bij dat hij morgen van mij twee bedden kan krijgen. In grote ziekenhuizen gaat zoiets over teveel schijven, maar het zou wel moeten kunnen...”

Bureaucratie

Diverse specialisten geven aan dat er zoveel bestuurlijke lagen in een ziekenhuis zijn dat je op een gegeven moment niet meer weet wie er verantwoordelijk is voor de besluiten die genomen worden. Er is volgens hen een organisatiestructuur in ziekenhuizen gekomen waarbij niet meer is toegestaan dat een aantal lagen zelf besluiten mogen nemen. Het volgende citaat noemt een mogelijke oplossing hiervoor:

“Op een bepaald moment moet er gezegd worden: dit gebeurt gewoon en... klaar! Zonder dat je eerst drie papiertjes moet invullen, zes formulieren terugkrijgt en met een week evalueren tot hetzelfde antwoord komt of niet.”

Reorganisatie van patiëntenstromen

Een andere oplossing die gesuggereerd wordt, is dat er anders omgegaan moet worden met patiëntenstromen in ziekenhuizen. Nu is het vaak zo dat patiënten eerst een uur moeten wachten bij de polikliniek, dan een uur bij de afdeling bloedafname en dan nog een uur bij de afdeling röntgen. Die procesgang kan veel efficiënter.

“We moeten ons zelf aanpassen aan de patiëntenstroom en niet andersom. Nu moet de patiënt zich aanpassen aan de capaciteit die op diverse afdelingen aanwezig is. Ik doe tot vijf uur poli, maar om half vijf gaat het prikklab dicht. Dus als ik een patiënt zie die om half vijf bij mij weggaat, die kan ik niet meer prikken. Dat is zoiets raars...”

3.3.6 *Metten van sluipend kwaliteitsverlies*

Er zijn, tijdens gesprekken, enkele suggesties gedaan voor het meten van het verlies van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg. Een belangrijk resultaat is dat het sluipend kwaliteitsverlies zich volgens de deelnemers niet beperkt tot het resultaat van de zorg (bijvoorbeeld het al dan niet voorspoedig herstellen na een operatie of het overlijden van een patiënt), maar dat het zich ook uit in kenmerken van de structuur van de zorg en het proces van de zorg.

De structuur

Er zijn verschillende suggesties gedaan om structuurkenmerken, zoals beschikbaarheid van bedden, apparatuur en personeel, te meten.

'Je kunt meten hoe vaak je geen opnamemogelijkheid hebt, hoe vaak je geen IC-bed hebt en binnen welke tijd een operatie mogelijk is. Hoe vaak heb je geen innoverende techniek kunnen toepassen? Hoe lang moeten patiënten wachten op de poli? Is dit een gevolg van personeelstekort of heeft het te maken met de organisatie van het ziekenhuis?'

'Je moet meten hoeveel vacatures zijn er nu en hoeveel waren er 5 jaar geleden en hoeveel zijn er over 5 jaar?'

'Je zou ook kunnen vragen hoe vaak per maand of per week het gebeurt dat je een patiënt aangeboden krijgt die je niet in je ziekenhuis kunt opnemen. Hoe vaak moet je leuren om een bed elders? Hoeveel ziekenhuizen heb je daarvoor gebeld? En hoeveel tijd kost dat? Ben je daar als specialist tijd aan kwijt of als arts-assistent?'

'Je kunt meten hoe vaak het voorgekomen is dat je met een tekort aan ondersteunend personeel zat. Hoe vaak heb je last gehad van assistententekort?'

Het proces

Er zijn suggesties gedaan om proceskenmerken te meten zoals wachttijden, tijd beschikbaar per consult en selectie van patiënten.

'Je zou moeten meten hoeveel operatiepatiënten afgezegd zijn, hoeveel spoedingrepen op de wachtlijst inbreken en hoe lang wachtlijsten zijn.'

'Je moet in kaart brengen hoe lang het duurt om op een EEG te wachten.'

'De subjectieve kwaliteit is van belang. Als een grote meerderheid van de artsen regelmatig niet tevreden is over de kwaliteit dan zegt dat genoeg.'

Uitkomsten van de zorg

Er zijn ook enkele suggesties gegeven om de uitkomsten van de zorg te meten. Hierbij werden zaken genoemd als: mortaliteit, complicaties en verlengde opnameduur.

“Je zou moeten meten hoeveel patiënten overlijden ten gevolge van het feit dat wij noodgedwongen twee operatiekamers tegelijk bedienen.”

3.4 Beschouwing en conclusies

In dit hoofdstuk is verslag gedaan van de vier groepsgesprekken met zeventien medisch specialisten. Het is een tweede stap in een verkennend onderzoek dat bedoeld is om het begrip ‘sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg’ in kaart te brengen. Met dit onderzoek wordt beoogd meer inzicht te krijgen in de situaties die medisch specialisten tot dit begrip rekenen. Het gaat daarbij om situaties waarin medisch specialisten niet die zorg hebben kunnen leveren die ze eigenlijk, volgens hun eigen professionele normen, hadden behoren te leveren.

Uit de eerdere telefonische enquête kwam naar voren dat ruim 70% van de medisch specialisten zegt dat ze de afgelopen 12 maanden vaak of regelmatig een situatie meegemaakt hebben waarin ze niet die zorg hebben kunnen leveren die we wel hadden willen leveren. We hebben dit voorgelegd aan de deelnemers van de groepsinterviews. Veel deelnemers waren niet verbaasd over dit resultaat. Integendeel, er is ook vaak aangegeven, met name door de snijdende specialisten, dat men zelfs dagelijks dit soort situaties meemaakt. Volgens de deelnemende kinderarts en gynaecoloog komt dit soort situaties in de kindergeneeskunde en de gynaecologie duidelijk minder vaak voor dan in andere specialismen.

Er zijn diverse soorten probleemsituaties beschreven door de deelnemers. De meeste situaties hebben te maken met het opnemen en/of opereren van patiënten en de beschikbaarheid van apparatuur. De deelnemers hebben diverse oorzaken van de probleemsituaties genoemd, zoals een tekort aan verzorgend en/of medisch personeel, het aantal ‘handen aan het bed’ dat in verhouding minder is gestegen dan het aantal managers, de bureaucrativering van de zorg, slechte doorstroom van patiënten en een onjuiste selectie van patiënten.

De deelnemers hebben zowel gevolgen van de probleemsituaties voor de patiënten als voor hen zelf genoemd. Wat betreft de gevolgen voor de patiënten noemt men vooral de psychosociale en de lichamelijke belasting die veroorzaakt wordt door het wachten op een opname, behandeling en/of operatie.

De gevolgen voor de medisch specialisten zelf uiten zich, volgens de medisch specialisten, vooral in frustraties en demotivatie.

Het ontstaan van Zelfstandige Behandel Centra (ZBC) en privé-klinieken wordt door de medisch specialisten zowel genoemd als oorzaak, gevolg en oplossing van de probleemsituaties in de ziekenhuizen. Enerzijds geeft men aan dat in deze ZBC's en privé-klinieken, de minder dure ingrepen en minder arbeidsintensieve patiënten worden behandeld en dat de duurdere ingrepen en arbeidsintensievere patiënten worden verwezen naar de ‘reguliere’ ziekenhuizen. Dit veroorzaakt probleemsituaties aangezien de ‘reguliere’ ziekenhuizen de minder dure ingrepen en minder arbeidsintensieve patiënten nodig hebben om de kosten van de duurdere ingrepen te compenseren.

Daarnaast zijn deze klinieken ontstaan uit onvrede met de huidige situatie in de 'reguliere' ziekenhuizen en daarmee zijn ze dus een gevolg van de probleemsituaties.

Gezien de genoemde oorzaken van de probleemsituaties is het logisch dat de oplossingen voor een groot deel in personeelsbeleid en organisatie en structuur van de zorg worden gezocht: het imago van de zorg moet worden verbeterd, er moet minder geld aan managers besteed worden, er moet ter zaken kundige managers komen en de communicatie binnen het ziekenhuis moet verbeterd worden. Daarnaast moet voor alle medewerkers weer duidelijk worden waar de verantwoordelijkheden liggen binnen de ziekenhuisorganisatie. Tot slot geeft men aan dat de patiëntenstromen in het ziekenhuis verbeterd moeten worden.

Het is de vraag in hoeverre deze percepties van het probleem en de mogelijke oplossingen ook worden gedeeld door degenen die aan de managementkant van het ziekenhuis werkzaam zijn. Het management van ziekenhuizen zou een andere perceptie kunnen hebben van de aard en omvang van het probleem en van de oorzaken. Dat was evenwel niet de invalshoek van dit onderzoek. In eventueel toekomstig onderzoek, maar zeker ook bij activiteiten ter oplossing van het probleem is afstemming tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie en -management van belang.

De voorlopige werkdefinitie van sluipend kwaliteitsverlies die is opgesteld door de expertgroep heeft als basis gediend voor zowel de telefonische enquête als voor de groepsdiscussies. Deze definitie bestaat uit de volgende vier elementen:

- 1 de professionele normen van de medisch specialist;
- 2 de toenemende kloof tussen medische behandelmogelijkheden en de dagelijkse praktijk;
- 3 het geleidelijk normaal gaan vinden van situaties die eigenlijk niet kunnen;
- 4 de problemen in de directe patiëntenzorg en de (semi-)acute zorg.

Tijdens de discussies is duidelijk geworden dat deze voorlopige werkdefinitie het begrip sluipend kwaliteitsverlies goed omschrijft. Volgens de deelnemers zijn de normen van de medisch specialisten zelf een hele belangrijke indicator om te bepalen of er in een situatie sprake is van sluipend kwaliteitsverlies of niet. Het gaat, volgens hen, dus vooral om een subjectief begrip. Het sluipende karakter wordt onderkend. Zowel bij zichzelf als bij, veelal jongere, collega's ziet een aantal deelnemers dat extra risico's of verminderde kwaliteit van zorg stilzwijgend worden geaccepteerd. Dit komt onder meer tot uitdrukking doordat men binnen de beschikbare middelen probeert te kiezen voor de beste oplossing en dat problemen niet meer worden besproken en gemeld omdat er toch niets aan gedaan wordt. Ook veranderingen in de mentaliteit van medisch specialisten is genoemd als reden waarom situatie waarin suboptimale zorg wordt verleend, steeds meer 'normaal' worden gevonden.

Op basis van de uitkomsten van de groepsinterviews is dan ook besloten om de voorlopige werkdefinitie van sluipend kwaliteitsverlies te handhaven. Aanvankelijk was het idee om het begrip verder te objectiveren door criteria op te stellen waaraan situaties moeten voldoen wanneer er gesproken kan worden van sluipend kwaliteitsverlies. Uit de

discussies komt echter naar voren dat het niet mogelijk is om specifieke situaties op te noemen. Er blijkt namelijk op vier niveaus sprake te kunnen zijn van sluipend kwaliteitsverlies. Op het niveau van het ziekenhuis; bijvoorbeeld wanneer het ziekenhuis geen middelen heeft om apparatuur te vervangen of personeelstekorten op te lossen. Op het niveau van de specialist, bijvoorbeeld wanneer een specialist te weinig tijd heeft voor patiëntenzorg of bij- en nascholing. Op het niveau van de patiënt, bijvoorbeeld dat een patiënt moet wachten op een operatie waardoor de fysieke conditie achteruitgaat. En tenslotte op het niveau van de situatie, bijvoorbeeld dat een patiënt niet in zijn/haar 'eigen' ziekenhuis behandeld kan worden, maar overgeplaatst moet worden naar een ander ziekenhuis. Afhankelijk van het niveau waarop gemeten wordt, kan er dus sprake zijn van kwaliteitsverlies. Het kan zo zijn dat er op het niveau van de patiënt geen sprake is van kwaliteitsverlies (want de patiënt wordt in een ander ziekenhuis alsnog tijdig geopereerd), maar op het niveau van de specialist wél want hij/zij kan niet de geplande operatie in zijn/haar 'eigen' ziekenhuis uitvoeren.

Het is dus moeilijk om situaties te definiëren waarin objectief gezien sprake is van sluipend kwaliteitsverlies. In de volgende stap van dit onderzoek voeren we middels schriftelijke enquêtes een zogenaamde 'last case study' uit. Door een nauwkeurige omschrijving te vragen van de meest recente situatie waarin men niet die zorg heeft kunnen leveren die men wel wilde leveren, willen we diepgaandere informatie krijgen over de probleemsituaties, met name over de ingeschatte ernst.

4 Hoe ernstig zijn de probleemsituaties?

4.1 Inleiding

Uit de telefonische enquête kwam naar voren dat veel medisch specialisten vinden dat ze hun patiënten niet de zorg kunnen bieden die ze nodig achten. Ruim 70% van de ondervraagden antwoordde regelmatig of vaak te maken te hebben met dergelijke situaties. Het betreft vooral tijdsgebrek tijdens consulten, het niet of te laat opnemen van patiënten en langdurig uitstellen van operaties. Ook het ongewild overslaan van diagnostisch onderzoek, het niet kunnen raadplegen van collega's, niet kunnen doorverwijzen naar een ander ziekenhuis of het niet behandelen met het voorkeursmedicijn zijn hierbij genoemd.

De telefonische enquête was vooral gebaseerd op de eigen, subjectieve, interpretaties van de respondenten. Het ging vooral om een eerste beeld van de algemene gevoelens van medisch specialisten over het voorkomen van problemen in de patiëntenzorg. Met de kwalitatieve informatie uit de groepsinterviews die daarop volgden konden de gegevens uit de telefonische enquêtes beter worden geïnterpreteerd en in een meer algemeen kader worden geplaatst. De medisch specialisten die aan de groeps gesprekken deelnamen bevestigden de uitkomsten van de telefonische enquête.

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven is dit onderzoek bedoeld om na te gaan of het mogelijk is het fenomeen dat wordt aangeduid als 'sluipend kwaliteitsverlies' op meer objectieve en systematische wijze in kaart te brengen. Naast het definiëren en kwantificeren van het probleem is het ook de bedoeling om het probleem te kwalificeren: hoe ernstig is het en wat zijn de gevolgen, met andere woorden wat is de ernst van de ervaren probleemsituaties. Om dit concreetiseren is meer gestructureerde informatie van belang op het niveau van de situatie. Daarbij gaat het om de vragen wat er precies in een feitelijke situatie is gebeurd, om welke ziektebeeld het ging, hoe ernstig de situatie is ingeschat door de betrokken medisch specialist en welke gevolgen dit voor de betreffende patiënt heeft gehad. Deze vragen zijn aan bod gekomen in een schriftelijke enquête die in het najaar van 2002 is verstuurd naar een aselechte steekproef van medisch specialisten. Daarin werd expliciet informatie gevraagd over het laatste concrete geval dat men heeft meegemaakt waarbij men niet de zorg kon leveren die men, volgens de eigen professionele normen, had behoren te leveren.

