



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007. De gegevens mogen met bronvermelding (A.E. Meiberg, C.J. IJzermans, D.H. de Bakker, *Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument*, NIVEL 2007) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Samenwerking in de keten van acute zorg: een zelfevaluatie-instrument**

A.E. Meiberg  
C.J. IJzermans  
D.H. de Bakker



**Dit project is gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; directie Curatieve  
Gezondheid**

ISBN-10: 90-6905-832-4

ISBN-13: 978-90-6905-832-0

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 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

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond en aanleiding	7
1.2 Doel	8
1.3 Opbouw rapport	8
<b>2 Methode</b>	<b>9</b>
2.1 Instrumentontwikkeling	9
2.2 De praktijktest	11
2.3 Kwalitatieve analyse resultaten	11
<b>3 Resultaten praktijktest</b>	<b>13</b>
3.1 Inleiding	13
3.2 Algemene bevindingen	13
3.3 Specifieke bevindingen	16
3.3.1 Het zelfevaluatie-instrument voor Huisartsen Diensten Structuur/ Huisartsenposten	17
3.3.2 Het zelfevaluatie-instrument voor de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis	21
3.3.3 Het zelfevaluatie-instrument voor Regionale Ambulance Voorziening	25
3.4 Algemene aanpassingen voor de zelfevaluatie-instrumenten	30
<b>4 Nabeschuwing</b>	<b>33</b>
4.1 Beantwoording van de vraagstelling	33
4.2 Kanttekeningen van het onderzoek	33
4.3 Bijdrage van het instrument op de korte termijn	34
4.4 Bijdrage van het instrument op de lange termijn	34
<b>Literatuur</b>	<b>37</b>
<b>Bijlage:</b>	
Bijlage 1: Samenstelling begeleidingscommissie	39
Bijlage 2: Toelichting bij het zelfevaluatie-instrument	41
Bijlage 3: Zelfevaluatie-instrument voor de Huisartsen Diensten Structuur/ Huisartsenpost	45
Bijlage 4: Zelfevaluatie-instrument voor de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis	73
Bijlage 5: Zelfevaluatie-instrument voor de Regionale Ambulance Voorziening	99



## Voorwoord

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het initiatief genomen om een instrument te laten ontwikkelen dat betrokken instellingen in staat stelt om zelf aard, kwaliteit en omvang van de samenwerking binnen de acute zorg in beeld te brengen. Dit initiatief hangt samen met de invoering van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), waarin de aanbieders van acute zorg worden verplicht tot het voeren van een ketenoverleg acute zorg. Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft dit instrument ontwikkeld.

Het doel van dit initiatief is om de aanbieders van acute zorg in Nederland een instrument aan te bieden, waarmee zij zich een beeld kunnen vormen van (de mate van) hun samenwerking op het terrein van de acute zorg. Daarbij gaat het primair om bewustwording. Het instrument kan aanleiding zijn om de aspecten van samenwerking (verder) intern en extern door te spreken en te verbeteren en bijdragen aan bilateraal (overleg tussen twee partners) en aan het ketenoverleg acute zorg, zowel op het niveau van het management als op dat van de uitvoerders. Het instrument kan een hulpmiddel zijn bij periodieke evaluatie.

Bij de ontwikkeling van het zelfevaluatie-instrument is gebruik gemaakt van de inbreng van diverse deskundigen in Nederland. Daarnaast werd het NIVEL bijgestaan door een begeleidingscommissie waarin verschillende koepelorganisaties (Vereniging Huisartsenposten Nederland, Ambulance Zorg Nederland, NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Landelijke Vereniging voor Traumacentra, College voor Zorgverzekeringen) waren vertegenwoordigd. Er zijn drie (op elkaar aansluitende) zelfevaluatie-instrumenten ontwikkeld voor respectievelijk Huisartsen Diensten Structuur/Huisartsenposten (HDS/HAP), afdelingen Spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) en Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV). De overige partners in de acute zorg (verloskundige praktijken, crisisdiensten GGZ, huisartspraktijken tijdens kantooruren, thuiszorginstellingen) worden hier buiten beschouwing gelaten en kunnen in een later stadium worden toegevoegd.

De instrumenten zijn in de praktijk getest. Instellingen binnen één traumaregio hebben aan deze validatieronde meegewerkt. Nagegaan werd of de instrumenten meten wat ze moeten meten en of ze bruikbaar en toepasbaar zijn voor het hele land. Voor de zorg bij rampen en calamiteiten is een apart zelfevaluatie instrument ontwikkeld door het NIVEL, dat eveneens in februari 2007 wordt gepubliceerd. De betrokken koepelorganisaties hebben op zich genomen de verspreiding en toepassing van dit instrument onder hun leden actief te ondersteunen. De instrumenten zijn te downloaden van de NIVEL site ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)).

Wij bedanken iedereen die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van de instrumenten en van dit rapport.

Dr. C.J. IJzermans  
Programmaleider NIVEL  
februari 2007



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond en aanleiding

Per één januari 2006 is de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) in werking getreden, waarbij aanbieders van acute zorg verplicht worden samen te werken in een regionaal overleg ketenzorg<sup>1,2</sup>. Niet voor niets, want de afgelopen jaren zijn beleidsnotities over de acute zorg verschenen met onder andere de boodschap meer samenwerking te initiëren<sup>3-9</sup>, omdat acute zorg nog te weinig als een keten is georganiseerd. Het is voor de meeste patiënten niet altijd helder bij welke zorgaanbieder ze moeten aankloppen, waardoor patiënten dikwijls door meerdere zorgaanbieders op rij gezien worden. Daarnaast is de overdracht tussen zorgaanbieders niet optimaal, waardoor de patiënt onnodig lang op juiste en adequate zorg moet wachten.

Ook gaven verschillende koepelorganisaties en beroepsgroepen de afgelopen jaren hun visie op de acute zorgketen<sup>10-16</sup> en op dit moment is de (organisatie van de) acute zorg in Nederland dan ook volop in ontwikkeling en ontplooit zich samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders<sup>17-22</sup>.

De Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) omschrijft acute zorg als: Het zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg verlenen om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen<sup>7</sup>. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) daarentegen omschrijft acute zorg ruimer: ‘Alle zorg die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid op werkdagen om de huisarts of hulpverlener te raadplegen<sup>15</sup>. Wanneer een Nederlander geconfronteerd wordt met een acuut gezondheidsprobleem, kan deze (of diens omgeving) kiezen uit drie mogelijkheden: bellen met de huisarts of de huisartsenpost (HAP), naar de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van het ziekenhuis gaan of het nummer ‘112’ bellen waarna eventueel een ambulance wordt gestuurd. De keten van acute zorg wordt op deze manier in gang gezet. Een belangrijke taak hierbij is weggelegd voor de meldkamer ambulancezorg (MKA). De ambulance-dienst(en) en de meldkamer(s) werken samen binnen de organisatie regionale ambulancevoorziening (RAV).\*

Naast de drie genoemde (grootste) aanbieders van acute zorg komen ook acute verloskundige hulpverlening, acute geestelijke gezondheidszorg en acute thuiszorg voor. De patiënt kan bij alle zorgaanbieders de keten binnenstappen, maar het grootste deel van de zorgvragen komt terecht bij HAP, SEH en ambulancezorg.

Een aantal ziekenhuizen (en daarmee SEH’s) in Nederland heeft naast een reguliere functie ook de functie van traumacentrum, waardoor het automatisch onderdeel wordt van deze studie. Het traumacentrum heeft een aantal specifieke taken waaronder de opvang van multi-traumapatiënten, de traumaregistratie en de inzet van mobiele medische teams (MMT). Daarnaast neemt het traumacentrum in de WTZi het initiatief voor het regionale overleg acute zorgketen<sup>23</sup>. In Nederland zijn tien traumacentra aangewezen en doorgaans

---

\* In sommige regio’s heeft zich nog geen RAV gevormd. Daar waar in het rapport gerefereerd wordt naar RAV, wordt bedoeld: ambulancedienst(en) en meldkamer(s) die samenwerken in één regio.

is per regio één ziekenhuis (met soms een ander ziekenhuis in de omgeving) aangewezen dat de coördinerende functie op zich neemt.