De onderzoeksvragen bij deze deelstudie luiden:

- 1 *'Hoe zag de meest recente situatie eruit waarin de medisch specialist niet de zorg kon leveren die volgens zijn/haar eigen professionele normen gewent was? Wanneer speelde deze situatie zich af? Om wat voor soort patiënten en ziektebeelden ging het? Wat voor soort probleem speelde er?'*

2. *'Hoe ernstig waren deze situaties volgens de inschatting van de betrokken medisch specialist? Welke aspecten van de situatie hangen samen met de ingeschatte ernst?'*
3. *'Hoe is het uiteindelijk met de betreffende patiënten afgelopen? In hoeverre was er een samenhang tussen de afloop en het feit dat de medisch specialist niet de zorg kon leveren die volgens de eigen professionele normen gewenst was?'*
4. *'Met welke personen of instanties bespreken de medisch specialisten de beschreven situaties?'*

4.2 Onderzoeksmethode

Het onderzoek heeft een inventariserend en descriptief karakter. Het doel is om zoveel mogelijk informatie te verzamelen over de laatst meegemaakte situaties waarin medisch specialisten niet die zorg hebben kunnen leveren die ze volgens hun eigen professionele norm wel hadden behoren te leveren. Het is niet de bedoeling om kwantitatieve gegevens over het voorkomen van probleemsituaties in ziekenhuizen te verzamelen.

4.2.1 Vragenlijst

Op basis van de resultaten van groepsinterviews hebben de onderzoekers een eerste conceptvragenlijst opgesteld. Deze vragenlijst is per E-mail voor advies voorgelegd aan de leden van de expertgroep. Hun opmerkingen zijn verwerkt en zo is de definitieve vragenlijst tot stand gekomen.

De vragenlijst bestaat uit veertien gesloten en drie open vragen. Er zijn acht gesloten vragen gesteld over achtergrondkenmerken van de medisch specialist zelf (zoals geslacht, functie, soort specialisme, omvang dienstverband, soort dienstverband, aantal jaren werkervaring) en van het ziekenhuis waar men werkt (zoals soort, grootte). Daarnaast is er een gesloten vraag gesteld over de frequentie waarin men situaties meemaakt waarin de specialist niet die zorg kon leveren die hij/zij wel had willen leveren. Vervolgens zijn er negen vragen gesteld (zes gesloten, drie open) over de meest recente situatie waarin de specialist niet die zorg heeft kunnen leveren die hij/zij wel had willen leveren. De respondent werd gevraagd deze situatie/patiënt in gedachten te nemen en de volgende vragen zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden:

- geslacht, leeftijd en diagnose van de patiënt
- datum van de situatie en tijdstip (binnen/buiten kantoor tijden)
- waarmee had deze situatie te maken: een poliklinische afspraak, opname, operatie, verrichten diagnostisch onderzoek, tijd, medicijnkeuze, overplaatsing, consulteren van een collega of iets anders
- wat was er precies aan de hand in deze situatie?
- hoe ernstig schatte u vooraf de ernst in van de consequenties van deze specifieke situatie?

- welk beleid/welke interventie heeft u uiteindelijk toegepast bij deze patiënt?
- wat had er eigenlijk moeten gebeuren in deze specifieke situatie?
- hoe is het uiteindelijk met deze patiënt afgelopen?
- is er, volgens u, een relatie tussen deze afloop en het feit dat u niet heeft kunnen doen wat u had willen doen?
- heeft u deze situatie met iemand besproken?

Tot slot konden de respondenten nog iets opmerken over de vragenlijst of het onderzoek.

4.2.2 Steekproef en respons

De schriftelijke enquête is, met een aanbevelingsbrief van de Orde van Medisch Specialisten, verstuurd aan een aselecte steekproef van 500 medisch specialisten die werkzaam zijn binnen de curatieve, somatische zorg. Daarbij is gebruik gemaakt van het werkadres. De steekproef bevatte zowel medisch specialisten als specialisten in opleiding. In 55 gevallen bleek de adressering onjuist of was de specialist niet meer werkzaam in het betreffende ziekenhuis. Van de overige 445 vragenlijsten kwamen er 188, na een reminder, ingevuld retour. Dit is een respons van 42,2%.

In de schriftelijke enquête is, conform de telefonische enquête, gevraagd of men in de afgelopen 12 maanden te maken heeft gehad met situaties waarin men niet die medisch zorg heeft kunnen leveren zoals men dat volgens de eigen professionele normen graag had willen doen. Van de 188 respondenten antwoordden er 49 dat dit in het geheel niet het geval is geweest. Van de 139 overgebleven respondenten hebben er 26 geen expliciete casus beschreven. Zij zijn dan ook niet verder in de analyses meegenomen. Uiteindelijk is er dus informatie beschikbaar over 113 concrete probleemsituaties. Het gaat daarbij om (semi)acute situaties en niet om bijvoorbeeld wachttijden voor electieve ingrepen. De hoeveelheid en uitgebreidheid van de informatie varieerden nogal tussen de beschrijvingen.

4.2.3 Respondenten

Bij de onderzoeksopzet kan op twee momenten sprake zijn van selectie. Ten eerste bij de respondenten die de vragenlijst terug hebben gestuurd en ten tweede bij de respondenten die een casusbeschrijving hebben gegeven.

Uit onderstaande tabel blijkt dat de 188 respondenten een representatieve afspiegeling vormen van de totale populatie medisch specialisten in Nederland, wat betreft geslacht. Dit geldt ook voor leeftijd (niet in tabel). De respondenten is niet om hun leeftijd gevraagd maar om het aantal jaren dat men werkzaam is als medisch specialist. Deze twee kenmerken blijken sterk met elkaar samen te hangen. Met behulp van de gegevens uit de telefonische enquête, waarin beide kenmerken waren opgenomen, bleek dat de leeftijdsgrens van onder of boven 50 jaar overeen te komen met minder of meer dan 20 jaar ervaring. Volgens de landelijke gegevens was 38% van de medisch specialisten ouder dan 50 jaar (Van der Velden e.a., 2002), 39% van de respondenten was meer dan 20 jaar werkzaam als medisch specialist.

Wat betreft het type medisch specialisme dat men uitoefent blijkt dat de heelkundige specialisten in de schriftelijke enquête ondervertegenwoordigd zijn.

Tabel 4.1 Kenmerken van respondenten schriftelijke enquête (najaar 2002) en de totale populatie van medisch specialisten (2000), in percentages

	Schriftelijke enquête (n=188)	Landelijke gegevens
	%	%
Geslacht*		
Man	77	78
Vrouw	23	22
Specialisme**		
Heelkundige specialisten	22	29
Interne specialisten	38	35
Gynaecologie/verloskunde	7	7
Kindergeneeskunde	10	8
Ondersteunende specialisten	23	21

* Landelijke cijfers op basis van het aantal werkzame medisch specialisten in 2000 (Van der Velden e.a., 2002).

** Landelijke cijfers zijn gerekend op basis van de gegevens uit Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2002 (Hingstman e.a., 2002). De gegevens hebben betrekking op het aantal werkzame specialisten en AGIO's in algemene, categorale en academische ziekenhuizen in 2000 (exclusief psychiatrie).

In de volgende tabel worden de respondenten die wel en die geen of een onvolledige casus hebben ingevuld met elkaar vergeleken. Geen van de gevonden verschillen is statistisch significant ($p < 0,05$). Drie kenmerken zitten er echter zeer dicht tegenaan. De medisch specialisten die een casus hebben beschreven komen relatief vaker uit een heelkundig of intern specialisme dan uit de gynaecologie, kindergeneeskunde of ondersteunende specialismen. Tevens werken zij relatief vaker in grotere, met name academische, ziekenhuizen. Uit de telefonische enquête bleek ook dat deze groepen medisch specialisten, naar eigen zeggen, vaker zijn geconfronteerd met probleemsituaties.

Tabel 4.2 Kenmerken van respondenten die wel en die geen volledige casus hebben ingevuld, in percentages

	Wel casus (n=113)	Geen casus (n=75)	Totaal (N=188)
	%	%	%
Geslacht¹			
Man	75	80	77
Vrouw	25	20	23
Jaren ervaring²			
≤ 20 jaar	62	60	61
> 20 jaar	38	40	39
Functie³			
Medisch specialist	92	95	93
AGIO	8	5	7
Dienstverband⁴			
Full-time	72	68	71
Part-time	28	32	29
Specialisme⁵			
Heelkundige specialismen	26	16	22
Interne specialismen	42	32	38
Gynaecologie/verloskunde	4	12	7
Kindergeneeskunde	9	11	10
Ondersteunende specialismen	19	29	23
Soort ziekenhuis⁶			
Academisch	24	12	19
Categoriaal	2	0	1
Algemeen	74	88	78
Grootte ziekenhuis⁷			
< 300 bedden	8	14	10
300-500 bedden	33	45	38
> 500 bedden	59	41	52

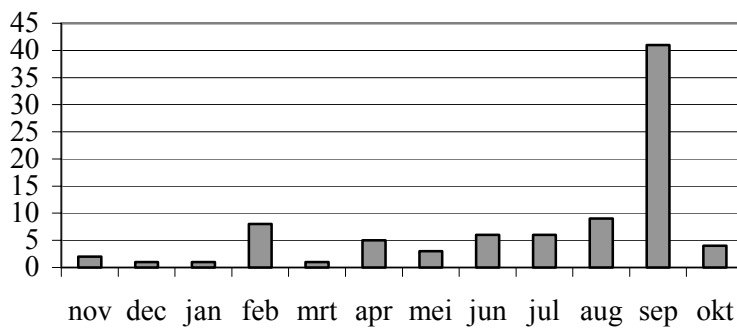
¹ Cramer's V=0,056 (p=0,445), ² Cramer's V=0,022 (p=0,769), ³ Cramer's V=0,051 (p=0,486), ⁴ Cramer's V=0,044 (p=0,592), ⁵ Cramer's V =0,222 (p=0,055), ⁶ Cramer's V=0,171 (p=0,069). ⁷ Cramer's V=0,174 (p=0,062)

4.3 Resultaten

4.3.1 Datum en tijdstip

Door 88 respondenten is ingevuld op welke datum het beschreven voorval zich heeft voorgedaan. Op vier na was dit in 2002. Meer dan de helft van de gevallen (n=45) vond recentelijk plaats, namelijk in de maanden (september en oktober 2002) waarin de vragenlijsten zijn ingevuld, meer dan de helft binnen drie maanden voorafgaand aan het onderzoek en meer dan driekwart binnen een half jaar.

Figuur 4.1 Maand waarin de beschreven situatie heeft plaatsgevonden (november 2001 t/m oktober 2002) (absolute aantallen)



Verder bleek dat de meeste probleemsituaties die zijn beschreven (57,5%) binnen de kantooruren plaatsvonden.

4.3.2 Patiënten: geslacht en leeftijd

In 56,6% van de gevallen ging het om een mannelijke patiënt. De leeftijdsverdeling van de patiënten is in tabel 4.3 te vinden.

Tabel 4.3 Leefijdverdeling patiënten in casus

Leeftijdscategorie	Aantal	Percentage
0 –19 jaar	15	13,3
20-44	30	26,5
45-64	34	30,1
65+	31	27,4
Onbekend	3	2,7
Totaal	113	100

4.3.3 Ziektebeelden

De respondenten konden aangeven om welke diagnose of aandoening het ging in de betreffende probleemsituatie. De antwoorden zijn door de onderzoekers vervolgens ingedeeld in een aantal categorieën. Uit de onderstaande tabel blijkt dat de problemen zich vooral voordeden rond drie diagnosegroepen: trauma's en fractures, kankers en acute infecties/intoxicaties. Zij nemen meer dan de helft van de gerapporteerde gevallen voor hun rekening.

Tabel 4.4 Diagnoses/aandoeningen bij beschreven casus

	Aantal	Percentage
Trauma/fractuur	23	20,4
Infectie/intoxicatie	21	18,6
Kanker	19	16,8
Hartaandoening	8	7,1
Longaandoening	7	6,2
CVA/cerebraal trauma	6	5,2
Complicatie zwangerschap/bevalling	6	5,2
Huidaandoening	4	3,5
Oogaandoening	3	2,7
Goedaardige tumor	2	1,8
Zelfmoordpoging	2	1,8
Overig	9	8,0
Onbekend	3	2,7
Totaal	113	100

4.3.4 Soort problemen

De respondenten konden aangeven welke typen problemen er in de beschreven situatie speelden. Hierbij konden per casus meerdere problemen worden aangekruist. Problemen rondom de opname van patiënten en het uitvoeren van operaties zijn het vaakst genoemd. De andere problemen komen minder vaak voor in de beschreven situaties.

Tabel 4.5 Soort problemen dat zich bij de beschreven casus heeft voorgedaan (meerdere antwoorden mogelijk)

De situatie had te maken met...	Aantal	Percentage
..het opnemen van de patiënt	51	45,1
..het opereren van de patiënt	32	27,4
..het overplaatsen van de patiënt naar een andere instelling	17	15,0
..de beschikbare tijd voor de patiënt	15	13,3
..een poliklinische afspraak maken met de patiënt	11	9,7
..het verrichten van diagnostisch onderzoek	11	9,7
..een bepaalde behandeling niet kunnen uitvoeren	7	6,2
..het behandelen van de patiënt met het medicijn van voorkeur	3	2,7
..een collega consulteren	3	2,7

De problemen rondom de opname en het operen van patiënten zijn meestal het gevolg van capaciteitsproblemen in het eigen ziekenhuis. In veel situaties bleek dat er op het betreffende moment geen bed beschikbaar was op de (IC)-afdeling of dat er geen mogelijkheid was om direct een operatie uit te voeren. Dit kon gebeuren omdat er geen OK-ruimte beschikbaar was of omdat het benodigde personeel (OK-team of anesthesist) niet aanwezig was. In 21 gevallen is expliciet aangegeven dat het ging om een tekort aan IC-bedden. Dit kan betekenen dat een operatie moest worden uitgesteld of dat patiënt niet konden worden gemonitord of beademd.

Bij problemen met betrekking tot het overplaatsen van een patiënt naar een andere instelling moet onderscheid worden gemaakt tussen twee situaties. In het eerste geval moet de patiënt naar een andere instelling worden overgeplaatst (bijvoorbeeld naar een academisch ziekenhuis, naar een kinder-IC of naar een revalidatiecentrum) maar is dit vanwege capaciteitsproblemen in het andere ziekenhuis niet mogelijk. Dit kwam 11 keer voor. In het tweede geval is het overplaatsen van de patiënt de (niet optimale) oplossing voor een capaciteitsprobleem in het eigen ziekenhuis, maar kon deze oplossing niet worden gerealiseerd. Dit kwam zes keer voor.

Een tekort aan tijd voor de patiënt was gerelateerd aan overvolle spreekuren. Dit had, volgens de betreffende artsen, gevolgen voor de anamnese maar ook voor de uitleg die men aan de patiënt kon geven.

Bij de problemen met betrekking tot poliklinische afspraken ging het met name om wachttijden en vertragingen waardoor de medisch specialist (te) laat werd geconsulteerd. Bepaald diagnostisch onderzoek kon niet worden uitgevoerd omdat de benodigde apparatuur niet (direct) beschikbaar was. Dat geldt ook in situaties waar bepaalde behandelingen niet konden worden uitgevoerd.

Bij acht probleemsituaties speelde niet alleen een tekort aan capaciteit maar ook een gebrek aan communicatie en onderlinge afstemming binnen het ziekenhuis (geen interne doorverwijzing, overplaatsing naar andere afdeling zonder overleg) of een onjuiste inschatting van de situatie cq beleid door een collega.

De hierboven genoemde problemen hadden als gevolg dat de noodzakelijk geachte behandeling moest worden uitgesteld of dat er naar alternatieve oplossingen moest worden gezocht. Deze alternatieven worden verderop in dit hoofdstuk besproken.

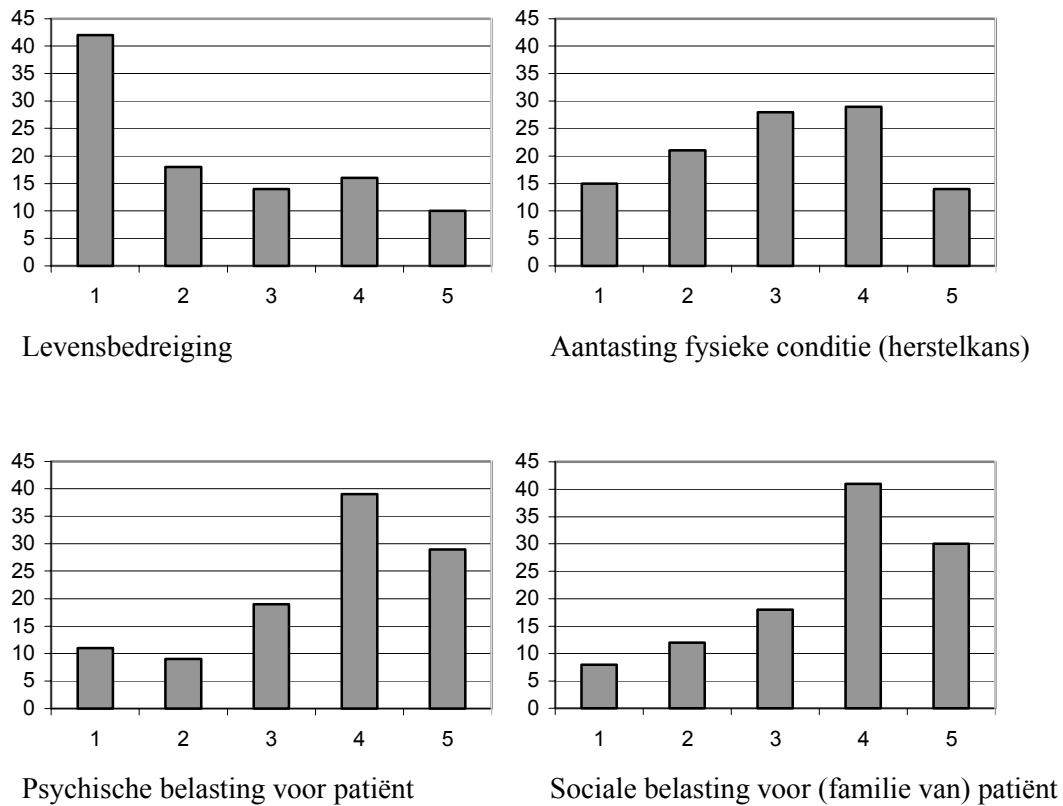
Vanwege de kleine aantallen kan maar in beperkte mate worden nagegaan of sommige probleemsituaties vaker bij bepaalde diagnosegroepen voorkomen dan andere situaties. Problemen met het opnemen van patiënten waren er in de meeste diagnosegroepen. Problemen omtrent operaties lijken er wat meer te zijn bij complicaties zwangerschap/bevalling, trauma, fractuur en kanker, problemen met overplaatsing vooral bij de hartaandoeningen en infectie/intoxicatie. Er zijn indicaties dat problemen met poliklinische afspraken zich relatief vaker voor doen bij de gerapporteerde oog- en huidaandoeningen. Tijdgebrek kwam relatief het vaakst voor bij kanker en huidaandoeningen.

4.3.5 Ernst van de situatie

De medisch specialisten konden op een vijfpuntsschaal aangeven hoe ernstig ze de situatie op het moment dat de probleemsituatie plaatsvond hadden ingeschat (hoe hoger het cijfer, hoe ernstiger de situatie). Daarbij is onderscheid gemaakt in een viertal dimensies: mate waarin de situatie levensbedreigend was, in hoeverre er gevaar was voor aantasting van de fysieke conditie van de patiënt (beïnvloeding van de herstellkans) en de mate van psychische en sociale belasting voor de patiënt of familie.

Over het algemeen worden de psychische en sociale belasting voor de patiënten veel hoger ingeschat dan de mogelijke fysieke gevolgen van het voorval (zie figuur 4.2). De mate van levensbedreiging is gemiddeld ingeschat op 2,3, die van aantasting van de fysieke conditie op 3,1, de psychische belasting op 3,6 en de sociale belasting op 3,7. In 23% van de gevallen werd de situatie als (zeer) levensbedreigend gescoord (score 4 of 5), in 38% van de beschreven situaties was er een (zeer) hoge kans op aantasting van de fysieke conditie van de patiënt, een hoge inschatting van de psychische c.q. sociale belasting voor de patiënt is, door de medisch specialisten, in respectievelijk 68% en 63% van de gevallen genoteerd.

Figuur 4.2 Inschatting van de ernst van de situatie bij beschreven casus (absolute aantallen)(1=laag; 5=hoog)



In de onderstaande tabel zijn de gemiddelde ernstscores uitgesplitst naar het soort specialisme.

Tabel 4.6 Gemiddelde ernstscores per specialisme (in categorieën) (schaal 1 – 5)

Specialisme	Inschatting levensbedreiging	Inschatting aantasting fysieke conditie/herstelkans	Inschatting psychische belasting	Inschatting sociale belasting
Heelkundige specialismen	2,0	3,1	3,9	3,9
Interne specialismen	2,5	3,0	3,6	3,4
Kindergeneeskunde	2,3	2,8	2,7	4,0
Ondersteunende Specialismen	2,5	3,2	3,4	3,7
	F=0,521 p=0,720	F=0,265 p=0,900	F=2,5769 p=0,042	F=1,189 p=0,320

Alleen de inschatting van de psychische belasting verschilt significant tussen de onderscheiden specialismen. Bij de casus die zijn aangedragen door heelkundige specialismen is de ingeschatte psychische belasting voor de patiënt het hoogst, bij de kindergeneeskunde het laagst. Dit wordt veroorzaakt doordat bij de kindergeneeskunde de psychosociale gevolgen voor de ouders waarschijnlijk groter zijn dan voor het kind zelf. Vandaar dat de sociale belasting van de patiënt of familie wel hoog wordt ingeschat.

Er is ook gekeken in hoeverre er een samenhang is tussen de ernst van de situatie en de diagnose/aandoening van de patiënt (tabel 4.7).

Tabel 4.7 Gemiddelde ernstscores per aandoening/diagnosegroep* (schaal 1 – 5)

Diagnose Categorie	Inschatting levensbedreiging	Inschatting aantasting fysieke conditie/herstelkans	Inschatting psychische belasting	Inschatting sociale belasting
Trauma/fractuur	1,6	3,0	3,5	3,7
Kanker	2,2	2,8	4,3	4,1
Hartaandoening	3,5	3,9	3,3	3,3
Longaandoening	1,9	3,1	3,9	3,7
CVA/cerebraal trauma	2,3	3,7	2,3	3,2
Infectie/ Intoxicatie	3,0	2,7	2,9	3,6
Complicatie zwangerschap/ Bevalling	2,8	3,5	4,5	4,0
Overig	2,2	3,2	3,9	3,4
	F=2,615 p=0,017	F=1,190 P=0,316	F=3,646 p=0,002	F=0,709 p=0,664

* Vanwege de geringe aantallen zijn de volgende categorieën aan de categorie 'overig' toegevoegd: oogaandoening, zelfmoordpoging, goedaardige tumor en huidaandoening.

De inschatting van de mate van levensbedreiging en de psychische belasting voor de patiënt verschillen significant tussen diagnosegroepen die zijn onderscheiden. Bij hartaandoeningen en infecties/intoxicatie is vooral sprake van levensbedreigende situaties. Bij kanker speelt de psychische belasting van de patiënt in hogere mate een rol. Bij complicaties bij zwangerschap/bevalling scoren zowel de mate van levensbedreiging als de psychische belasting relatief hoog.

Vervolgens is nagegaan of de ingeschatte ernst te maken heeft met het type probleem dat zich in de beschreven situatie heeft voorgedaan (zie tabel 4.8).

Uit de resultaten blijkt dat moeilijkheden bij het maken van een poliklinische afspraak zich, volgens de respondenten, niet vertalen in negatieve gevolgen voor de fysieke toestand van de patiënt. Dat geldt wel wanneer bepaalde specifieke behandelingen die

noodzakelijk worden geacht, niet zijn uitgevoerd of als er sprake was van een (noodgedwongen) overplaatsing van een patiënt naar een ander ziekenhuis. Bij het laatst genoemde probleem wordt de psychische belasting over het algemeen wat lager ingeschat dan in andere gevallen.

Tabel 4.8 Gemiddelde ernstscores per soort probleemsituatie (schaal 1 – 5)

Gerapporteerd probleem		Inschatting	Inschatting	Inschatting	Inschatting
		levensbedreiging	aantasting fysieke conditie/ herstelkans	psychische belasting	sociale belasting
Poliklinisch afspraak	Ja	1,4 *	2,3*	3,8	3,2
	Nee	2,4	3,1	3,6	3,7
Opname	Ja	2,7	3,1	3,6	3,8
	Nee	2,1	3,0	3,7	3,5
Operatie	Ja	2,0	3,2	3,9	3,8
	Nee	2,5	3,0	3,5	3,6
Diagnostisch onderzoek	Ja	1,8	2,6	4,2	4,3
	Nee	2,4	3,1	3,6	3,6
Beschikbare tijd	Ja	1,8	2,8	3,7	3,7
	Nee	2,4	3,1	3,6	3,7
Medicatie	Ja	3,0	3,0	3,7	4,0
	Nee	2,3	3,1	3,6	3,7
Overplaatsing	Ja	3,4*	3,4	3,0*	3,3
	Nee	2,2	3,0	3,7	3,7
Collega consulteren	Ja	1,5	2,0	3,0	2,7
	Nee	2,4	3,1	3,6	3,7
Specifieke behandeling	Ja	3,7*	3,4	3,4	3,7
	Nee	2,3	3,3	3,6	3,7

* significant verschil in gemiddelde ernstscores tussen situaties waarin het genoemde probleem zich wel en situaties waarin het genoemde probleem zich niet voor heeft gedaan. (ANOVA, $p < 0,05$)

Vervolgens is bestudeerd of artsen die aan hebben gegeven dat ze vaak met situaties te maken hebben gekregen waarin men niet de zorg kon leveren die men nodig achtte, een ander inschatting maakte van de ernst van de laatste situatie dan artsen die daar minder vaak mee te maken hadden (tabel 4.9).

Het enige significante verschil dat is gevonden is dat artsen die zeggen vaak te worden geconfronteerd met probleemsituaties de aantasting van fysieke conditie hoger hebben ingeschat bij de laatste situatie die zich heeft voorgedaan dan de andere artsen.

Tabel 4.9 Gemiddelde ernstscores naar frequentie waarin specialist situaties meemaakt waarin niet de zorg kon worden geleverd die nodig was

In hoeverre het afgelopen jaar situaties meegemaakt	Inschatting levensbedreiging	Inschatting aantasting fysieke conditie/herstelkans	Inschatting psychische belasting	Inschatting sociale belasting
Vaak	2,8	4,2	3,6	3,8
Regelmatig	2,2	2,9	3,7	3,7
Nauwelijks	2,3	2,7	3,6	3,4
	F=1,000 p=0,372	F=10,967 p=0,00	F=0,013 P=0,987	F=0,472 p=0,625

Tenslotte zijn ook de relaties tussen ingeschatte ernst en andere kenmerken van de betrokken patiënten en medisch specialisten onderzocht. Hieruit kwamen geen significante verschillen naar voren.

4.3.6 Professionele normen en oplossingen

Het gaat in dit onderzoek om situaties waarin de medisch specialisten niet volgens hun eigen professionele normen kunnen handelen. Er is dus sprake van een discrepantie tussen het beleid dat men bij de betreffende patiënt heeft toegepast en de eigen professionele normen. Om hier beter inzicht in te krijgen is gevraagd om bij iedere casus aan te geven wat men uiteindelijk heeft gedaan (welke oplossingen heeft men gekozen) en wat er, volgens de respondenten, in de specifieke situatie had moeten gebeuren.

Tabel 4.10 Gerealiseerd beleid in betreffende probleemsituatie (gekozen oplossing, meerdere mogelijkheden per casus)

	Aantal	Percentage
Overplaatsing naar ander ziekenhuis	41	36,3
Afwachten/uitstel van onderzoek en/of behandeling	33	29,2
Suboptimale zorg	32	28,3
Zo snel mogelijk, alsnog behandelen	8	7,1
Intern schuiven en doorverwijzen	4	3,5
Geen oplossing/patiënt overleden	2	1,8

Zoals vermeld, heeft het grootste deel van de probleemgevallen te maken met een gebrek aan opname- c.q. OK-capaciteit in het eigen ziekenhuis. Deze problemen worden voor

een groot deel opgelost door patiënten over te plaatsen naar andere ziekenhuizen. Dit betekent uitstel van de behandeling en in enkele gevallen is door de respondent aangegeven dat er sprake was van extra risico's (in verband met transport of uitstel). Overigens bleek het vinden van een plaats in een ander ziekenhuis ook in een aantal gevallen problematisch te zijn. Het kost vaak veel tijd om een overplaatsing en het transport te regelen. Ook geven enkele medisch specialisten aan dat het veel tijd vergt om de patiënt en de familie de situatie uit te leggen. In enkele gevallen is het uiteindelijk niet gelukt om de patiënt elders onder te brengen. Verder komt uit de beschreven casus naar voren dat de continuïteit van zorg bij een overplaatsing in gevaar kan komen. De meeste artsen geven namelijk aan dat ze niet meer weten wat er met een patiënt is gebeurd, wanneer deze is overgeplaatst.

Bij 33 gevallen is aangegeven dat men de probleemsituatie heeft moeten accepteren omdat er geen alternatief voor handen was. Dat betekent dus afwachten en uitstel van onderzoek en/of behandeling.

Een oplossing die in 32 gevallen is gekozen, is dat andere (medische) zorg wordt verleend dan aanvankelijk de bedoeling was (suboptimale zorg). Daarbij kan worden gedacht aan poliklinische behandeling in plaats van een opname, het voorschrijven van een medicijn van tweede keuze, een patiënt op een reguliere afdeling opnemen in plaats van een IC-opname of overplaatsing naar een perifeer ziekenhuis in plaats van een academisch ziekenhuis.

De oplossing 'zo snel mogelijk alsnog behandelen' had vooral te maken met situaties waarin al sprake was van ongewenst uitstel, bijvoorbeeld omdat het te lang duurde voordat een poliklinische afspraak met de medisch specialist kon worden gemaakt, of een onjuiste inschatting/behandeling van een collega.

Als vervolgens het gerealiseerde beleid wordt vergeleken met wat er volgens de medisch specialist in de situatie had moeten gebeuren, blijkt het vooral te gaan over te lang uitstel van onderzoek of behandeling, het leveren van suboptimale zorg en het nemen van extra risico's. Tevens vonden veel respondenten dat de patiënt direct in het eigen ziekenhuis had moeten worden opgenomen en niet had moeten worden overgeplaatst.