Naar aanleiding van de invoering van de WTZi heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het initiatief genomen om een instrument te laten ontwikkelen dat de aanbieders van acute zorg in Nederland in staat stelt zich een beeld te vormen van (de mate van) hun samenwerking met acute ketenpartners. Het primaire doel is bewustwording. Daarnaast dient het een instrument te zijn dat daadwerkelijk door beroepsbeoefenaren zelf gehanteerd kan worden. Het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) heeft de opdracht gekregen om dit instrument te ontwikkelen. Daarvan wordt in dit rapport verslag gedaan.

## 1.2 Doel

Het doel van de studie is de aanbieders van acute zorg in Nederland een middel aan te bieden, waarmee zij zich een beeld kunnen vormen van (de mate van) hun samenwerking op het terrein van acute zorg (bewustwording). Knelpunten in de samenwerking vormen de aanleiding om de betreffende aspecten (verder) met elkaar door te spreken en te verbeteren, zowel bilateraal als in het ketenoverleg acute zorg. Het resultaat is een drietal instrumenten voor zelfevaluatie dat een spiegelende functie heeft voor samenwerking met ketenpartners. Het onderzoeksdoel is daarom:

*Is het mogelijk een instrument te ontwikkelen dat zorgaanbieders inzicht geeft in de mate waarin zij in de acute zorg samenwerken met ketenpartners?*

Bij de ontwikkeling van een eerste reeks instrumenten beperkt de studie zich tot de drie belangrijkste zorgaanbieders in de acute zorg: huisartsenposten, afdelingen spoedeisende hulp van het ziekenhuis en ambulancezorg. In deze studie worden huisartsenzorg binnen kantooruren, spoedeisende verloskundige zorg, acute thuiszorg, intensieve zorg (IC) en de GGZ crisisdienst buiten beschouwing gelaten. Deze (acute) partners kunnen in een later stadium toegevoegd worden aan de instrumenten.

## 1.3 Opbouw rapport

Dit rapport bestaat uit vier hoofdstukken. Na deze inleiding wordt in het tweede hoofdstuk de methode beschreven, waarin uiteengezet wordt hoe het zelfevaluatie-instrument tot stand is gekomen en welke middelen daarvoor gebruikt zijn. Het derde hoofdstuk bespreekt de resultaten van de praktijktoets van het instrument. In het laatste hoofdstuk wordt de vraagstelling beantwoord en worden aanbevelingen geformuleerd voor de korte- en lange termijn. Tevens worden kanttekeningen bij het onderzoek beschreven.



## 2 Methode

Deze methodesectie bestaat uit drie onderdelen. In het eerste deel komt aan bod hoe het instrument werd ontwikkeld. In het tweede deel wordt verslag gedaan van het toetsen van het instrument in de praktijk, waarbij de vragenlijst aan vertegenwoordigers van huisartsenpost, spoedeisende hulp en ambulancedienst werd voorgelegd. Tenslotte wordt beschreven hoe de resultaten zijn geanalyseerd.

### 2.1 Instrumentontwikkeling

In deze studie ontwikkelde het NIVEL zelfevaluatie-instrumenten voor samenwerking tussen huisartsenposten (HAP), afdelingen spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) en regionale ambulance voorzieningen (RAV)<sup>†</sup>. Omdat de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken groepen zorgaanbieders in de acute zorg nogal divers zijn, was het niet gewenst om te werken met één enkele vragenlijst voor alle zorgaanbieders.

Een zelfevaluatie-instrument heeft als doel de professional zelf te laten beoordelen of de samenwerking in de acute zorg van voldoende kwaliteit is in zijn (eigen) organisatie. Zelfevaluatie kan leiden tot (1) meer inzicht in samenwerking met ketenpartners en (2) het aanscherpen van de kennis en het bewustzijn over deze samenwerking. In een later stadium kan zelfevaluatie leiden tot (3) concretisering van het begrip samenwerking en het bespreekbaar maken ervan en (4) evaluatie van interventies die gedaan zijn om samenwerking in de acute zorg te verbeteren<sup>24</sup>. Kwaliteitsinstrumenten die daadwerkelijk door beroepsbeoefenaren zelf gehanteerd kunnen worden, zijn schaars en hebben in de gezondheidszorg pas recent hun intrede gedaan<sup>24-27</sup>.

Bij aanvang van de studie werd een literatuuronderzoek uitgevoerd over acute zorg in het algemeen en samenwerking tussen zorgaanbieders daarbinnen. Gelijktijdig werd een aantal koepelorganisaties bezocht om draagvlak te creëren en zijn vertegenwoordigers van HAP, SEH en RAV benaderd voor een interview. Het doel van deze interviews was oriëntatie en beeldvorming van soorten overleg met betrekking tot samenwerking tussen zorgaanbieders in de praktijk.

Op basis van de literatuurstudie werd een eerste vragenlijst opgesteld met per zorgaanbieder ongeveer 60 hoofdvragen (met wisselend een aantal subvragen eraan gekoppeld). Deze groslijst werd voor commentaar voorgelegd aan een begeleidingscommissie (bijlage 1) met vertegenwoordigers van verschillende koepelorganisaties (Vereniging Huisartsenposten Nederland, AmbulanceZorg Nederland, NVZ vereniging van ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Landelijke Vereniging voor Traumacentra en College voor Zorgverzekeringen).

In een traject van vier bijeenkomsten werden de concept instrumenten voor zelfevaluatie door de begeleidingscommissie besproken, aangescherpt en teruggebracht tot ongeveer 20 vragen (range 16-24) per instrument. Voorafgaand aan iedere bijeenkomst ontvingen

---

\* In sommige regio's heeft zich nog geen RAV gevormd. Daar waar in het rapport gerefereerd wordt naar RAV, wordt bedoeld: ambulancedienst(en) en meldkamer(s) die samenwerken in één regio.

de leden de (gereviseerde) conceptlijsten. Iedere bijeenkomst verliep volgens een vooraf opgestelde agenda waarin de aandachtspunten voor de bijeenkomsten waren vastgesteld. De oorspronkelijke opzet van drie instrumenten (voor iedere zorgaanbieder één) met zowel generieke (gezamenlijke) als specifieke elementen werd gehandhaafd. De vragen zijn in de vorm van een stelling geformuleerd en iedere respondent had de keuze uit drie antwoord mogelijkheden die proefondervindelijk in de praktijk getest zouden worden. (zie tabel 2.1)

Tabel 2.1 Antwoordcategorieën van het zelfevaluatie-instrument

<b>JA</b>	<b>NEE</b>	<b>Gedeeltelijk</b>
Onze organisatie: voldoet <b>volledig</b> aan deze vraag.	Onze organisatie: voldoet <b>geheel niet</b> aan deze vraag.	Onze organisatie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• heeft deze afspraak/ dit overleg met de ene instelling <b>wel</b> en met een andere instelling <b>niet</b> (s.v.p. toelichten)</li> <li>• voldoet gedeeltelijk aan deze vraag omdat dit onderwerp <b>in ontwikkeling</b> is (s.v.p. toelichten)</li> <li>• voldoet gedeeltelijk aan deze vraag omdat aan dit onderwerp <b>op een andere manier</b> invulling wordt gegeven (s.v.p. toelichten)</li> </ul>