Tabel 4.11 Vergelijking tussen gerealiseerd beleid en eigen professionele normen van medisch specialisten bij genoemde probleemgevallen (meerdere mogelijkheden per geval)

	Aantal	Percentage
Te lang uitstel of wachttijd (vertraging)	65	57,5
Andere zorg dan bedoeling was	37	32,7
Patiënt had niet moeten worden overgeplaatst	23	20,4
Extra risico genomen	8	7,1

4.3.7 Afloop

Informatie over de uiteindelijke afloop van de situatie kan inzicht geven in de mogelijke gevolgen van de probleemsituaties voor de patiënten (tabel 4.12).

Bij bijna 30% van de gevallen kon de medisch specialist niet aangeven hoe het uiteindelijk met de betrokken patiënt is afgelopen. Dit komt onder meer doordat patiënten zijn overgeplaatst naar andere ziekenhuizen, doordat andere artsen de behandeling hebben overgenomen of omdat het nog te kort geleden is gebeurd of op het moment waarin de vragenlijst werd ingevuld nog niet duidelijk was. Bij een groot deel van de overige gevallen heeft de respondent geen bijzonderheden genoteerd. Dit zijn situaties waarbij de zorg die, in de ogen van de betrokken specialist, niet optimaal was, geen gevolgen voor de patiënt heeft gehad.

In bijna 10% van de gevallen is de patiënt overleden, in 15% is de fysieke conditie van de patiënt aangetast, in 11% geldt dat voor de psychische condities en 4% werden andere zaken genoemd, met name langdurigere opname of behandelingen dan in principe noodzakelijk waren.

Tabel 4.12 Afloop van de probleemsituatie voor de betrokken patiënt

	Aantal	Percentage
Onbekend/geen zicht op	33	29,2
Geen bijzonderheden	35	31,0
Patiënt is overleden	11	9,7
Fysieke conditie van patiënt is aangetast	17	15,0
Psychische conditie van patiënt is aangetast	12	10,6
Anders	5	4,4

De vraag is natuurlijk of de afloop anders zou zijn geweest als de patiënt conform de eigen professionele normen was behandeld. De respondenten is dan ook gevraagd aan te geven of er, volgens hen, een relatie is tussen de afloop en het feit dat men niet heeft kunnen doen wat men eigenlijk wel had willen doen. Gevallen waarbij niet kon worden aangeven hoe het uiteindelijk met de patiënt is afgelopen, zijn hierbij buiten beschouwing gebleven. (zie tabel 4.13)

Wanneer er geen bijzonderheden worden vermeld met betrekking tot de afloop van het voorval, is er in de meeste gevallen geen relatie met het feit dat de medisch specialist niet de zorg kon verlenen die nodig werd geacht. Wanneer er sprake was van aantasting van de fysieke dan wel psychische conditie van de patiënt was er, volgens de betrokken medisch specialisten, in de meeste gevallen wel een direct verband. In 13 gevallen hebben de problemen uiteindelijk, naar het oordeel van de medisch specialist, de fysieke conditie aangetast en in negen gevallen de psychische conditie. Bij de gevallen waarbij de patiënt is overleden is het beeld niet eenduidig. In drie van de 11 gevallen geeft de

respondent aan dat er een directe relatie is tussen het overlijden en de probleemsituatie. In vier gevallen was er geen directe relatie (de overlevingskans was waarschijnlijk ook gering als er wel volgens de eigen professionele normen van de arts was gehandeld). Eveneens in vier gevallen was deze relatie, volgens de arts, niet vast te stellen. Hoewel er door twee respondenten daarbij werd aangegeven dat het wel ‘zeer aannemelijk’ is.

Tabel 4.13 Relatie tussen de afloop voor de patiënt en het feit dat de medisch specialist niet volgens de eigen professionele normen heeft kunnen handelen (absolute aantallen)

	Is er, volgens de medisch specialist, een relatie?			
	Ja	Nee	Niet vast te stellen	Aantal
Geen bijzonderheden	0	24	10	34 ¹
Patiënt is overleden	3	4	4	11
Fysieke conditie patiënt is aangetast	13	0	4	17
Psychische conditie patiënt is aangetast	9	0	2	12 ¹
Anders	1	0	3	5 ¹
Totaal	26	28	23	77

¹ één respondent heeft de vraag niet beantwoord

Op basis van bovenstaande gegevens kan worden berekend dat in bijna de helft van de gevallen niet kan worden vastgesteld of de probleemsituatie uiteindelijk gevolgen heeft gehad voor de patiënt. In 25% van de gevallen hebben de problemen, volgens de medisch specialisten, geen invloed gehad op de uiteindelijke afloop, terwijl daarvan in 23% van de gevallen wel sprake van was.

Tenslotte hebben de medisch specialisten ingevuld of ze het voorval met anderen hebben besproken. Tabel 4.14 toont de resultaten.

In ongeveer één op de tien gevallen heeft de medisch specialist de situatie met niemand besproken. In de meeste gevallen is er wel met collega's binnen de maatschap of vakgroep over het voorval gesproken. Daarnaast is in 45% van de gevallen de situatie besproken met de patiënt of de familie. Het bleek dat de situatie vaker werd besproken met de patiënt of familieleden wanneer de psychische en/of sociale belasting hoger werd ingeschat (niet in tabel).

Tabel 4.14 Personen/instanties met wie medisch specialisten het voorval hebben besproken (meerdere antwoorden mogelijk)

	Aantal	Percentage
Niemand	11	9,7
Patiënt/familieleden	51	45,1
Collega's binnen maatschap/vakgroep	75	66,4
Medische staf	14	12,4
Directie/Raad van Bestuur	21	18,6
MIP-commissie of FONA-commissie	4	3,5
Klachtencommissie	3	2,7
Kwaliteitsfunctionaris	1	0,9
Inspectie voor de gezondheidszorg	3	2,7
Overige	11	9,7

4.4 Beschouwing en conclusie

De schriftelijke enquête was erop gericht te concretiseren wat er feitelijk heeft afgespeeld in de probleemsituaties die zich in de acute medisch specialistische zorg in Nederland voordoen. Hiervoor is gestructureerde informatie over specifieke probleemgevallen verzameld. Het gaat daarbij om situaties waarin er sprake is van een discrepantie tussen het beleid dat bij een specifieke patiënt is toegepast en de eigen professionele normen van de medisch specialist.

Via een aselecte steekproef van 500 medisch specialisten zijn uiteindelijk 113 bruikbare casusbeschrijvingen gevonden. Het is moeilijk te bepalen in hoeverre zij representatief zijn voor alle probleemgevallen in Nederland. Wel kan worden vastgesteld dat de medisch specialisten die de casusbeschrijvingen hebben ingevuld, qua leeftijd en geslacht, redelijk vergelijkbaar zijn met landelijke cijfers. Belangrijkste verschil is dat er meer specialisten uit de interne specialismen een casus hebben ingevuld. Dit kan invloed hebben op het soort probleemsituaties dat is gerapporteerd. Overigens kan de oververtegenwoordiging ook zijn veroorzaakt doordat de interne specialismen vaker met degelijke probleemsituaties worden geconfronteerd dan bepaalde andere specialismen. In dat geval is er dus eigenlijk geen sprake van een oververtegenwoordiging. Ook moet worden opgemerkt dat de gebruikte onderzoeksmethode vooral gericht is om schrijvende, in het oogspringende, gevallen te vinden. Sluipend kwaliteitsverlies in de zin van problemen die al zo'n onderdeel van de dagelijkse praktijk dat ze niet meer als probleemsituatie worden onderkend, blijven daarmee onderbelicht.

Een ander discussiepunt met betrekking tot de representativiteit van de gegevens is dat van de 188 respondenten die de schriftelijke enquête hebben geretourneerd, er 49 antwoorden dat ze in de afgelopen 12 maanden in het geheel niet te maken hebben

gehad met situaties waarin men niet die medische zorg heeft kunnen leveren zoals men dat volgens de eigen professionele normen graag had willen doen. Dit is 26,1%, een veel hoger percentage dan in de telefonische enquête waarover in hoofdstuk 2 is gerapporteerd. Daarbij gaf namelijk 12,5% dit antwoord. Aangezien er geen vergelijkingsmateriaal is, is het niet mogelijk om aan te geven welke schatting het betrouwbaarst is. Wel kan op twee methodologische verschillen worden gewezen die mogelijk een rol spelen. Hoewel bij beide enquêtes dezelfde vraag is gesteld, was het beantwoorden van de vraag in de telefonische enquête vrijblijvender dan in de schriftelijke enquête. In de telefonische enquête is gevraagd naar een recentelijk voorbeeld terwijl in de schriftelijke enquête detailinformatie over een specifieke casus werd gevraagd. Dit kan er toe hebben geleid dat de respondenten meer over de vraag hebben nagedacht en daardoor een genuanceerder antwoord hebben gegeven. Ook is het mogelijk dat respondenten eerder aangaven dat men niet met dergelijke situaties wordt geconfronteerd omdat men dan de vragenlijst niet verder in hoefde te vullen. Daarnaast kunnen verschillen in de onderzoekspopulaties een rol hebben gespeeld. Aan de telefonische enquête hebben wat meer mannen, heelkundige specialisten en iets meer specialisten werkzaam in grotere ziekenhuizen deelgenomen dan aan de schriftelijke enquête.

De eerste onderzoeksvraag is: *Hoe zag de meest recente situatie eruit waarin de medisch specialist niet de zorg kon leveren die volgens zij/haar eigen normen gewenst was? Wanneer speelden de situaties, bij welke patiënten en ziektebeelden en wat was de aard van de problemen?* Een groot deel van de gerapporteerde gevallen vond plaats in de maand waarin de vragenlijst is ingevuld, meer dan de helft binnen drie maanden voorafgaand aan het onderzoek en meer dan driekwart binnen een half jaar. Probleemsituaties treden zowel binnen als buiten kantooruren op. Het lijkt er echter op dat de problemen zich relatief meer buiten kantooruren manifesteren. Het percentage casus dat speelde buiten kantooruren was namelijk 43%. Dit percentage ligt waarschijnlijk veel lager wanneer alle patiëntcontacten (zoals poliklinische consulten, opname en operaties) van medisch specialisten in ogenschouw worden genomen. Kwantitatief vergelijkingsmateriaal is echter niet beschikbaar. De meerderheid van de casus (57%) betrof mannelijke patiënten, terwijl vrouwen over het algemeen meer gebruik maken van medisch specialistische zorg (zowel met betrekking tot contacten met medisch specialisten als met betrekking tot ziekenhuisopnames) (Somai en Hutten, 2002). De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 46 jaar. Dit is laag vergeleken met cijfers uit ander onderzoek (zie bijvoorbeeld Janse e.a., 2002). Ook de trend in de leeftijdsverdeling bij de casus-patiënten is niet in overeenstemming met de gegevens over zorggebruik. Contact met een medisch specialist en ziekenhuisopnamen nemen sterk toe met leeftijd (Somai en Hutten, 2002). Dat is niet terug te vinden bij de patiënten uit de casus. De meeste patiënten zijn tussen de 45 en 65 jaar. Het lijkt er dus op dat mannelijke patiënten relatief vaker in de casusbeschrijvingen van probleemsituaties voorkomen en oudere patiënten wat minder. Dat kan natuurlijk te maken hebben met het type problemen waarover is gerapporteerd en het feit dat het hier gaat om acute situaties in de curatieve zorg, wachttijden voor electieve ingrepen blijven bijvoorbeeld buiten beschouwing.

Aan de respondenten is gevraagd om aan te geven welke aandoening/diagnose de patiënt had. De antwoorden zijn door de onderzoekers ingedeeld in 11 categorieën. Drie groepen kwamen relatief vaak voor: trauma/fractuur, infectie/intoxicatie en kanker. Ook hart- en longaandoeningen, CVA/cebraal trauma, complicaties bij zwangerschap/bevalling, huid- en oogandoeningen, goedaardige tumoren en zelfmoordpogingen kwamen meerdere malen voor.

Wanneer wordt gekeken naar de feitelijke aard van problemen blijkt dat de acute probleemsituaties grotendeels worden veroorzaakt door onvoldoende capaciteit in de ziekenhuizen waardoor patiënten niet direct of binnen een redelijke termijn konden worden opgenomen of geopereerd terwijl dat volgens de betrokken medisch specialist wel nodig was. Andere problemen die zich, zij het in minder mate, voordoen zijn het overplaatsen van een patiënt naar een andere instelling, te weinig tijd voor patiënten, vertraging in het maken van een poliklinische afspraak en het niet (tijdig) kunnen verrichten van diagnostisch onderzoek.

De tweede onderzoeksvraag heeft betrekking op de ernst van de situatie: *Hoe ernstig waren deze situaties, volgens de inschatting van de betrokken medisch specialist? Welke aspecten van de situatie hangen samen met de ingeschatte ernst?* Per casus konden de medisch specialisten op een vijfpuntsschaal aangeven hoe ernstig ze de situatie in hebben geschat. Over het algemeen worden de psychische en sociale belasting voor de patiënt en/of de familie hoger ingeschat dan de ernst in meer fysieke zin (levensbedreiging of aantasting van de fysieke conditie). In ongeveer één op de vier gevallen was er, volgens inschatting van medisch specialisten, sprake van een (zeer) levensbedreigende situatie (score 4 of 5) en in 38% was er een (zeer) hoge kans op aantasting van de fysieke conditie van de patiënt. Een hoge inschatting van de psychische c.q. sociale belasting voor de patiënt kwam in ongeveer twee op de drie beschreven situaties voor.

De psychische en sociale belasting zijn vooral hoog bij kanker en complicaties bij zwangerschap/bevalling. Levensbedreigende situaties doen zich vooral voor bij hartaandoeningen, infecties/intoxicatie en complicaties bij zwangerschap/bevallingen. Dit zijn vooral situaties waarbij de overplaatsing van de patiënt naar een ander ziekenhuis als het probleem is gerapporteerd.

De derde onderzoeksvraag luidt: *Hoe is het uiteindelijk met de betreffende patiënten afgelopen? In hoeverre was er een samenhang tussen de afloop en het feit dat de medisch specialist niet de zorg kon leveren die volgens de eigen professionele normen gewenst was?* Om inzicht te krijgen in de gevolgen van de problemen voor de patiënt is de behandeling (het beleid of de interventie) die uiteindelijk bij de betreffende patiënt is gerealiseerd vergeleken met wat er volgens de medisch specialist in de situatie had moeten gebeuren. Daaruit kwam naar voren dat het vooral ging om te lang uitstel van onderzoek, operatie of ander behandeling, het leveren van suboptimale zorg (dat wil zeggen genoeg nemen met kwantitatief of kwalitatief mindere zorg) of het nemen van extra risico's.

Bij iedere casus kon de medisch specialist aangeven hoe het met de betreffende patiënt is afgelopen en of er een relatie is tussen de afloop en het feit dat men niet de zorg kon verlenen die men nodig vond. Dit laatste blijkt in de helft van de gevallen niet vast te stellen. Een belangrijke bevinding is dat bijna één op drie specialisten niet op de hoogte

was van de afloop van de probleemsituatie. Daarbij ging het met name om situaties waarbij de medisch specialist de patiënt uit het oog is verloren omdat de behandeling door een ander is overgenomen. Het is de vraag wat dit voor implicaties heeft voor bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. In 20% van de gevallen kon er, volgens de specialisten, niet worden vastgesteld of de probleemsituatie uiteindelijk gevolgen heeft gehad voor de patiënt. In 25% van de gevallen hebben de problemen, volgens de medisch specialisten, geen (negatieve) invloed gehad op de uiteindelijke afloop, terwijl daarvan in 23% van de gevallen wel sprake van was. In 13 gevallen hebben de problemen uiteindelijk, naar het oordeel van de medisch specialist, de fysieke conditie aangetast, in negen gevallen de psychische conditie en in drie gevallen is de patiënt, naar de inschatting van de specialist, ten gevolge van het voorval overleden. Hierbij moet er nogmaals op worden gewezen dat het niet bekend is in hoeverre de gerapporteerde casus representatief zijn voor alle probleemsituaties die zich in Nederland voordoen. Dat wil zeggen dat de cijfers niet kunnen worden gegeneerd naar landelijke cijfers.

Ter afsluiting van de casusbeschrijving is de vraag voorgelegd: *Met welke personen of instanties bespreken de medisch specialisten de beschreven situaties?*

In de meeste gevallen wordt de situatie besproken met andere medisch specialisten. In mindere mate gebeurt dat met ziekenhuismanagement of –commissies. Externe bespreking (bijvoorbeeld met IGZ) komt zelden voor. Wat wel opmerkelijk is, is dat in 45% van de gevallen de situatie met de patiënt en/of de familieleden wordt besproken. De medische specialisten gaven aan dat het, met name bij overplaatsingen en uitstel, veel tijd kost om de situatie uit te leggen en de beslissingen te verantwoorden. Overigens is dit een enigszins ander beeld dan uit de telefonische enquête naar voren kwam. Daarin stelde maar 5% van de respondenten dat ze hun ervaringen ook met patiënten en familieleden bespraken.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat veel problemen die zijn op te vatten als ‘sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg’ worden veroorzaakt door een gebrek aan opname- of OK-capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen. In hoeverre de problemen echt nadelige gevolgen voor patiënten hebben gehad is vaak moeilijk vast te stellen. Wanneer dit wel mogelijk was gaven de medisch specialisten aan dat de gevolgen wel ernstig kunnen zijn. Daarbij gaat het niet altijd over fysieke aspecten (zoals levensbedreiging of verminderd herstel) maar zeker ook over de psychische en sociale belasting van de patiënt en de familie.

Wat zijn de implicaties van deze resultaten voor één van de centrale onderzoeksvragen van deze studie: hoe kan ‘sluipend kwaliteitsverlies’ in de toekomst systematisch en objectief worden gemeten? Het blijft moeilijk om het sluipende karakter van het kwaliteitsverlies (het geleidelijk gaan accepteren van probleemsituaties) vast te stellen. Medisch specialisten zijn zich niet altijd bewust van ieder risico dat ze nemen, ze weten ook niet altijd hoe het met een bepaalde patiënt is afgelopen en het blijkt vaak moeilijk in te schatten welk effect een andere of vertraagde behandeling op de conditie van de patiënt heeft gehad. Al eerder is opgemerkt dat onderzoek vooral schrijnende, in het oogspringende problemen aan het licht zullen brengen. Sluipend kwaliteitsverlies in de

zin van problemen die al zo'n onderdeel van de dagelijkse praktijk dat ze niet meer als probleemsituatie worden onderkend, zijn met de meeste onderzoeksmethoden minder zichtbaar. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan problemen als onvoldoende tijd voor de patiënt of onvoldoende mogelijkheden om collega's te consulteren.

Ten slotte moet er nog op worden gewezen dat de objectieve meting van sluipend kwaliteitsverlies niet beperkt kan blijven tot de uiteindelijke uitkomsten. Het kwaliteitsverlies manifesteert zich namelijk lang niet eenduidig in de uitkomsten maar misschien nog wel meer in het zorgverleningsproces zelf. Dit betekent dat de criteria voor het definiëren van probleemsituaties grotendeels gebaseerd moeten zijn op deze structuurprocesaspecten. Dit is in overeenstemming met de mening van de deelnemers aan de groepsinterviews die in hoofdstuk 3 zijn besproken.

5 Conclusies en aanbevelingen

In de media zijn de afgelopen jaren veelvuldig berichten verschenen die kunnen worden aangeduid als ‘sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg’. Deze berichten waren grotendeels gebaseerd op individuele waarnemingen en casuïstiek. De Orde van Medisch Specialisten heeft het NIVEL gevraagd om de omvang van de problematiek objectief in kaart te brengen. Daarvoor is het noodzakelijk om gestructureerde manier informatie te verzamelen. Aangezien het onderwerp nog niet eerder op deze wijze is onderzocht heeft dit onderzoek een explorerend karakter. Er zijn drie deelstudies verricht met ieder een eigen onderzoeksmethode. Deze drie deelstudies zijn in de vorige hoofdstukken afzonderlijk besproken. Om de drie algemene onderzoeksvragen van het onderzoek te beantwoorden dienen de resultaten van de drie deelstudies in samenhang te worden besproken. Dit gebeurt in dit laatste hoofdstuk. Op basis van deze bespreking worden vervolgens enkele aandachtspunten geformuleerd voor verdere beleidsontwikkeling van de beroepsgroep en voor het meten en monitoren van sluipend kwaliteitsverlies.

5.1 Definitie van 'sluipend kwaliteitsverlies'

De eerste stap is het definiëren van het onderzoeksobject. Daarbij dient het probleem te worden afgebakend: waar gaat het eigenlijk over en aan welke criteria moet worden voldaan om te spreken van ‘sluipend kwaliteitsverlies’? De betrokken partijen (zoals patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) kunnen verschillende definities hanteren. In dit onderzoek is alleen de visie van medisch specialisten onderzocht. Dit betekent dat de volgende onderzoeksvraag moet worden beantwoord: *Wat verstaan medisch specialisten onder het sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg? Met andere woorden: om welke situaties in de zorgverlening gaat het?*

Om het begrip concreter te maken is, voorafgaande aan de drie deelstudies, een discussieavond georganiseerd met een expertgroep bestaande uit vijf medisch specialisten. Op basis van deze bijeenkomst is een werkdefinitie opgesteld die bestond uit vier elementen. Deze werkdefinitie diende als uitgangspunt voor de ontwikkeling van de telefonische enquête. Na een duidelijke introductie is de respondenten gevraagd in hoeverre men de afgelopen 12 maanden te maken heeft gehad met een situatie waarin men niet die medische zorg heeft kunnen leveren zoals men dat volgens de eigen professionele normen graag zou willen. Ook is om recente voorbeelden gevraagd. Het bleek dat de meeste medisch specialisten zich wel een voorstelling konden maken van het onderwerp, maar dat het probleem zelf, de oorzaak en het gevolg door elkaar werden gehaald.

De gehanteerde definitie is ook voorgelegd aan de deelnemers van de vier groepsinterviews (tweede deelstudie). Zij konden zich daarin goed vinden. Het voorstel is dan ook om de vier onderstaande elementen van sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg te handhaven.

De professionele normen van de medisch specialist zelf. Het uitgangspunt is dat in principe de medisch specialist die bij een bepaalde situatie betrokken is zelf kan bepalen of er sprake is van 'sluipend kwaliteitsverlies'. Aangezien er geen algemeen geldende normen of standaarden bestaan, kan vooralsnog het beste worden uitgegaan van de eigen professionele normen van de betreffende arts. Daarin worden ook de richtlijnen of normen van de beroepsgroep gereflecteerd. Het idee is namelijk dat deze, via het kwaliteitsbeleid van wetenschappelijke verenigingen, Orde van Medisch Specialisten, vakgroepen of maatschappen en ziekenhuizen, ook door individuele beroepsbeoefenaren worden geïnternaliseerd. Hiervoor zijn de nodige instrumenten ontwikkeld (Hutten, 2002).

De toenemende kloof tussen medische behandelmogelijkheden en de dagelijkse praktijk. Het begrip kwaliteitsverlies moet niet alleen in absolute maar ook in relatieve zin worden gebruikt. Het achterliggende idee is dat de behandelmogelijkheden de afgelopen jaren wel zijn verbeterd, maar dat de feitelijke toepassingsmogelijkheden in de dagelijkse praktijk daarbij achter zijn gebleven. Dit heeft onder meer te maken met allerlei, met name financiële, restricties. Hierdoor wordt het moeilijker de laatste 'evidence based' behandelmogelijkheden toe te passen en groeien de theoretische en praktische mogelijkheden steeds verder uit elkaar.

Het geleidelijk normaal gaan vinden van situaties die eigenlijk niet kunnen. Dit is het sluipende karakter van het kwaliteitsverlies. Wanneer mensen vaak worden geconfronteerd met beperkingen in hun beroepsuitoefening zullen zij mogelijk hun eigen normen aanpassen aan die beperkte praktische toepassingsmogelijkheden. Dit kan ertoe leiden dat men zich minder bewust is van het kwaliteitsverlies. Dit wordt nog eens versterkt doordat artsen, zoals uit de schriftelijke enquête duidelijk bleek, in bepaalde probleemsituaties vaak iets moeten doen en dan kiezen voor een suboptimale vorm van zorg. Het gaat er dan om dat men binnen de beschikbare middelen kiest voor de beste oplossing. Ook blijkt uit de drie deelstudies dat medisch specialisten de probleemsituaties nog wel binnen de beroepsgroep bespreken, maar nauwelijks met andere instanties zoals het ziekenhuismanagement of externe partijen. De indruk bestaat dat men niet wordt gehoord en dat de situatie toch niet verandert.

Problemen in de directe patiëntenzorg en de (semi-)acute zorg. In dit onderzoek zijn de probleemsituaties bij electieve ingrepen buiten beschouwing gelaten. Deze vertalen zich voornamelijk in wachttijden en wachtlijstproblematiek. De omvang van deze problemen wordt inmiddels gemonitord via de officiële registraties van Prismant en de NVZ. Ook is er recentelijk een rapport verschenen over de gevolgen van het wachten op een operatie voor spatader-, liesbreuk-, galsteen- en borstkankerpatiënten (Oudhoff e.a, 2002; Wigtersma e.a, 2003). Daaruit bleek dat 15 tot 30% van de patiënten op de wachtlijst fysieke, psychische of sociale problemen ondervindt. Met betrekking tot de problemen in

de (semi-)acute zorg is dit soort informatie niet beschikbaar. Daarbij kan zich een breder scala aan problemen voordoen die directere gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van het medisch handelen en de gezondheid van patiënten.

Aanvankelijk was het idee dat specifieke criteria moesten worden opgesteld om te bepalen of een situatie kan worden gedefinieerd als 'sluipend kwaliteitsverlies'. Uit de drie deelstudies wordt echter duidelijk dat niet altijd mogelijk is. Sluipend kwaliteitsverlies is namelijk niet in alle gevallen terug te voeren tot specifieke patiëntsituaties. Uit de voorbeelden die in de telefonische enquête en de groepsinterviews zijn genoemd, blijkt dat een onderscheid dient te worden gemaakt in een viertal niveaus waarop kwaliteitsverlies zich manifesteert. Op het niveau van het ziekenhuis; bijvoorbeeld wanneer het ziekenhuis geen middelen heeft om apparatuur te vervangen of personeelstekorten op te lossen. Op het niveau van de specialist, bijvoorbeeld wanneer een specialist te weinig tijd heeft voor patiëntenzorg of bij- en nascholing. Op het niveau van de patiënt, bijvoorbeeld wanneer een patiënt moet wachten op een operatie waardoor de fysieke conditie achteruitgaat. En tenslotte op het niveau van een specifieke situatie, bijvoorbeeld dat een patiënt niet in zijn/haar 'eigen' ziekenhuis behandeld kan worden, maar overgeplaatst moet worden naar een ander ziekenhuis. Afhankelijk van het niveau waarop gemeten wordt, kan er dus sprake zijn van kwaliteitsverlies. Het kan zo zijn dat er op het niveau van de patiënt geen sprake is van kwaliteitsverlies (want de patiënt wordt in een ander ziekenhuis alsnog tijdig geopereerd), maar op het niveau van de specialist wél want hij/zij kan niet de geplande operatie in zijn/haar 'eigen' ziekenhuis uitvoeren. Deze indeling refereert aan het bekende onderscheid tussen structuur, proces en uitkomst van Donabedian (1980). Het is duidelijk dat sluipend kwaliteitsverlies niet uitsluitend kan worden gedefinieerd in termen van uitkomsten, maar dat de criteria voor het definiëren van probleemsituaties grotendeels gebaseerd moeten zijn op kenmerken van het zorgverleningproces.

5.2 Kwantificeren van 'sluipend kwaliteitsverlies'

De tweede onderzoeksvraag luidde: *Herkennen medisch specialisten sluipend kwaliteitsverlies in hun dagelijkse beroepsuitoefening en hoe vaak worden zij, naar eigen zeggen, met dergelijke situaties geconfronteerd?* Het gaat daarbij om de tweede stap in het onderzoek: het kwantificeren van het probleem: hoe kan het worden gemeten? Hoe kan de omvang van het probleem in de praktijk worden vastgesteld?

Via de telefonische enquête is hierop een antwoord gegeven door de respondenten de vraag voor te leggen: *In hoeverre heeft u de afgelopen 12 maanden te maken gehad met een situatie waarin u niet de medische zorg heeft kunnen leveren zoals u dat volgens uw eigen professionele normen graag zou willen?* Daarbij waren vier antwoordcategorieën mogelijk: vaak, regelmatig, nauwelijks en in het geheel niet. Het is echter de vraag in hoeverre deze algemene vraag voldoende specifiek is als indicator om de omvang van het probleem te meten. Er zijn aanwijzingen dat de medisch specialisten de vraag verschillend interpreteerden. Daarnaast bleek dat op basis van deze vraag geen eenduidig beeld van de omvang van het probleem kon worden gekregen. In de telefonische enquête antwoordde

ruim 70% van de specialisten dat ze vaak of regelmatig met dergelijke situaties zijn geconfronteerd. De meeste deelnemers aan de groepsinterviews waren van mening dat dit nog een lage inschatting is. Volgens hen komen deze situaties bijna dagelijks voor. Kindergeneeskunde en gynaecologie vormden hier een uitzondering op. Bij deze specialismen komt sluipend kwaliteitsverlies, volgens de deelnemers aan de groepsinterviews, minder vaak voor. Dit blijkt ook uit de resultaten van de telefonische en schriftelijke enquête.

In de schriftelijke enquête is precies dezelfde algemene vraag opgenomen. De antwoorden verschilden van die van de telefonische enquête. Bij de eerste antwoordde 26,1% dat ze in het geheel niet te maken hebben gehad met de genoemde situaties terwijl in de telefonische enquête 12,5% dit antwoord gaf. Omdat er geen referentiegegevens beschikbaar zijn, kan niet worden vastgesteld welk getal het meest betrouwbaar is. Wel is eerder aangegeven dat de verschillen ook te maken kunnen hebben met verschillen in de onderzoekspopulaties of de onderzoeksmethode die is gebruikt.