Het uiteindelijke resultaat bestond uit drie voorlopige instrumenten voor zelfevaluatie die gereed waren om in de praktijk getoetst te worden. De onderwerpen die in de instrumenten aan bod kwamen zijn hieronder opgesomd:

- Deelname aan ketenoverleg acute zorg.
- Afspraken in het kader van samenwerking tussen twee verschillende zorgaanbieders.
- Afspraken in het kader van samenwerking tussen twee dezelfde zorgaanbieders.
- Sterke punten in de samenwerking tussen twee verschillende zorgaanbieders.
- Knelpunten in de samenwerking tussen twee verschillende zorgaanbieders.
- Afspraken over de telefonische triage tussen HAP en meldkamer ambulancezorg (MKA).
- Afspraken tussen de HAP en RAV over de inzet van de visiteauto en/of ambulance bij spoedritten.
- Afspraken over naar welke SEH de patiënt doorgestuurd kan cq. moet worden.
- Afspraken tussen de RAV en het traumacentrum over de inzet van de ambulance en/of Mobiel Medisch Team.
- Afspraken tussen de RAV en een andere RAV over ongevallen in het grensgebied van de RAV regio.
- Afspraken over de overdracht tussen twee verschillende zorgaanbieders.
- Afspraken over het elkaar informeren wanneer zich problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom.

Voor de volledige vragen per zorgaanbieder wordt verwezen naar tabellen 3.4, 3.5 en 3.6, waarin naast resultaten ook de oorspronkelijke vragen zijn opgenomen. In de volgende paragraaf wordt het traject van de praktijktest uiteengezet.

## 2.2 De praktijktest

Voordat het instrument daadwerkelijk wordt aangeboden aan instellingen in het land, is het noodzakelijk het instrument in de praktijk te valideren en te testen. Eén van de tien traumaregio's (paragraaf 1.1) werd benaderd voor deelname als proefregio. De selectie van deze proefregio vond plaats in overleg met de begeleidingscommissie en de opdrachtgever. Na de selectie zijn alle HAP's, SEH's en RAV's (die vallen binnen de geografische grenzen van de betreffende traumaregio) door de koepelorganisaties benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Via een e-mail aan de directies van de HAP's, aan de raden van bestuur van de ziekenhuizen en aan de directies van de RAV's werd het onderzoek aangekondigd. Vervolgens heeft de onderzoeker van het NIVEL telefonisch contact gezocht met de door de directie of raad van bestuur aangewezen instellingsafgevaardigde. Voorwaarde was dat deze afgevaardigde vanuit de eigen instelling verantwoordelijk was voor de externe contacten met ketenpartners. Uiteindelijk hebben alle personen (n=19) meegedaan aan de praktijktest.

Tijdens de praktijktest werd de instellingsafgevaardigde gevraagd het betreffende instrument over de samenwerking met ketenpartners in de acute zorg (geschatte duur 30 minuten) zelfstandig in te vullen. Het instrument, voorzien van toelichting en invul-instructie, werd per post opgestuurd. Enkele weken later bracht de onderzoeker een bezoek aan de betreffende functionaris. Het proces van invullen van de vragenlijst en de bruikbaarheid ervan werden geëvalueerd (duur 60-90 minuten) aan de hand van een van tevoren opgestelde checklist. Deze lijst bestond uit een aantal algemene (open) vragen waarbij naar de algemene indruk van het instrument gevraagd werd en of vertegenwoordigers het instrument in de toekomst zouden gaan gebruiken. Een aantal gesloten stellingen werd eveneens aan de vertegenwoordigers voorgelegd. Daarnaast is per vraag in het instrument nagegaan of deze goed (en op dezelfde manier) geïnterpreteerd werd, begrijpelijk was en relevant bevonden werd (face validity).

De evaluatiegesprekken werden vastgelegd met behulp van een memorecorder. Tijdens het gesprek werd de instellingsafgevaardigde op de hoogte gesteld van het doel van de praktijktest, namelijk: instrumentontwikkeling. De gegevens die verkregen werden uit het afnemen van de vragenlijst werden alleen gebruikt ter toetsing van het instrument en de uitkomsten die betrekking hebben op de samenwerking in de keten worden daarom niet vermeld in de eindrapportage.

## 2.3 Kwalitatieve analyse resultaten

De opnames van de nabesprekingen werden naderhand beluisterd waarna de gegevens digitaal in vijf tabellen zijn verwerkt. Alle uitkomsten van de open vragen werden per onderwerp in een tabel beschreven en de gesloten vragen (eens-oneens) werden in een tabel verwerkt (paragraaf 3.2). Het commentaar per vraag (interpretatie, relevantie en begrijpelijkheid) werd per respondent (n=19) en per zorgaanbieder (HAP, SEH, RAV) in drie afzonderlijke tabellen verwerkt. Op basis van laatstgenoemde drie tabellen werd per vraag een samenvatting van het commentaar gemaakt met daaruit voortvloeiend een advies voor de definitieve versie van het zelfevaluatie-instrument (paragraaf 3.3 & 3.4). In het volgende hoofdstuk wordt van de resultaten van de praktijktest verslag gedaan.



## 3 Resultaten praktijktest

### 3.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven hoe het zelfevaluatie-instrument tot stand kwam en welke middelen daarvoor werden gebruikt. Dit hoofdstuk bespreekt de resultaten van de praktijktoets van het instrument. Een aantal algemene bevindingen komt aan de orde in paragraaf 3.2. Van de specifieke bevindingen (paragraaf 3.3) wordt per vraag verslag gedaan voor respectievelijk huisartsenpost (3.3.1), afdeling spoedeisende hulp (3.3.2) en regionale ambulance voorziening (3.3.3). In de laatste paragraaf (3.4) wordt een overzicht gegeven van algemene (uniforme) aanpassingen in de drie instrumenten. Hoewel kanttekeningen werden geplaatst of en hoe de instrumenten in de toekomst van waarde kunnen zijn, was er vooral waardering voor het initiatief en verliepen de gesprekken in een goede en opbouwende sfeer.

### 3.2 Algemene bevindingen

Tijdens het nabespreken van het instrument werd iedere gesprekspartner gevraagd een aantal open en een aantal gesloten vragen te beantwoorden. Aan de hand van een drietal tabellen wordt hieronder de algemene indruk en de mogelijkheden voor het toekomstig gebruik van het instrument beschreven.

#### Algemene indruk instrument

In tabel 3.1 zijn antwoorden op de (open) vraag: 'Wat is uw algemene indruk van het instrument dat u heeft ingevuld?' in kaart gebracht. Hieruit blijkt dat vragenlijst over het algemeen positief wordt ontvangen. De vragenlijst geeft een prikkel om meer over samenwerking na te gaan denken. Het instrument houdt een spiegel voor en draagt bij aan de bewustwording van de mate waarin wordt samengewerkt met ketenpartners. Deze bevinding gold vooral bij vertegenwoordigers van HAP en RAV. Daarentegen vinden voornamelijk vertegenwoordigers van SEH de vragen te globaal. Zij zouden liever zien dat de vragenlijst concreter vorm krijgt met meer details. Sommige van deze vertegenwoordigers hadden desondanks toch een positieve indruk (n=4) van het instrument.

Tabel 3.1 Algemene indruk van het zelfevaluatie-instrument, uitgesplitst naar drie zorginstellingen (n=19)

	Instellingen			Totaal (n=19)
	HAP (n=7)	SEH (n=9)	RAV (n=3)	
Positieve indruk	4	4	2	10
De vragenlijst prikkelt- zet je aan het denken (bewustwording)	5	2	2	9
Te globaal, te summier, kan concreter, meer details	1	5		6

Niet in de tabel vermeld maar wel genoemd, is dat het instrument bij verschillende vertegenwoordigers (n=4) de vraag oproept wie eigenlijk het initiatief gaat nemen in de regio om meer overleg en samenwerking te initiëren. Hierover bestaat onduidelijkheid. Verder gaf een (beperkt) aantal vertegenwoordigers (n=4) aan dat zij eerder voorstander van een bilateraal overleg (tussen twee partners) zijn en dan vooral op lokaal of regionaal niveau.