De vraag die zich nu voordoet is aan welke specifieke situaties medisch specialisten denken bij 'sluipend kwaliteitsverlies'. De voorbeelden die de respondenten spontaan noemden bij de telefonische enquête hadden grotendeels te maken met het niet kunnen opnemen van een patiënt omdat er geen bed beschikbaar is, uitstel van opname, operatie of behandeling en het gedwongen overplaatsen van patiënten. Daarnaast werden ook, zij het in beduidend mindere mate, genoemd dat gewenst onderzoek niet mogelijk was of dat de patiënt eerder werd ontslagen dan wenselijk was. Ook in de groeps gesprekken werden vooral voorbeelden genoemd die te maken hadden met het opnemen of opereren van patiënten. Dit beeld komt grotendeels overeen met probleemsituaties die in de schriftelijke enquête zijn beschreven. Ook daarbij behoorden het opnames, operaties, overplaatsingen tot de top drie. Beperkingen bij het verrichten van diagnostisch onderzoek werden ook regelmatig genoemd. Een verschil is echter dat bij de voorbeelden die de medisch specialisten zelf aandroegen nauwelijks situaties werden genoemd waar men te weinig tijd had voor de patiënt. Bij de schriftelijke enquête is dat wel een aantal keren aangegeven. Dat kan komen omdat er expliciet naar is gevraagd. Dat is een belangrijk discussiepunt. Een mogelijkheid om meer specifieke informatie te verzamelen is om een aantal concrete situaties expliciet te benoemen en voor te leggen aan de medisch specialisten. Ook dat is in de telefonische enquête gebeurd. Ook daaruit kwam naar voren dat een patiënt niet kunnen (laten) opereren of opnemen op het moment dat men dat nodig vindt en een patiënt eerder ontslaan dan wenselijk regelmatig terugkerende problemen zijn. Echter het meest frequent geven de respondenten aan dat men geconfronteerd wordt met situaties waarin men te weinig tijd heeft voor de patiënt.

Om meer inzicht te krijgen in de validiteit van de antwoorden op de algemene vraag is nagegaan wat degenen die hebben aangegeven dat ze het afgelopen jaar in het geheel niet zijn geconfronteerd met probleemsituaties hebben geantwoord op deze specifieke vragen. Daaruit bleek dat 23 van de 32 van hen (72%) wel antwoordden dat ze tenminste maandelijks te weinig tijd hadden voor een patiënt tijdens een consult, 9 (28%) konden geen collega raadplegen, 9 (28%) konden een patiënt niet opnemen, 7 (22%) konden een patiënt niet doorverwijzen naar een ander specialist of ziekenhuis en 6 (19%) konden een

patiënt niet (laten) opereren terwijl ze dat wel nodig vonden. Ook gaven er vijf aan dat het tenminste maandelijks voorkomt dat ze een patiënt medisch gezien te vroeg moesten ontslaan en twee dat men diagnostisch onderzoek moest overslaan of een patiënt niet konden behandelen met het medicijn van hun voorkeur. Het lijkt er dus sterk op dat deze respondenten niet aan deze probleemsituaties hebben gedacht toen hen de algemene vraag is gesteld of dat ze deze situaties niet (meer) als sluipend kwaliteitsverlies zien.

Zoals al eerder is aangegeven blijkt het moeilijk te zijn om het sluipend karakter van het kwaliteitsverlies te kwantificeren. Medisch specialisten zijn zich niet altijd bewust van ieder risico's dat ze nemen, ze weten ook niet altijd hoe het met een bepaalde patiënt is afgelopen en het blijkt vaak moeilijk in te schatten welk effect een andere of vertraagde behandeling op de conditie van de patiënt heeft gehad. Al eerder is opgemerkt dat onderzoek vooral schrijnende, in het oogspringende, problemen aan het licht zal brengen. Sluipend kwaliteitsverlies in de zin van problemen die al zo'n onderdeel van de dagelijkse praktijk dat ze niet meer als probleemsituatie worden onderkend, zijn met de meeste onderzoeksmethoden minder zichtbaar te maken. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan problemen als onvoldoende tijd voor de patiënt of onvoldoende mogelijkheden om collega's te consulteren.

In de telefonische enquête is wel gepoogd om het sluipende karakter vast te stellen door de vraag te stellen of men op het moment van het onderzoek minder vaak, even vaak of vaker met probleemsituaties wordt geconfronteerd dan vijf jaar geleden. Ruim driekwart van de respondenten antwoordde vaker, ongeveer één op de vijf constateerde geen verschil en een klein aantal van 4% vond dat het nu minder was dan vijf jaar geleden. Ook in de groepsdiscussies is het sluipende karakter aan de orde gekomen. Zowel bij zichzelf als bij, veelal jongere, collega's ziet een aantal deelnemers dat extra risico's of verminderde kwaliteit van zorg stilzwijgend worden geaccepteerd. Dit komt onder meer tot uitdrukking doordat men binnen de beschikbare middelen probeert te kiezen voor de beste oplossing en dat problemen niet meer worden besproken en gemeld omdat er toch niets aan gedaan wordt. Ook veranderingen in de mentaliteit van medisch specialisten is genoemd als reden waarom situaties waarin suboptimale zorg wordt verleend, steeds meer 'normaal' worden gevonden.

In de groepsgesprekken is concreet gevraagd naar suggesties om sluipend kwaliteitsverlies te meten en monitoren. Daaruit werd wederom duidelijk dat het begrip zich niet beperkt tot het resultaat van de zorg (bijvoorbeeld het al dan niet voorspoedig herstellen na een operatie of het overlijden van een patiënt), maar dat het zich ook uit in kenmerken van de structuur en het proces van de zorgverlening. Er zijn dan ook verschillende suggesties gedaan om structuurkenmerken te meten zoals de beschikbaarheid van bedden, apparatuur en personen. Wat betreft het proces is er geopperd om aspecten zoals wachttijden en de tijd beschikbaar per consult te meten. Genoemde uitkomstmaten zijn onder meer mortaliteit, complicaties en verlengde opnameduur. Opmerkelijk is daarbij dat ook wordt aangegeven dat de subjectieve kwaliteit van belang is: als een groot deel van de artsen aangeeft regelmatig niet tevreden te zijn met de kwaliteit van zorg zegt dat volgens verscheidene deelnemers al voldoende. Daarbij is het

echter wel van belang te weten hoe medisch specialisten de ernst van de situatie inschatten. Dit komt in de volgende paragraaf aan de orde.

5.3 Kwalificeren van 'sluipend kwaliteitsverlies'

De volgende stap die in een ontwikkeling van een systematisch onderzoek naar sluipend kwaliteitsverlies moet worden gezet is het kwalificeren van het probleem: hoe ernstig is het en wat zijn de gevolgen? De concrete onderzoeksvraag luidde: *Hoe ernstig schatten medisch specialisten deze situaties in?* Uit het onderzoek bleek dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen de gevolgen van de probleemsituaties voor patiënten en medisch specialisten.

In de schriftelijke enquête is expliciet gevraagd naar het laatste concrete geval waarin men niet de zorg kon leveren die nodig was. Dit had als voordeel dat er veel explicietere informatie is verkregen over de probleemsituaties dan bij het stellen van een algemene vraag. Het geeft ook meer inzicht in de ernst van de situaties. Drie groepen diagnoses of aandoeningen kwamen relatief vaak voor bij de beschrijvingen van de probleemsituaties: trauma/fractuur, infectie/intoxicatie en kanker. Ook hart- en longaandoeningen, CVA/cebraal trauma, complicaties bij zwangerschap/bevalling, huid- en oogandoeningen, goedaardige tumoren en zelfmoordpogingen kwamen meerdere malen voor. Per casus konden de medisch specialisten op een vijfpuntsschaal aangeven hoe ernstig ze de situatie inschatten. Daaruit kan worden geconcludeerd dat medisch specialisten zich bij de inschatting van de ernst niet uitsluitend baseren op medisch inhoudelijke overwegingen zoals levensbedreiging of aantasting van de fysieke conditie; ook psychische en sociale gevolgen voor de patiënt of de familie worden daarin meegenomen. In 23% van de gevallen werd de situatie als (zeer) levensbedreigend gescoord (score 4 of 5), in 38% van de beschreven situaties was er een (zeer) hoge kans op aantasting van de fysieke conditie van de patiënt, een hoge inschatting van de psychische c.q. sociale belasting voor de patiënt is, door de medisch specialisten, in respectievelijk 68% en 63% van de gevallen genoteerd. Aangezien er geen vergelijkingsmateriaal beschikbaar is kan de absolute waarde van deze cijfers niet worden beoordeeld.

Bij alle drie de deelstudies zijn de gevolgen van de probleemsituaties voor patiënten aan de orde geweest. In de telefonische enquête gaf een aanzienlijk deel van de respondenten aan dat de genoemde probleemsituaties negatieve gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand van de patiënt: de gezondheid van de patiënt gaat achteruit, de patiënt krijgt complicaties, de patiënt overlijdt of de herstelperiode duurt langer. Ook andere, meer psychische en sociale gevolgen zijn genoemd zoals stress en verdriet en langere wachttijden. Dit beeld wordt bevestigd in de groepsinterviews. Op basis van de schriftelijke enquête dient dit beeld wel wat te worden genuanceerd. Daaruit bleek namelijk dat de betrokken medisch specialist in bijna de helft van de gevallen niet kon vaststellen of er een relatie is tussen de afloop en het feit dat men niet de zorg kon verlenen die nodig was. Verder bleek dat er in ongeveer één op de vier gevallen, volgens de medisch specialist, geen (negatieve) invloed is geweest op de uiteindelijke afloop. Bij

de telefonische enquête lag dit percentage wat lager: ongeveer één op de 10 medisch specialisten was van mening dat de patiënt helemaal geen gevolgen van de ongewenste situaties ondervindt.

Wat betreft de gevolgen voor medisch specialisten gaat het om de impact die de ervaring van probleemsituaties heeft op de arbeidssatisfactie. In alle groepsdiscussies kwam duidelijk naar voren dat de problemen demotiverend werken. Men gaat er vanuit dat artsen alles wat zij noodzakelijk achten voor hun patiënten willen doen. Als men zich daar, door personeelstekort of geldtekort, steeds weer in beperkt voelt, leidt dat tot frustratie en demotivatie. Dit kon worden geïnterpreteerd als uitholling van de professionele autonomie: de eigen beroepsnormen zijn minder leidend voor de zorg van patiënten waarvoor men zich wel verantwoordelijk acht. Ook in de telefonische enquête is dit onderwerp aan de orde geweest. Ongeveer eenderde van de ondervraagden was van mening dat de tevredenheid met het werk in grote mate negatief wordt beïnvloed door de probleemsituaties. Ongeveer 15% antwoordde dat dit nauwelijks of geen enkele invloed heeft op de tevredenheid. Verder bleek dat de medisch specialisten die vaker werden geconfronteerd met probleemsituaties lager scoorden op de arbeidssatisfactieschaal dan degenen die daar minder mee werden geconfronteerd. Tenslotte verwachtte 7,5% van de respondenten over vijf jaar niet meer werkzaam te zijn in het beroep ten gevolge van een verminderde arbeidssatisfactie.

5.4 Aandachtspunten voor beleidsontwikkeling

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen, zij het met enige voorzichtigheid omdat het een verkennende studie betreft, aandachtspunten worden geformuleerd voor beleidsontwikkeling. Uit het onderzoek komt naar voren dat sluipend kwaliteitsverlies kan leiden tot verminderde arbeidstevredenheid en demotivatie van medisch specialisten. Dit is, onder meer vanwege de personeelsproblemen in de zorg, een belangrijk discussiepunt.

De spanning tussen de capaciteit van de Nederlandse gezondheidszorg en de veranderde zorgvraag en technische mogelijkheden leiden er toe dat medisch specialisten te maken krijgen met situaties waarin ze niet, volgens hun eigen professionele normen, zorg kunnen verlenen. Zij moeten soms consulten, diagnostisch onderzoek of behandelingen uitstellen, extra risico's nemen of kiezen voor een, vanuit hun oogpunt, kwalitatief mindere zorg. Dit kan bij medisch specialisten leiden tot gevoelens van frustratie en onmacht, los van de vraag of patiënten er uiteindelijk slechter van worden. Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat medisch specialisten niet alleen kijken naar de pure medische (fysieke) gevolgen voor de patiënten. De psychische en sociale belasting wegen juist zwaar mee. Dit zijn aspecten die ook voor patiënten en hun familie van groot belang zijn. Wanneer een arts of een ziekenhuis niet adequaat reageert op deze signalen kan het vertrouwen van patiënten in de gezondheidszorg worden aangetast. Door de effecten op het moreel van zorgverleners kan deze ontwikkeling de gezondheidszorg in een negatieve spiraal brengen.

Autonomie en afhankelijkheid

De problematiek kan mede in het licht worden gezien van de verandering van professionele autonomie van medisch specialisten. De toenemende complexiteit van de zorgvragen en geavanceerdere technische mogelijkheden leiden tot verdere differentiatie en specialisatie in de beroepsuitoefening. Dit uit zich onder meer in nieuwe samenwerkingsvormen, communicatie tussen zorgverleners, afstemming van werkzaamheden en coördinatie van zorgverleningprocessen. Als gevolg neemt de onderlinge afhankelijkheid van de professionele beroepsbeoefenaars toe. Sommige specialismen zijn voor de zorgverlening in sterkere mate afhankelijk van anderen dan andere specialismen. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt in drie vormen van afhankelijkheid. Er kan sprake zijn van afhankelijkheid van tijd, technologie en menskracht(teamwork). Tijdsafhankelijkheid houdt in dat een specialist voldoende tijd beschikbaar moet hebben om zijn beroep adequaat te kunnen uitoefenen. Daarbij gaat het zowel om directe contacten met patiënten als de tijd die wordt besteed aan de professionele ontwikkeling (bijvoorbeeld voor bij- en nascholing). Daarnaast moeten bepaalde specialismen in hun beroepsuitoefening meer gebruik maken van instrumenten en apparatuur dan anderen. Dit betekent dat men afhankelijk is van beschikbare technologie. Onder 'menskrachtafhankelijkheid' wordt verstaan dat de medisch specialist andere beroepsbeoefenaren nodig heeft om zijn werk te kunnen uitoefenen. Vooral bij vormen van zorg met complexe logistieke processen (zorgketens), zoals de IC en OK, komen de drie typen afhankelijkheid samen. Bij het zoeken naar oplossingen van de problemen is het belangrijk om hiermee rekening te houden.

Professie en (ziekenhuis)organisatie

Vanuit het idee dat er sprake is van een toenemende onderlinge afhankelijkheid kan er ook een relatie worden gelegd met de vorming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf (GMSB). De achtergrond hiervan is dat de ziekenhuisorganisatie en de medisch specialisten gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het beleid. Uit het onderhavig onderzoek blijkt dat medisch specialisten bepaalde oorzaken van het optreden van sluipend kwaliteitsverlies toeschrijven aan het ziekenhuismanagement. Genoemd zijn onder meer de beperkte betrokkenheid van medisch specialisten bij beleidsbeslissingen, de verhouding tussen het aantal managers en het aantal zorgverleners en slechte communicatielijnen binnen het ziekenhuis. Het lijkt er dan ook op dat de integratie en de afstemming van gezamenlijke verantwoordelijkheden in de praktijk nog onvoldoende is uitgekristalliseerd. Dat geldt ook voor de mate waarin medisch specialisten medeverantwoordelijkheid dragen voor het ziekenhuisbeleid op operationeel en strategisch niveau en hiervoor bepaalde bevoegdheden bezitten.