Naast bovengenoemde open vraag is achterhaald hoe vertegenwoordigers van de drie zorgaanbieders hebben geantwoord op een aantal stellingen (tabel 3.2). Algemeen kan uit onderstaande tabel opgemaakt worden dat vertegenwoordigers van HAP en RAV in meerderheid positief staan tegenover het instrument, vertegenwoordigers van de SEH wat minder.

Uit de tabel blijkt dat vertegenwoordigers aan de hand van het instrument inzicht krijgen in de mate waarin wordt samengewerkt met ketenpartners. Een enkeling vindt het instrument daarvoor te globaal. Op de stelling of het instrument ook geschikt is voor het identificeren van zwakke punten in de samenwerking met ketenpartners wordt overwegend bevestigend geantwoord. Een aantal vertegenwoordigers geeft aan de zwakke punten in samenwerking al wel te kennen. De derde stelling is voornamelijk door vertegenwoordigers van de SEH minder positief beoordeeld. De belangrijkste redenen om het met deze stelling oneens te zijn hebben te maken met het feit dat het instrument geen verplichtend karakter heeft. Gebrek aan normen en gebrek aan sancties zijn redenen om het als te vrijblijvend te ervaren. Een andere reden is dat een vertegenwoordiger zelf wel het initiatief kan nemen, maar daarbij afhankelijk is van andere partners. Met de laatste stelling is de meerderheid van de vertegenwoordigers van de SEH het oneens. De belangrijkste reden hiervoor is dat het instrument in hun ogen geen beleidsaspecten meet.

Tabel 3.2 Mening van vertegenwoordigers over het instrument, uitgesplitst naar drie zorginstellingen (n=19), E= eens, O= oneens

Stellingen	Instellingen		HAP(n=7)		SEH(n=9)		RAV(n=3)		Totaal	
	E	O	E	O	E	O	E	O	E	O
1 Het instrument biedt mij inzicht in de mate waarin mijn instelling samenwerkt met andere ketenpartners	6	1	7	2	3	0	16	3		
2 Het instrument is nuttig voor het identificeren van zwakke punten in de samenwerking met andere ketenpartners	6	1	6	3	3	0	15	4		
3 Het instrument prikkelt mij tot meer initiatief voor samenwerking met andere ketenpartners	6	1	5	4	2	1	13	6		
4 Het instrument is nuttig voor het evalueren van beleidsaanpassingen/verbeteringen in mijn instelling ten aanzien van samenwerking met ketenpartners	5	2	3	6	3	0	11	8		

### Toekomstig gebruik van het instrument

Op de vraag of mensen het instrument in de toekomst zouden gaan gebruiken wordt wisselend geantwoord (tabel 3.3). Bij een negatief antwoord werd gevraagd wat de reden hiervoor was (open vraag) en bij een positief antwoord werd gevraagd waarvoor ze het instrument zouden willen gaan gebruiken. Hierbij kon uit een aantal antwoorden worden

gekozen (monitoren, vergelijk met andere instellingen, agenderen van knelpunten) en daarnaast droegen de vertegenwoordigers ook zelf antwoorden aan. Voor het leesgemak zijn in tabel 3.3 alle antwoorden in kaart gebracht.

Een aantal vertegenwoordigers gaf aan dat ze het instrument zouden willen gebruiken als monitor of om de resultaten te kunnen vergelijken met andere instellingen.

Vertegenwoordigers van de SEH merken op dat het instrument pas gaat leven als het een verplichtend karakter krijgt of als er een adviesgesprek of een adviesrapport uit voortvloeit. Ook werd aangegeven dat het instrument kan dienen als input voor het regionaal ketenoverleg.

Tabel 3.3 Toekomstig gebruik van het zelfevaluatie-instrument (n=19)

Zou u het instrument in de toekomst gebruiken?	Instellingen			
	HAP (n=7)	SEH (n=9)	RAV (n=3)	Totaal (n=19)
<i>Voorgestructureerde antwoorden</i>				
Ja, voor monitoren	3	2	2	7
Ja, voor vergelijk met andere instellingen (wat hebben anderen ingevuld)	3	3		6
Ja, voor het agenderen van knelpunten	2			2
<i>Vrije antwoorden</i>				
Ja, als input voor het kwaliteitsbeleid van de instelling	2	1	1	4
Ja, alleen als er een adviesgesprek op volgt	2	2		4
Ja, alleen als er een adviesrapport uit voortvloeit	2	1		3
Ja, als de lijst als input gaat dienen voor het regionaal ketenoverleg	1	3		4
Nee, het instrument is te globaal	1	4		5
Nee, want er is geen verplichtend karakter (normen) aan verbonden	2	3	1	6

### Overige bevindingen

Onderstaand een zevental bevindingen die samenhangen met het invullen van de vragen. Respectievelijk met de interpretatie van de antwoorden.

1. Bij de ontwikkeling van het zelfevaluatie-instrument is onderzocht welke **antwoord-categorieën** gebruikt zouden kunnen worden. Om het instellingen makkelijk te maken was de antwoordcategorie 'ja-nee' voor de hand liggend. Omdat verwacht werd dat dit tot problemen zou leiden, is gekozen voor een extra toevoeging 'gedeeltelijk', waarin respondenten specifieke opmerkingen kunnen invullen. Tijdens de nabespreking is gebleken dat de categorie 'gedeeltelijk' frequent gebruikt werd. Iedere vertegenwoordiger van een zorginstelling kan zijn eigen nuances met betrekking tot samenwerking in dit hokje beschrijven. Wel bleek regelmatig dat 'ja' werd ingevuld om dat er 'zeer binnenkort' afspraken gemaakt gaan worden of een eerste overleg gaat plaatsvinden.
2. In de instructie van het instrument stond vermeld dat de **werklast** van invullen on-

geveer 30 minuten zou zijn. Dit bleek een reële inschatting te zijn. Een beperkt aantal respondenten gaf aan dat de invultijd langer was dan 30 minuten. Over het aantal vragen was iedereen tevreden. Enkele vertegenwoordigers gaven aan in de toekomst de voorkeur te geven aan een digitale versie van het instrument.