Vanuit de visie van het GMSB zijn het ziekenhuismanagement en medisch specialisten samen verantwoordelijk voor het beleid. Dit betekent ook dat er moet worden toegewerkt naar gezamenlijke oplossingen van de problemen. Deze problemen worden, volgens de medisch specialisten, ook in belangrijke mate veroorzaakt door veranderde externe omstandigheden. Daarbij zijn onder meer politieke keuzes (financieel beleid), problemen in andere sectoren van de gezondheidszorg (beperkte capaciteit van eerstelijns en verpleeghuizen) en veranderingen in de positie van patiënten (mondigheid, eis- en claimgedrag) aan bod gekomen. Vanwege de complexiteit van de problemen zullen alleen

gezamenlijke inspanningen van het ziekenhuis en de medisch specialisten tot oplossingen leiden.

Ook is het van belang dat de relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis mede de mate kan bepalen waarin sluipend kwaliteitsverlies optreedt. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er in grotere ziekenhuizen meer problemen worden ervaren dan in kleinere ziekenhuizen. Mogelijk dat ook de manier waarop de managementparticipatie van medisch specialisten in het ziekenhuis vorm heeft gekregen invloed heeft. Dit is in het onderhavig onderzoek niet meegenomen, maar in een mogelijk vervolgonderzoek is het wel belangrijk om de afstemming tussen medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie te bestuderen. De manier waarop het GMSB in de praktijk gestalte heeft gekregen varieert tussen de ziekenhuizen (van Lindert e.a., 2003). In ongeveer tweederde van de ziekenhuizen zijn medisch specialisten in managementteams opgenomen. Participatie van medisch specialisten in directieteam/Raad van bestuur komt in 17% van de ziekenhuizen voor. Verder lijkt het er op dat managementparticipatie van medisch specialisten sinds 2000 is gestagneerd (van Lindert e.a., 2003). Het is voor de beleidsontwikkeling relevant om na te gaan of dit gevolgen heeft voor de professionele autonomie van medisch specialisten en het optreden van ‘sluipend kwaliteitsverlies’.

Een interessant aspect, dat bij de groepsinterviews naar voren is gekomen, is de relatie tussen het optreden van sluipend kwaliteitsverlies en de opzet van Zelfstandige Behandel Centra's (ZBC's) en privé-klinieken. Aan de ene kant verwachten de deelnemers dat het werken in dergelijke klinieken de arbeidssatisfactie en motivatie van medisch specialisten kan bevorderen. Het idee is dat men daar meer professionele autonomie heeft dan in een grotere ziekenhuisorganisatie en dat de faciliteiten zowel qua personeel als apparatuur veel beter zijn. Dit zou kunnen leiden tot verbetering van de kwaliteit. Aan de andere kant wordt de vrees uitgesproken dat deze ontwikkeling er toe leidt dat in de reguliere ziekenhuizen vooral de arbeidsintensievere patiënten en duurdere ingrepen worden behandeld. Dit kan negatieve consequenties hebben voor de situatie aldaar. Nader onderzoek naar deze effecten is gewenst, aangezien het te verwachten is dat het aantal ZBC's en privé-klinieken de komende tijd sterk zal toenemen (Hutten e.a., 2003).

Gezamenlijke normontwikkeling

Afstemming tussen medisch specialisten en de ziekenhuismanagement bij het oplossen van de problemen leidt tot een discussie over de normen die gehanteerd worden om te bepalen wat wel en niet acceptabel is. In het onderhavig onderzoek is uitgegaan van de professionele normen van de individuele medisch specialist. Er kan echter een verschuiving optreden van individuele professionele normen naar normontwikkeling op organisatieniveau. Daarbij bestaat wel het gevaar dat die normen sterker worden bepaald door de lokale omstandigheden (en vooral de beperkingen die daar zijn). Dit zou betekenen dat het ‘sluipend’ karakter van het kwaliteitsverlies zou kunnen toenemen. Dit kan worden voorkomen door de ontwikkeling van landelijke normen op dit gebied zoals dat ook bij de Treeknormen over wachttijden het geval is. Daarbij moeten alle relevante partijen zoals artsen, ziekenhuismanagement, verpleging, zorgverzekeraars, de overheid en natuurlijk patiënten worden betrokken.

Wederzijds vertrouwen

De gezondheidszorg is voor belangrijk deel gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Patiënten gaan er vanuit dat artsen competent zijn en alles zullen doen om de zorg te leveren die nodig is (de rol als 'agent'). Reputatie van artsen en ziekenhuizen speelt dan ook een belangrijke rol in de keuzes die patiënten maken. Artsen onderling vertrouwen ook op elkaars competentie en oordelen, vooral wanneer de wederzijds afhankelijkheid toeneemt. Verder is er een vertrouwensrelatie tussen artsen en de ziekenhuizen waarin ze werken. Sluipend kwaliteitsverlies kan het vertrouwen op alle niveaus aantasten. Verminderd vertrouwen betekent dat er meer moet worden onderhandeld met als consequentie dat de onderlinge relaties gaan veranderen. Patiënten zullen zich bijvoorbeeld meer eisend opgaan stellen, tussen artsen zullen problemen in toenemende mate worden doorgeschoven en tussen medisch specialisten en ziekenhuizen kan het verminderde vertrouwen leiden tot meer organisatieregels, schaalvergroting en kunnen professionele normen onder druk komen te staan. Het is dan ook belangrijk om deze cirkel te verbreken en te komen tot oplossingen waarbij alle betrokkenen een rol spelen.

Noodzaak voor monitoren

Ten slotte is in het onderzoek naar voren gekomen dat het belangrijk is om de problemen die er spelen ook zichtbaar te maken voor de buitenwereld. In die zin wordt de noodzaak onderkend voor het verder monitoren en onderzoeken van sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg.

5.5 Aandachtspunten voor het meten en monitoren van 'sluipend kwaliteitsverlies'

In deze paragraaf wordt een aantal aandachtspunten geformuleerd waarbij met het objectief en structureel meten van sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg rekening dient te worden gehouden.

Bestaande (officiële) registraties zijn niet toereikend om de omvang van het sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistisch zorg vast te stellen. De problemen waar het om gaat, worden maar door weinig medisch specialisten formeel gemeld. Verder zijn officiële registraties vooral gericht op uitkomsten, terwijl dit onderzoek heeft aangetoond dat het kwaliteitsverlies vooral tot uitdrukking komt in het zorgverleningsproces.

Er dient bepaald te worden op welke niveau(s) het sluipend kwaliteitsverlies moet worden gemeten: gaat het alleen over het voorkomen van specifieke probleemsituaties of dienen ook indicatoren op bijvoorbeeld het ziekenhuisniveau te worden ontwikkeld? Het gaat daarbij dan om structuurkenmerken zoals kwaliteit en kwantiteit van de beschikbare apparatuur/instrumenten of personele bezetting. Dit soort informatie is min of meer te vergelijken met de registratie van wachtlijsten en wachttijden: ze geven een indicatie of er problemen zijn, maar geven geen inzicht of die problemen ook daadwerkelijk aantoonbare gevolgen hebben voor patiënten.

De objectieve meting van sluipend kwaliteitsverlies kan niet beperkt blijven tot de uiteindelijke uitkomsten. Het kwaliteitsverlies manifesteert zich namelijk lang niet eenduidig in de uitkomsten maar misschien nog wel meer in het zorgverleningsproces zelf. Dit betekent dat de criteria voor het definiëren van probleemsituaties grotendeels gebaseerd moeten zijn op deze procesaspecten.

Het meten van sluipend kwaliteitsverlies zal altijd een subjectief element bevatten omdat wordt uitgegaan van de eigen professionele normen van de individuele medisch specialist. Door bij een groot aantal medisch specialisten data te verzamelen kan een meer objectief beeld van de werkelijkheid worden verkregen. Ook is het belangrijk om voldoende spreiding te hebben in de ziekenhuizen waar men werkzaam is. Zoals eerder is gesteld kan sluipend kwaliteitsverlies zich namelijk op verschillende niveaus manifesteren.

Uiteindelijk kan worden geconcludeerd dat de onderzoeksmethoden die in deze studie zijn gehanteerd haalbaar en geschikt zijn om sluipend kwaliteitsverlies te meten en monitoren. Dit betekent dat de telefonische enquête in de komende jaren zou kunnen worden herhaald. Daarbij zal wel een aantal verbeteringen moeten worden aangebracht om het beeld dat medisch specialisten hebben van sluipend kwaliteitsverlies eenduidiger te maken. Een mogelijke verbetering is om de enquête vooraf toe te sturen met het verzoek om informatie op te zoeken over het laatste concrete geval waarbij sprake was van sluipend kwaliteitsverlies. Daarnaast zouden deze gegevens kunnen worden aangevuld met cijfers over structuurkenmerken die uit andere bronnen al bekend zijn zoals personeelstekorten, de beschikbaarheid van bedden en apparatuur, wachttijden, mortaliteitsgegevens, complicaties en opnameduur.

Ten slotte is het van belang om naast de visie van medisch specialisten op het sluipend kwaliteitsverlies ook de mening van andere betrokkenen in ogenschouw te nemen. Wat betreft patiënten en hun familie kan daarbij worden aangesloten bij het ziekenhuisvergelijkingsproject dat de Consumentenbond en het NIVEL hebben uitgevoerd. Daarin zijn de ervaringen en meningen van patiënten over een polikliniekbezoek of een ziekenhuisopname in kaart gebracht (Janse e.a., 2002; Friele e.a., 2002). Wat betreft de visie van de zorgverzekeraars kan worden aangesloten bij de initiatieven om een inkoopmonitor voor zorgverzekeraars te ontwikkelen. Omdat bij de oplossingen van het probleem de afstemming tussen medisch specialisten en ziekenhuisorganisatie van groot belang wordt geacht, zullen in een vervolgonderzoek ook de perceptie over sluipend kwaliteitsverlies van het ziekenhuismanagement aan de orde dienen te komen.

Literatuur

- Assema van P, Mesters I, Kok G. *Het focusgroep-interview: een stappenplan*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1992, 70:431-437.
- Beaujean DJMA, Hutten JBF, Groenewegen PP. *De zorg van medisch specialisten. Meninge van medisch specialisten over probleemsituaties in de zorg en hun ervaringen*. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Beaujean D, Hutten J, Groenewegen P. *Sluipend kwaliteitsverlies. Medisch specialisten over probleem situaties in de zorg*. Medisch Contact, 57, 2002, 24, 925-927.
- Bomhoff EJ e.a. *Zorg voor het ziekenhuis*. Breukelen: NYFER, 2002.
- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I; The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. *Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De huisarts enquête van de nationale studie: datareductie door schaalconstructie*. Utrecht: NIVEL, 1991.
- Friele RD, Janse AFC, Hutten JBF, Van Iersel BML, Broerse A, Luijk R, Smits H. *Patiënten nemen de maat. Sterke en zwakke kanten van 37 Nederlandse ziekenhuizen*. Medisch Contact, 57, 2002, 26/27, 1008 - 1011.
- Gibbs A. *Focus groups*. Social research update, 19 University of Surrey, Department of sociology.
- Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1991.
- Groenewegen PP, Lindert van H. *Vrij beroep in afhankelijkheid: de veranderende positie van medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen*. In: Een kwestie van vertrouwen. Over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001.
- Herk van R. *Artsen onder druk. Over kwaliteitsbeleid van medische beroepen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- Hutten, JBF. *Minimale omvang medisch specialistische praktijk: standpunten uit de beroepsgroep*. Utrecht: NIVEL, 2002.

- Hutten JBF, Lindert H van, Groenewegen PP. *Aarzelende samenwerking met zelfstandige behandelcentra*. Medisch Contact, 58, 2003, 32/33.
- Janse AFC, Hutten JBF, Spreuwenberg P. *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II. Ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht: NIVEL, 2002.
- Keizer M. *De dokter spreekt. Professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen*. Delft: Eburon, 1997.
- Kitzinger J. *Introducing focus groups*. British Medical Journal 1995, 311:299-302.
- Kitzinger J. *The methodology of focus groups. The importance of interaction between research participants*. Sociology of health and illness, 1994, 16: 103-121.
- Kitzinger J, Barbour RS. *Introduction: The challenge and promise of focus groups*. In: Barbour RS, Kitzinger J, Developing focus group research: politics, theory and practice. London: Sage, 1999.
- Kreis RW. *Gebroken vertrouwen. Een schrijnend voorbeeld van een herkenbaar probleem*. Medisch Contact 2002; 57: 206.
- Krueger RA. *The focus group kit, volume 3: Developing Questions for focus groups*. Thousand oaks (CA): Sage, 1998.
- Krueger RA. *The focus group kit, volume 4: Moderating focus groups*. Thousand oaks (CA): Sage, 1998.
- Krueger RA. *The focus group kit, volume 6: Analyzing and reporting focus group results*. Thousand oaks (CA): Sage, 1998.
- Lindert van H, Hutten J, Groenewegen P. *Specialist en ziekenhuisbeleid*. Medisch Contact, 58, 2003, 30/31, 1164-1166.
- Maarse JAM, Horst A van der, Molin EJE. *Hospital budgetting in the Netherlands: effects upon hospital services*. European Journal of Public Health 1993;3: 181-187.
- McCranie EW, Hornsby JL, Calvert JC. *Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey*. J Fam Pract. 1982, 14: 1107-1114.
- Mechanic D. *The organization of medical practice and practice orientation among physicians in prepaid and non-prepaid primary care settings*. Medical Care 1975; 13: 189-204.
- Morgan, DL. *The focus group kit, volume 1: The focus group guidebook*. Thousand oaks (CA): Sage, 1998.
- Muiswinkel van LF, Bergen JFM, Grinten van der TED e.a. *Gezondheidszorg in Tel 2001, editie 8*. Utrecht: Prismant, 2000.

- Oudhoff JP, Timmermans DRM, Wal G van der. *Wachten op een operatie. Een onderzoek naar de klachten en problemen van spatader-, liesbreuk-, galsteen- en borstkankerpatiënten op de wachtlijst voor een operatie.* Amsterdam, EMGO/VU Medisch Centrum, 2002.
- Rodenburg CJ, Duk MJ. *Kostbare levenswinst. Verstrekking taxoiden in ziekenhuizen in gevaar.* Medisch Contact 2000; 11:395-397.
- Schrijvers AJP. *Een kathedraal van zorg.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2001.
- Scholten GRM, Grinten TED van der. *De integratie van medisch specialisten in Nederlandse ziekenhuizen: een organisatiekundige beschouwing.* Acta Hospitalia 2000, .3, 31-43.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program.* Ann Intern Med 2002, 136, 5: 358-367.
- Somai D., Hutten JBF. *Brancherapport Cure '98 - '01.* Den Haag: Ministerie van VWS/Sdu Uitgevers, 2002.
- Velden van der LFJ, Hingstman L, Windt van der W, Arnold EJE. *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002-2012/2017/2020.* Utrecht: NIVEL/Prismant, 2002.
- Wee van der S. *Differentiatie en Adaptatie. Het draagvlak voor integratie in de organisatie onder medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland.* Den Haag: Koninklijke bibliotheek, 2000.
- Wigersma L, Kuipers WLR, Bijnen AB. *Wachten op een operatie.* Medisch Contact, 58, 2003, 3, 106-108.