3. Gebleken is dat vertegenwoordigers van zorgaanbieders **de acute zorg breder zien** dan het instrument voor ogen heeft. Een aantal zorgaanbieders heeft reeds afspraken met instellingen zoals thuiszorg, GGZ crisisdienst, verpleeg- en verzorgingshuizen, dienstapotheek of zorgverzekeraar. Ook deze partners worden als belangrijke schakels in de keten van acute zorg gezien, terwijl dit onderzoek in eerste instantie gericht is op de drie grote acute zorgaanbieders (HAP, SEH en RAV). Daarnaast wordt de opgeschaalde zorg (rampen en calamiteiten) en de huisarts gedurende de dag (kantooruren) als een ontbrekende factor gezien in het huidige instrument.
4. De vragenlijst maakt niet genoeg onderscheid in **verschillende niveaus van overleg**: de HAP is een platte organisatie met meestal één directeur, deze voert overleg op zowel bestuurlijk als operationeel niveau, terwijl in het ziekenhuis sprake is van een getrapte organisatie (Raad van Bestuur met daaronder managers zorg en een unithoofd SEH). Het kan dus voorkomen dat de ene vertegenwoordiger van een zorginstelling een ander niveau van overleg voor ogen heeft dan een andere vertegenwoordiger. Voor de ingevulde vragen is daarom in de nabespreking consequent nagegaan voor welk niveau van overleg 'ja' of 'nee' is ingevuld.
5. De **bandbreedte** van invullen verschilt. In de praktijk blijkt dat overleg op lokaal niveau, op regionaal(veiligheids) niveau en op traumaregionaal niveau plaatsvindt. Daarnaast blijkt dat de term 'bilateraal' op twee manieren geïnterpreteerd kan worden: (1) bilateraal overleg waarbij twee soorten zorgaanbieders aanwezig zijn (alle vertegenwoordigers in de regio van RAV en ook van SEH komen periodiek bij elkaar) of (2) bilateraal overleg waarbij er sprake is van één op één contact (één vertegenwoordiger van een HAP die praat met één vertegenwoordiger van de SEH).
6. Voornamelijk bij de gesprekken met vertegenwoordigers van de SEH is gebleken dat de personen die de lijst invullen **niet dezelfde functie** bekleden. In het ene ziekenhuis is de organisatie zo tot stand gekomen dat een afdelingshoofd van de SEH rechtstreeks onder de Raad van Bestuur valt terwijl in een andere organisatie een divisie- of organisatorisch manager tussen de Raad van Bestuur en het afdelingshoofd staat. Het instrument werd dus bij de ene instelling ingevuld door een divisiemanager terwijl het in een andere instelling door het (verpleegkundig) hoofd van de SEH ingevuld werd.
7. Uit de nabespreking is gebleken dat overleg tussen verschillende zorgaanbieders van **tijdelijke aard** kan zijn. Zo vindt er momenteel veel overleg plaats tussen SEH's en HAP's over nieuwbouwplannen in het kader van samenwerking in de toekomst (samen onder één dak).

### 3.3 Specifieke bevindingen

Er zijn drie zelfevaluatie-instrumenten ontwikkeld voor respectievelijk Huisartsen Diensten Structuur (HDS)/ Huisartsenpost (HAP) , afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) en Regionale Ambulance Voorziening (RAV). Voor ieder instrument is zoveel mogelijk gewerkt met een uniforme opbouw en met uniforme vragen, maar wel



toegesplitst op de betreffende zorginstelling. Tijdens de nabespreking is, naast een aantal algemene vragen (paragraaf 3.2), per vraag de interpretatie en begrijpelijkheid besproken. Ook de relevantie van de vraag in het kader van zelfevaluatie voor samenwerking in de acute zorg werd geïnventariseerd. In de volgende paragrafen wordt per zorgaanbieder verslag gedaan van de bevindingen. In een tabel worden vragen, resultaten en adviezen (om de vraag wel of niet te handhaven) beschreven.

### 3.3.1 *Het zelfevaluatie-instrument voor Huisartsen Diensten Structuur/ Huisartsenposten*

Een Huisartsen Diensten Structuur (HDS) bestaat uit één of meerdere locaties: huisartsenposten. Nederland kent een aanzienlijk aantal HDS-en met één locatie waarbij HDS dus tevens HAP is, maar er bestaan ook HDS-en met meerdere locaties. Voorafgaande aan de pilot is de keuze gemaakt om in de vragen die betrekking hebben op bestuurlijk/-directie niveau de term HDS te laten terugkomen, terwijl voor de vragen op operationeel niveau de term HAP gebruikt wordt. Tijdens de nabespreking heeft deze aanpak niet tot problemen geleid. De resultaten van de pilotstudie onder vertegenwoordigers (directeuren, managers en/of kwaliteitsmedewerkers) van HDS-en worden samengevat in tabel 3.4.

Tabel 3.4 Resultaten van het zelfevaluatie-instrument Huisartsen Diensten Structuur/ Huisartsenpost: bevindingen per vraag

Vraag	Resultaten	Advies
<p><b>1</b> De HDS neemt deel aan een ketenoverleg acute zorg*, waar bij naast de HDS ook minstens de RAV en SEH aanwezig zijn</p> <p>* dit is overleg is ingesteld naar aanleiding van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)</p>	<p>In deze vraag wordt specifiek gevraagd naar een overleg waarbij de drie grootste partners in de acute zorg aanwezig zijn/ vijf van de zeven vertegenwoordigers interpreteren deze vraag correct/ twee van de zeven vertegenwoordigers vullen de vraag in op basis van een overleg tussen twee partners.</p> <p>relevantie: 100 %</p>	<p><b>Aanpassen en handhaven</b></p> <p>Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners.</p>
1.1 Er bestaat een gezamenlijke lijst van prioriteiten (opgesteld in het ketenoverleg acute zorg)	idem vraag 1	<b>Handhaven</b>
1.2 De HDS levert een bijdrage aan het maken van deze gezamenlijke lijst met prioriteiten	idem vraag 1	<b>Handhaven</b>
1.3 Wat zijn de belangrijkste drie aandachtspunten uit de lijst met prioriteiten?	idem vraag 1	<b>Handhaven</b>
1.4 De HDS maakt in het kader van het ketenoverleg acute zorg beleidsafspraken met de andere ketenpartners	<p>Deze vraag wordt in alle gevallen verschillend (incorrect) geïnterpreteerd, want de vraag wordt ingevuld op basis van een overleg tussen twee partners (daardoor veel overlap met vraag 2 en 3 in lijst)</p> <p>Begrippen 'beleidsafspraken' wekt verwarring</p> <p>Relevantie: 100%</p>	<p><b>Aanpassen en handhaven</b></p> <p>Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners.</p> <p>Begrip 'beleidsafspraken' verhelderen.</p>

Vraag	Resultaten	Advies
1.5 De HDS voert met de andere ketenpartners (in ieder geval met SEH en RAV) de afspraken uit die in het ketenoverleg acute zorg zijn gemaakt	Deze vraag vertoont volgens de vertegenwoordigers overlap met vraag 1.4 en is daarom overbodig.	<b>Vervalt</b>
2 De HDS heeft samenwerkings afspraken met de SEH (indien van toepassing meerdere SEH's) in de omgeving (kan ook buiten traumaregio zijn)	Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig omdat afspraken in verschillende overlegvormen tot stand komen. Relevantie: 100 %	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker verschil aangeven in niveaus van overleggen.
2.1 Vertegenwoordigers van de HDS en de SEH ('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
2.2 Vertegenwoordigers van de HDS en de SEH('s) maken beleidsmatige afspraken over samenwerking		<b>Handhaven</b>
2.3 De HDS en de SEH('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven.</b>
2.4 De afspraken tussen HDS en de SEH('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
3 De HDS heeft samenwerkings afspraken met de RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) in de omgeving (kan ook buiten traumaregio zijn)	Deze vraag was voor alle vertegenwoordigers goed in te vullen. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
3.1 Vertegenwoordigers van de HDS en de RAV('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.2 Vertegenwoordigers van de HDS en de RAV('s) maken beleidsmatig afspraken over samenwerking		<b>Handhaven</b>
3.3 De HDS en de RAV('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.4 De afspraken tussen HDS en RAV('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
4 De HDS heeft samenwerkings afspraken met een andere HDS (indien van toepassing meerdere HDS-en) in de omgeving (kan ook buiten traumaregio zijn)	De organisatie van sommige (grotere) HDS-en bestaat uit meerdere personen zoals de directeur, de kwaliteitsmedewerker en locatiemanagers. Er wordt daardoor ook overleg gevoerd op meerdere niveaus. Dit komt niet voldoende tot uiting bij het invullen van de vragen. Relevantie: 100 %	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker verschil aangeven in niveaus van overleggen.
4.1 Vertegenwoordigers van de HDS en de andere HDS(-en) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
4.2 Vertegenwoordigers van de HDS en de andere HDS(-en) maken beleidsmatige afspraken over samenwerking		<b>Handhaven</b>
4.3 De HDS en de andere HDS(-en) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>

Vraag	Resultaten	Advies
4.4 De afspraken tussen HDS en de andere HDS(-en) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
5 Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen HAP en SEH('s)?	Alle vertegenwoordigers hebben de vragen goed geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
6 Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen HAP en SEH('s)?	idem 5	<b>Handhaven</b>
7 Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen HAP en RAV?	Alle vertegenwoordigers hebben de vragen goed geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
8 Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen HAP en RAV?	idem 7	<b>Handhaven</b>
9 Er bestaan afspraken tussen de HAP en de RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) over de telefonische triage van spoedmeldingen door HAP en/of MKA	Bij vier van de zeven vertegenwoordigers was niet helder wat precies met afspraken over telefonische triage van spoedmeldingen bedoeld werd. Gaat het over òf en wanneer patiënten worden doorgeschakeld? Gaat het om het overdrachtsformulier? Gaat het om triagecriteria? Gaat het om doorschakelen bij een bepaald ziektebeeld? Begrippen: onduidelijk Relevantie: onduidelijk	<b>Aanpassen en handhaven</b> De vraag duidelijker formuleren.
10 Er bestaan afspraken tussen de HAP en de RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) over de inzet van de visiteauto en/of ambulance bij spoedritten	De vraag werd door alle vertegenwoordigers hetzelfde geïnterpreteerd. Eén HAP gaf aan geen visiteauto (waarmee met spoed mag worden gereden) te hebben, dus was de vraag niet van toepassing. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
11 De HAP weet naar welke SEH de betreffende patiënt doorgestuurd kan c.q. moet worden	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers gelijk geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
12 Er bestaan afspraken tussen de HAP en de SEH (indien van toepassing meerdere SEH's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers hetzelfde geïnterpreteerd. Iedereen geeft aan dat de overdracht het belangrijkste element is bij samenwerken in de acute zorg. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<i>de overdracht van HAP naar de SEH('s) bevat:</i>		
12.1 de indicatie voor overdracht van de patiënt naar SEH	idem 12	<b>Handhaven</b>
12.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 12	<b>Handhaven</b>
12.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt op de HAP heeft gekregen	idem 12	<b>Handhaven</b>
12.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor de doorverwijzing	idem 12	<b>Handhaven</b>

Vraag	Resultaten	Advies
<b>13</b> Er bestaan afspraken tussen de HAP en de RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers hetzelfde geïnterpreteerd. Iedereen geeft aan dat de overdracht het belangrijkste element is bij samenwerken in de acute zorg Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<i>de overdracht van HAP naar de RAV('s) bevat:</i>		
13.1 de indicatie voor vervoer en doorverwijzing van de patiënt	idem 13	<b>Handhaven</b>
13.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 13	<b>Handhaven</b>
13.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt op de HAP heeft gekregen	idem 13	<b>Handhaven</b>
13.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor het vervoer de doorverwijzing	idem 13	<b>Handhaven</b>
<b>14</b> De HAP informeert de SEH('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de HAP problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door zes van de zeven respondenten op dezelfde manier geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<b>15</b> De HAP wordt door de SEH('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de SEH('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door zes van de zeven respondenten op dezelfde manier geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<b>16</b> De HAP informeert RAV('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de HAP problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<b>17</b> De HAP wordt door de RAV('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de RAV problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>

Voorgesteld wordt om op basis van de resultaten uit tabel 3.4 de meeste vragen te handhaven in de vorm zoals ze tijdens de pilot aangeboden zijn bij de vertegenwoordigers van de HDS/HAP's. Een aantal vragen wordt aangepast (en gehandhaafd) omdat termen in de vragen niet geheel duidelijk zijn omschreven. Daarnaast zal één vraag komen te vervallen. Er zal naast aanpassingen op basis van tabel 3.4, ook een aantal instrumentbrede aanpassingen gedaan worden (paragraaf 3.4). Het definitieve (aangepaste) instrument is terug te vinden in bijlage 3. Een instructie voor het gebruik van het instrument is daarin eveneens opgenomen (bijlage 2).

### 3.3.2 *Het zelfevaluatie-instrument voor de afdeling Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis*

De meeste ziekenhuizen kennen een getrapte organisatie waarbij vanuit de ziekenhuisorganisatie (en niet vanuit de SEH) op bestuurlijk niveau overleg wordt gevoerd met andere partners. Dit houdt in dat de eerste vraag van onderstaande tabel niet moet worden gesteld vanuit het perspectief van de SEH maar die van het ziekenhuis. Tijdens de nabespreking heeft dit echter niet tot problemen geleid, maar voor de volledigheid zullen de vragen in een volgende versie (bijlage 4) op bestuurlijk niveau over ‘het ziekenhuis’ gaan in plaats van ‘de SEH’.

Tabel 3.5 Resultaten van het zelfevaluatie-instrument afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis: bevindingen per vraag