Bijlage 1 Vragenlijst telefonische enquête



NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Drieharingstraat 26
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 27 29 700

Telefonische vragenlijst

**'Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische
zorg :
feit of fictie?'**

Introductie

Goede..., u spreekt met ... van het NIVEL in verband met het onderzoek dat wij voor de Orde van Medisch Specialisten uitvoeren. Het gaat om het onderzoek: 'Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg: feit of fictie?'. Als het goed is heeft u enkele dagen geleden een brief over dit onderzoek ontvangen.

Ik wil u vragen of u bereid bent deel te nemen aan dit onderzoek en of het u op dit moment schikt. Het zal ongeveer 10-15 minuten gaan duren.

Start enquête

De laatste tijd komen er regelmatig berichten in de media over medisch specialisten in ziekenhuizen die niet die medische zorg kunnen leveren die ze zouden willen leveren. Daarbij gaat het niet alleen om electieve medische zorg (bijvoorbeeld vanwege wachtlijsten), maar ook om de acute of semi-acute medische zorgverlening. Vooral in dat laatste zijn we in deze enquête geïnteresseerd.

1 In hoeverre heeft u de afgelopen 12 maanden te maken gehad met een situatie waarin u niet die medische zorg heeft kunnen leveren zoals u dat volgens uw eigen professionele normen graag zou willen?

- vaak
- regelmatig
- nauwelijks
- in het geheel niet (☞ ga naar vraag 5)

2 Kunt u een voorbeeld noemen van een situatie waarin u recentelijk niet die medische zorg hebt kunnen leveren die u volgens uw eigen professionele normen wel had willen leveren?

(interviewer let op: vooral doorvragen naar (sub)acute zorg, minder nadruk op electieve zorg, meerdere voorbeelden mag ook)

3 Kunt u aangeven welke gevolgen (bijvoorbeeld complicaties, overlijden of verslechtering van conditie van een patiënt) deze situatie, waarin u niet de medische zorg kon leveren die u wel had willen leveren, heeft gehad?

- 4 Als u uw huidige werk vergelijkt met 5 jaar geleden:
komen situaties waarin u niet de medische zorg kunt leveren die u zou willen
leveren minder vaak, even vaak, vaker voor?

- minder vaak
- even vaak
- vaker

- 5 Kunt u met ja of nee aangeven of u de volgende situaties meemaakt en zo ja hoe
vaak u dat meemaakt?

U heeft te weinig tijd voor een patiënt tijdens een consult.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U slaat een diagnostisch onderzoek over terwijl u het eigenlijk wél nodig vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U kunt geen collega raadplegen terwijl u dat wel noodzakelijk vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U kunt een patiënt niet behandelen met het medicijn van uw voorkeur.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U kunt een patiënt niet opereren of laten opereren op het moment dat u het nodig vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U kunt een patiënt niet opnemen op het moment dat u het nodig vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U 'moet' een patiënt ontslaan hoewel u het medisch gezien nog 'te vroeg' vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

U kunt een patiënt niet doorverwijzen naar een andere specialist of ziekenhuis (bijvoorbeeld academisch) terwijl u dat wel nodig vindt.

- Nee
- Ja, dagelijks
- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, jaarlijks
- nvt

6 Als u een situatie meemaakt waarin u niet de zorg kunt leveren die u volgens uw eigen professionele normen wel zou willen leveren, bespreekt u dit dan met anderen?

- Nee
- Ja
- Zo ja met wie? (*meerdere antwoorden zijn mogelijk*)
 - patiënt/familieleden
 - collega's in de maatschap
 - medische staf
 - directie / Raad van Bestuur

- commissie MIP (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg)
- FONA commissie (Fouten Ongevallen Near Accidents)
- klachtencommissie
- inspectie gezondheidszorg
- anderszins, namelijk

- 7 Heeft u een idee hoe het komt dat u niet altijd de medische zorg kunt leveren die u zou willen leveren?
- Ja, hoe dan?
 - Nee

- 8 Wat zou daar concreet aan gedaan moeten worden?

- 9 Heeft u het idee dat uw collega's (of assistenten) situaties waarin niet de zorg geleverd kan worden die volgens hun eigen professionele normen wel geleverd zou moeten worden, gemakkelijker opnemen dan u?

Bijvoorbeeld jong versus oud, man versus vrouw etc.

- 10 Wij willen u nu enkele vragen stellen voer de mate waarin u tevreden bent over een aantal aspecten van uw werk als medisch specialist. Kunt u bij elk van de aspecten aangeven hoe tevreden u daarover bent.

- zeer ontevreden
- ontevreden
- deels wel, deels niet tevreden
- tevreden
- zeer tevreden

- De hoeveelheid tijd die ik per patiënt beschikbaar heb
- De mogelijkheid voor professionele contacten met andere artsen
- Mijn inkomen
- De uitrusting van mijn praktijk en de faciliteiten waarover ik in dit ziekenhuis

beschik

- De hoeveelheid tijd die ik aan patiëntenzorg kan besteden
- De hoeveelheid tijd die ik aan nascholing kan besteden
- De organisatie en het management van dit ziekenhuis
- Het toepassen van nieuwe behandelmogelijkheden van mijn eigen specialisme
- Het respect dat ik van mijn patiënten krijg
- De tijd die ik besteed aan organisatorische en administratieve werkzaamheden
- Mijn werk in het algemeen

11. In hoeverre beïnvloeden de eerder genoemde situaties uw tevredenheid in uw werk?

- grote mate
 - enige mate
 - nauwelijks
 - geen enkele invloed

Algemene vragen

Leeftijd
..... jaar

Soort instelling

- algemeen
- categoriaal
- academisch

Grootte instelling

- 300 erkende bedden
- 300-500 erkende bedden
- >500 erkende bedden

Specialisme
.....

Functie
(bijv. medisch hoofd afdeling, assistent etc.)
.....

Hoe lang werkzaam als specialist? (indien assistent, deze vraag overslaan)
..... jaar

Hoe lang werkzaam in dit ziekenhuis?
..... jaar

Verwacht u dat u over 5 jaar nog als medisch specialist werkzaam bent?

- Ja
- Nee, redenen om te stoppen:

Geslacht

- man
- vrouw

Opmerkingen

.....

Non-respons vraag

Kunt u aangeven waarom u niet wil deelnemen aan dit onderzoek?
(Antwoordmogelijkheden niet opnoemen!)

- geen tijd (te druk, interview duurt te lang, etc.)
- tegen dit onderzoek (alleen maar politiek etc.)
- geen commentaar
- geen vertrouwen in overheid
- geen zin
- directe collega al geïnterviewd
- anderszins, namelijk

Bijlage 2 Vragenlijst achtergrondkenmerken deelnemers groepsinterviews

Vragenlijst algemene gegevens deelnemers groeps gesprekken ‘De zorg van medisch specialisten’

Deze lijst graag inleveren tijdens het groeps gesprek

1. Naam:
2. Geslacht: man / vrouw
3. Specialisme:
4. Soort ziekenhuis: algemeen / academisch / categoriaal
5. Soort dienstverband: loon dienst / vrij beroep
6. Omvang dienstverband: 100% / 80% / 60% / anders, namelijk:.....
7. Aantal ja(a)r(en) ervaring als medisch specialist (in opleiding):

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 3 Vragenroute groepsinterviews

**VRAGENROUTE focusgroepdiscussies medisch specialisten
augustus en september 2002**

Onderwerp	Opmerking	Tijd
Naam, specialisme, ziekenhuis		19.00 u
Uit telef. enquête: 70% maakt vaak/regelmatig situaties mee waarin niet die zorg die wel zou willen/moeten leveren. Herkent u dit?		
Waar denkt u aan bij de term: kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg?	Telef. enquête: 65.0% wekelijks/dagelijks te weinig tijd voor patiënt 45.2% wekelijks/dagelijks patiënt niet opereren 43.5% wekelijks/dagelijks niet opnemen	
Heeft u <u>zelf</u> te maken gehad met een concrete situatie waarin u niet die zorg heeft kunnen leveren die u, volgens uw eigen normen, wel had willen leveren?	Oorzaken? 73.6% personeelstekort 28 % beddentekort 22.8% geldgebrek Gevolgen? Telef. enquête Arts: 34.9% tevredenheid met werk in grote mate beïnvloed Patient: 43.4% gezondheid < 25.3% wachten 24.9% complicaties 15.8% overplaatsen Oplossingen? Telef. Enquête: 39.3% extra personeel 36.2% zorg aantrekk. 29.5% extra geld 16.8% extra student opl. Hoe meten?	19.30 u
Denkt u dat u kwaliteitsverlies zou kunnen meten? Zo ja, hoe dan?		20.15
Is er nog iets wat vanavond NIET ter sprake is gekomen?		21.00
		21.15 u

<p>Aparte vraag over mondigheid van patiënten. We willen onderzoeken hoe we dat kunnen meten. Wat verstaat u hieronder? Noem 3 punten die u ermee associeert.</p>		
---	--	--

Bijlage 4 Vragenlijst schriftelijke enquête



NIVEL
Drieharingstraat 6
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT

Drs. D. Beaujean
Telefoonnummer 030 27 29 809

6 Sluipend kwaliteitsverlies in de medisch specialistische zorg

SEPTEMBER 2002

Inlichtingen:

Desirée Beaujean

☎ 030 -27 29 809 (dinsdag, donderdag en vrijdag)

E-mail: d.beaujean@nivel.nl

TOELICHTING

Deze enquête is een onderdeel van het NIVEL-onderzoek naar de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland.

Het doel van de enquête is een zo zorgvuldig mogelijke beschrijving te krijgen van de meest recente situatie waarin een specialist niet die zorg heeft kunnen leveren die hij/zij wel had willen leveren, volgens de eigen professionele normen.

Na het invullen kunt u de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolp doen en opsturen (graag vóór 11 oktober) naar het NIVEL. Een postzegel is niet nodig.

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u tijdens kantooruren (*op dins-, donder-, en vrijdag*) telefonisch contact opnemen met:

Desirée Beaujean: 030 -27 29 809.

U kunt natuurlijk ook Emailen: d.beaujean@nivel.nl

Alvast bedankt voor uw medewerking.

ALGEMEEN

- 1 In welk specialisme bent u werkzaam?
.....
- 2 U bent werkzaam als: (*aankruisen wat van toepassing is*)
- medisch specialist
 - AGIO of AGNIO
 - anders, namelijk
- 3 Uw geslacht: (*aankruisen wat van toepassing is*)
- man
 - vrouw
- 4 Uw leeftijd:
..... jaar
- 5 In wat voor soort instelling bent u werkzaam? (*aankruisen wat van toepassing is*)
- academisch ziekenhuis
 - categoriaal
 - algemeen
- 6 Hoeveel bedden heeft uw ziekenhuis? (*aankruisen wat van toepassing is*)
- <300 bedden
 - 300-500 bedden
 - >500 bedden
- 7 Hoe bent u werkzaam? (*aankruisen wat van toepassing is*)
- loondienst
 - vrijgevestigd

8 Wat is de omvang van uw dienstverband ?

9 Hoeveel ja(a)r(en) werkervaring heeft u in uw medisch specialisme?
(inclusief uw AGIO en AGNIO jaren werkervaring)

. . . . jaar

10 In hoeverre heeft u de afgelopen 12 maanden te maken gehad met situaties waarin u niet die medische zorg heeft kunnen leveren zoals u dat volgens uw eigen professionele normen graag had willen/moeten doen? (aankruisen wat van toepassing is)

= vaak

= nauwelijks

= regelmatig

= in het geheel niet (U bent klaar met het invullen van de vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking)

11 In hoeverre beïnvloeden situaties, waarin u niet die medische zorg heeft kunnen leveren zoals u dat volgens uw eigen professionele normen graag had willen/moeten doen, de tevredenheid over uw werk? (aankruisen wat van toepassing is)

= grote mate

= nauwelijks

= enige mate

= in het geheel niet

DE MEEST RECENTE SITUATIE

Het doel van dit deel van de vragenlijst is inzicht te krijgen in de verschillende situaties waarin medisch specialisten niet die zorg hebben kunnen leveren die ze volgens hun eigen professionele normen wel hadden willen leveren.

Het gaat om de laatste keer dat u een patiënt niet die zorg heeft kunnen leveren die u, volgens uw eigen professionele normen, wel had willen leveren.

Wij vragen u de betreffende patiënt in gedachten te nemen en dan de onderstaande vragen zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden.

12. Om wat voor patiënt ging het in deze specifieke situatie?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Man | <input type="checkbox"/> Vrouw (<i>aankruisen wat van toepassing is</i>) |
| <input type="checkbox"/> Acut | <input type="checkbox"/> Electief (<i>aankruisen wat van toepassing is</i>) |
| <input type="checkbox"/> Binnen kantoortijden | <input type="checkbox"/> Buiten kantoortijden (<i>aankruisen wat van toepassing is</i>) |

Datum - -

Leeftijd jaar

Aandoening/Diagnose _____

13. Wat heeft u bij deze patiënt niet kunnen doen wat u, volgens u eigen professionele normen, wel had willen doen? (*meerdere antwoorden mogelijk.*)

- een poliklinisch afspraak met een patiënt
- het opnemen van een patiënt
- het opereren van een patiënt
- het verrichten van diagnostisch onderzoek
- onvoldoende tijd voor een patiënt
- het behandelen van een patiënt met het medicijn van uw voorkeur
- het overplaatsen van een patiënt naar een andere instelling
- anders, namelijk: _____

Beschrijf wat er precies gebeurde in deze specifieke situatie. (*Wat was het probleem?*)

15. Wilt u voor de onderstaande aspecten op de vijf-puntsschaal aangeven hoe ernstig u ze voor deze specifieke situatie inschat? (*Hoe hoger het cijfer, hoe ernstiger de situatie.*)

	1	2	3	4	5
levensbedreigendheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aantasting fysieke conditie / herstelkans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische belasting voor patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sociale belasting voor (familie van) patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wat heeft u uiteindelijk met deze patiënt gedaan?

17. Hoe is het uiteindelijk 'afgelopen' met deze patiënt?

18. Wat had er eigenlijk, volgens uw eigen professionele normen, moeten gebeuren in deze specifieke situatie? (*Graag zo zorgvuldig mogelijk antwoorden. Als het bijvoorbeeld om wachttijden gaat, geef dan aan wat u acceptabel zou vinden*)

19. Waarom heeft u, in deze specifieke situatie niet volgens uw eigen professionele normen kunnen werken?

20. Heeft u deze situatie met iemand besproken? Zo ja, met wie? (*aankruisen wat van toepassing is, meerdere antwoorden mogelijk*)

- niemand
- patiënt/familieleden
- collega's
- medische staf
- directie / Raad van Bestuur
- MIP commissie of FONA-commissie
- klachtencommissie
- inspectie voor de gezondheidszorg
- kwaliteitsfunctionaris
- anders, namelijk _____

Wellicht wilt u nog iets opmerken over de vragenlijst of het onderzoek :

DANK VOOR UW MEDEWERKING!
Graag deze lijst vóór 11 oktober terug sturen naar:
NIVEL, KMS-enquête
Antwoordnummer 4026
3500 VB UTRECHT