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
<b>1</b> De SEH neemt deel aan een ketenoverleg acute zorg*, waarbij naast de SEH ook minstens de RAV en HDS aanwezig zijn  <small>* dit overleg is ingesteld naar aanleiding van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).</small>	In deze vraag wordt specifiek gevraagd naar een overleg waarbij de drie grootste partners in de acute zorg aanwezig zijn/ vijf van de negen vertegenwoordigers interpreteren deze vraag correct/ vier van de negen vertegenwoordigers vullen de vraag in op basis van een overleg tussen twee partners. Relevantie: 78%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners.
1.1 Er bestaat een gezamenlijke lijst van prioriteiten (opgesteld in het ketenoverleg acute zorg)	idem vraag 1	
1.2 De SEH levert een bijdrage aan het maken van deze gezamenlijke lijst met prioriteiten	idem vraag 1	
1.3 Wat zijn de belangrijkste drie aandachtspunten uit de lijst met prioriteiten?	idem vraag 1	
1.4 De SEH maakt in het kader van het ketenoverleg acute zorg beleidsafspraken met de andere ketenpartners	Deze vraag wordt in alle gevallen verschillend (incorrect) geïnterpreteerd, want de vraag wordt ingevuld op basis van een overleg tussen twee partners (daardoor veel overlap met vraag 2 en 3 in lijst) Begrip ‘beleidsafspraken’ wekt verwarring Relevantie: 78%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners. Begrip ‘beleidsafspraken’ verhelderen
1.5 De SEH voert met de andere ketenpartners (in ieder geval met RAV en HDS) de afspraken uit die in het ketenoverleg acute zorg zijn gemaakt	Deze vraag vertoont volgens de vertegenwoordigers overlap met vraag 1.4 en is daarom overbodig	<b>Vervalt</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
2 De SEH heeft samenwerkingsafspraken met de RAV (indien van toepassing eerdere RAV's) in de omgeving kan ook buiten de traumaregio zijn)	Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig omdat de afspraken in verschillende overlegvormen tot stand komen/ twee van de vertegenwoordigers hebben moeite met invullen omdat er al overleg plaatsvindt in ketenverband (vorige vraag) en daar vloeien bilaterale afspraken uit voort/ zeven vertegenwoordigers interpreteren de vraag op dezelfde (juiste) manier. Relevantie: 78%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken op <i>welk niveau</i> (directie, management en operationeel) en <i>in welke vorm</i> (keten of bilateraal) overleg wordt gevoerd.
2.1 Vertegenwoordigers van de SEH en de RAV('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
2.2 Vertegenwoordigers van de SEH de RAV('s) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
2.3 De SEH en de RAV('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
2.4 De afspraken tussen SEH en RAV('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
3 De SEH heeft samenwerkingsafspraken met de HDS (indien van toepassing meerdere HDS(-en) in de omgeving (kan ook buiten de traumaregio zijn)	Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig omdat de afspraken in verschillende overlegvormen tot stand komen/ twee vertegenwoordigers hadden moeite met invullen omdat er al overleg plaatsvindt in ketenverband (vorige vraag) en daar vloeien bilaterale afspraken uit voort/ zeven vertegenwoordigers interpreteren de vraag op dezelfde (juiste) manier. Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken op <i>welk niveau</i> (directie, management en operationeel) en <i>in welke vorm</i> (keten of bilateraal) overleg wordt gevoerd.
3.1 Vertegenwoordigers van de SEH en de HDS(-en) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.2 Vertegenwoordigers van de SEH en de HDS(-en) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
3.3 De SEH en de HDS(-en) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.4 De afspraken tussen SEH en HDS(-en) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld	Begrip 'regelmatig' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
<p><b>4</b> De SEH heeft samenwerkings afspraken met het trauma centrum*</p> <p>* lees in alle gevallen: het ziekenhuis met de functie van traumacentrum</p>	<p>Het begrip traumacentrum wordt niet door alle vertegenwoordigers hetzelfde geïnterpreteerd/ vier respondenten zien het traumacentrum als één ziekenhuis in de regio met de functie grote trauma's op te vangen/ drie respondenten zeggen dat het traumacentrum bestaat uit drie ziekenhuizen in de regio met de functie om grote trauma's op te vangen/ twee respondenten zien het traumacentrum als een organisatie die afspraken in de traumaregio initieert/ daarnaast wordt het begrip traumacentrum in verband gebracht met het Mobiel Medisch Team (2x) en traumaregistratie (3x)/Alle respondenten geven aan dat ze de vraag niet relevant vinden. 33% van deze respondenten zegt dat hun eigen ziekenhuis traumacentrum is en daardoor is de vraag niet relevant. Anderen vinden de vraag minder relevant omdat deze grotendeels hetzelfde als vraag 5 vraagt.</p>	<b>Vervalt</b>
4.1 Vertegenwoordigers van de SEH en het traumacentrum komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Vervalt</b>
4.2 Vertegenwoordigers van de SEH en het traumacentrum maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Vervalt</b>
4.3 De SEH en het traumacentrum hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Vervalt</b>
4.4 De afspraken tussen SEH en het traumacentrum worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld	Begrip 'regelmatig' niet helder.	<b>Vervalt</b>
<p><b>5</b> De SEH heeft samenwerkings afspraken met een andere SEH* (indien van toepassing meerdere SEH's*) in de omgeving (kan ook buiten de traumaregio zijn)</p> <p>* de SEH als onderdeel van het ziekenhuis</p>	<p>Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig omdat de afspraken in verschillende overlegvormen tot stand komen/ vier van de negen vertegenwoordigers interpreteren de vraag alsof het om een overleg gaat waar ook andere zorgaanbieders (dus ook RAV erbij) aanwezig zijn, bijvoorbeeld in het overleg over rampen/ drie respondenten vinden de vraag minder relevant omdat deze vraag op vraag 4 lijkt. De overige respondenten vinden het een relevante vraag.</p> <p>Relevantie; 67%</p>	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken op <i>welk niveau</i> overleg wordt gevoerd. Ook moet duidelijker gesteld worden dat het een overleg is tussen enkel SEH's over <u>reguliere</u> acute zorg.
5.1 Vertegenwoordigers van de SEH en de andere SEH('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Vervalt</b>
5.2 Vertegenwoordigers van de SEH en de andere SEH('s) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Vervalt</b>
5.3 De SEH en de andere SEH('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Vervalt</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
5.4 De afspraken tussen SEH en de andere SEH('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld	Begrip 'regelmatig' niet helder.	<b>Vervalt</b>
<b>6</b> Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen SEH en RAV*? <small>* de RAV waar u het meest mee samenwerkt</small>	Alle vertegenwoordigers hebben de vragen goed geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<b>7</b> Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen SEH en RAV?	idem 6	<b>Handhaven</b>
<b>8</b> Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen SEH en HAP('s)?	Alle vertegenwoordigers hebben de vragen goed geïnterpreteerd. Relevantie: 100 %	<b>Handhaven</b>
<b>9</b> Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen SEH en HAP('s)?	idem 8	<b>Handhaven</b>
<b>10</b> Er bestaan afspraken tussen de SEH en de RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd/ de overdracht tussen SEH en RAV is één van de belangrijkste punten voor samenwerking in de acute zorg. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<i>De SEH ontvangt bij de overdracht van de RAV('s):</i>		
10.1 de indicatie voor vervoer van de patiënt naar SEH	idem 10	<b>Handhaven</b>
10.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 10	<b>Handhaven</b>
10.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt van de ambulancebemanning heeft gekregen	idem 10	<b>Handhaven</b>
10.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor de doorverwijzing	idem 10	<b>Handhaven</b>
<b>11</b> Er bestaan afspraken tussen de SEH en de HAP (indien van toepassing meerdere HAP's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd/ de overdracht tussen SEH en RAV is één van de belangrijkste punten voor samenwerking in de acute zorg. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<i>De SEH ontvangt bij de overdracht van de HAP('s):</i>		
11.1 de indicatie voor doorverwijzing van de patiënt naar SEH	idem 11	<b>Handhaven</b>
11.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 11	<b>Handhaven</b>
11.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt op de HAP heeft gekregen	idem 11	<b>Handhaven</b>
11.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor de doorverwijzing	idem 11	<b>Handhaven</b>



<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
<b>12</b> De SEH informeert de RAV('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de SEH problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>13</b> De SEH wordt door de RAV('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de RAV('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>14</b> De SEH informeert de HAP('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de SEH('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>15</b> De SEH wordt door de HAP('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de HAP('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>16</b> Er bestaan afspraken tussen de SEH en het traumacentrum* over de personele inzet voor het Mobiel Medisch Team (MMT)	Voor zes van de negen instellingen is deze vraag niet van toepassing omdat ze geen MMT functie hebben. Voor de overige drie instellingen is de vraag van belang voor de eigen organisatie maar niet in het kader van samenwerking met anderen. Relevantie: 0%	<b>Vervalt</b>

\* lees: het ziekenhuis met de functie van traumacentrum

Voorgesteld wordt om op basis van de resultaten uit tabel 3.5 de meeste vragen te handhaven in de vorm zoals ze aangeboden zijn bij de pilot. Een aantal vragen wordt aangepast omdat termen in de vragen onduidelijk zijn. Daarnaast zullen twee vragen (vraag 4 en 16) vervallen. Er zal naast aanpassingen op basis van tabel 3.5, ook een aantal instrumentbrede aanpassingen gedaan worden (paragraaf 3.4). Het uiteindelijke instrument is terug te vinden in bijlage 4, waarin ook een instructie voor het gebruik van het instrument opgenomen is (bijlage 2).

### 3.3.3 *Het zelfevaluatie-instrument voor Regionale Ambulance Voorziening*

Een RAV wordt gedefinieerd als een organisatie waarbinnen door de ambulancediensten en meldkamer van een regio wordt samengewerkt. Nederland kent 25 zogenaamde RAV regio's en in zes daarvan heeft zich nog geen RAV gevormd. Hierdoor kan voor die regio's moeilijk een oordeel gevormd worden over de mate waarin de RAV samenwerkt met andere ketenpartners. In de toekomst wordt verwacht dat alle regio's over een overkoepelende RAV beschikken. Tot die tijd wordt voor regio's waarbij nog geen RAV is gevormd, aangeraden het instrument aan alle organisaties van ambulancediensten en meldkamers in de betreffende regio aan te bieden zodat naderhand één oordeel gevormd kan worden.

Tabel 3.6 Resultaten van het zelfevaluatie-instrument regionale ambulance voor ziening: bevindingen per vraag

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
1 De RAV neemt deel aan een ketenoverleg acute zorg*, waarbij naast de RAV ook minstens de SEH en HDS aanwezig zijn	Bij deze vraag wordt specifiek gevraagd naar een overleg waarbij de drie grootste partners in de acute zorg aanwezig zijn/ twee van de drie vertegenwoordigers interpreteert deze vraag correct. Eén vertegenwoordiger vult de vraag in op basis van een overleg tussen twee partners. Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven.</b> Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners
* dit overleg is ingesteld naar aanleiding van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).		
1.1 Er bestaat een gezamenlijke lijst van prioriteiten (opgesteld in het ketenoverleg acute zorg)	idem vraag 1	<b>Aanpassen en handhaven</b>
1.2 De RAV levert een bijdrage aan het maken van deze gezamenlijke lijst met prioriteiten	idem vraag 1	<b>Aanpassen en handhaven</b>
1.3 Wat zijn de belangrijkste drie aandachtspunten uit de lijst met prioriteiten? (alleen invullen als u op vraag 1.1 'JA' heeft geantwoord).	idem vraag 1	<b>Aanpassen en handhaven</b>
1.4 De RAV maakt in het kader van het ketenoverleg acute zorg beleidsafspraken met de andere ketenpartners	Deze vraag wordt in alle gevallen verschillend (incorrect) geïnterpreteerd, want de vraag wordt ingevuld op basis van een overleg tussen twee partners (daardoor veel overlap met vraag 2 en 3 in lijst) Begrip 'beleidsafspraken' wekt verwarring Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker laten blijken dat het om een overleg gaat tussen drie of meer partners. Begrip 'beleidsafspraken' verhelderen
1.5 De RAV voert met de andere ketenpartners (in ieder geval met SEH en HDS) de afspraken uit die in het ketenoverleg acute zorg zijn gemaakt	idem vraag 1.4/ deze vraag vertoont volgens de vertegenwoordigers overlap met vraag 1.5 en is daarom overbodig	<b>Vervalt</b>
2 De RAV heeft samenwerkingsafspraken met de HDS (indien van toepassing meerdere HDS-en) in de omgeving (kan ook buiten de traumaregio zijn)	Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig omdat afspraken in verschillende overlegvormen tot stand komen. Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker verschil aangeven in niveaus van overleggen.
2.1 Vertegenwoordigers van de RAV en de HDS(en) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
2.2 Vertegenwoordigers van de RAV en de HDS(en) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
2.3 De RAV en de HDS(en) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
2.4 De afspraken tussen RAV en HDS(en) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
<b>3</b> De RAV heeft samenwerkingsafspraken met de SEH (indien van toepassing meerdere SEH's) in de omgeving (kan ook buiten de traumaregio zijn)	Alle vertegenwoordigers interpreteren de vraag op dezelfde manier. Er bestaan meerdere overlegvormen van verschillende niveaus (directie, management en operationeel). Dit maakt eenduidig invullen lastig/ uit de vraag blijkt dat niet duidelijk is of het om mondelinge of schriftelijke afspraken gaat. Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Duidelijker verschil aangeven in niveaus van overleggen. De nuance tussen mondelinge- en/of schriftelijke afspraken duidelijker aanbrengen.
3.1 Vertegenwoordigers van de RAV en de SEH('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.2 Vertegenwoordigers van de RAV en de SEH('s) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
3.3 De RAV en de SEH('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
3.4 De afspraken tussen RAV en de SEH('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
<b>4</b> De RAV heeft samenwerkingsafspraken met het traumacentrum*  * lees in alle gevallen: het ziekenhuis met de functie van traumacentrum	Het traumacentrum wordt door alle respondenten gezien als een ziekenhuis met een extra functie, namelijk die voor de opvang van grote trauma's (relevantie 33%). Het begrip traumacentrum wordt ook in verband gebracht met het Mobiel Medisch Team en GHOR (relevantie: 100 %)	<b>Aanpassen en handhaven</b> Het begrip traumacentrum nader specificeren waarin de functie van het MMT wordt benadrukt
4.1 Vertegenwoordigers van de RAV en het traumacentrum komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
4.2 Vertegenwoordigers van de RAV en het traumacentrum maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
4.3 De RAV en het traumacentrum hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
4.4 De afspraken tussen RAV en het traumacentrum worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
<b>5</b> De RAV heeft samenwerkingsafspraken met een andere RAV (indien van toepassing meerdere RAV's) uit aangrenzende regio's	De term 'burenhulp' is algemeen bekend in de ambulancesector en daarmee zou de vraag kunnen worden gespecificeerd/ uit de vraag blijkt dat niet duidelijk is of het om mondelinge of schriftelijke afspraken gaat. BRelevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Term 'burenhulp' toevoegen. Nuance tussen mondelinge- en/of schriftelijke afspraken aanbrengen.

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
5.1 Vertegenwoordigers van de RAV en de andere RAV('s) komen voldoende vaak bijeen voor overleg	Begrip 'voldoende vaak' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
5.2 Vertegenwoordigers van de RAV en de andere RAV('s) maken beleidsmatig afspraken over de samenwerking		<b>Handhaven</b>
5.3 De RAV en de andere RAV('s) hebben de afspraken formeel vastgelegd	Begrip 'formeel' niet helder.	<b>Aanpassen en handhaven</b>
5.4 De afspraken tussen RAV en de andere RAV('s) worden regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld		<b>Handhaven</b>
<b>6</b> Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen RAV en HAP('s)?	De vragen werden op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>7</b> Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen RAV en HAP('s)?	idem 6	<b>Handhaven</b>
<b>8</b> Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen RAV en SEH('s)?	De vragen werden op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>9</b> Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen RAV en SEH('s)?	idem 8	<b>Handhaven</b>
<b>10</b> Wat zijn sterke punten in de samenwerking tussen RAV en het traumacentrum	De vragen werden goed geïnterpreteerd. Begrip 'traumacentrum' niet specifiek genoeg geformuleerd.	<b>Aanpassen en handhaven</b> Het begrip traumacentrum nader specificeren met nadruk op functie MMT
<b>11</b> Wat zijn knelpunten in de samenwerking tussen RAV en het traumacentrum?	idem 10	<b>Aanpassen en handhaven</b>
<b>12</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en de HAP (indien van toepassing meerdere HAP's) over de telefonische triage van spoedmeldingen door MKA en/of HAP	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Aanpassen en handhaven</b> Aanpassen in verband met onduidelijkheid vraag voor HAP vertegenwoordigers (tabel 3.4)
<b>13</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en de HAP (indien van toepassing meerdere HAP's) over de inzet van de ambulance en/of visiteauto bij spoedritten	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>14</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en het traumacentrum over de inzet van de ambulance en/of Mobiel Medisch Team	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>15</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en een andere RAV over ongevallen in het grensgebied van de RAV regio	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
<b>16</b> De RAV weet naar welke SEH de betreffende patiënt doorgestuurd kan c.q. moet worden	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>17</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en de HAP (indien van toepassing meerdere HAP's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd/ de overdracht tussen SEH en RAV is één van de belangrijkste punten voor samenwerking in de acute zorg Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<i>De RAV ontvangt bij de overdracht van de HAP:</i>		
17.1 de indicatie voor vervoer en doorverwijzing van de patiënt	idem 17	<b>Handhaven</b>
17.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 17	<b>Handhaven</b>
17.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt op de HAP heeft gekregen	idem 17	<b>Handhaven</b>
17.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor de doorverwijzing	idem 17	<b>Handhaven</b>
<b>18</b> Er bestaan afspraken tussen de RAV en de SEH (indien van toepassing meerdere SEH's) over de overdracht van patiënten	Deze vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier geïnterpreteerd/ de overdracht tussen SEH en RAV is één van de belangrijkste punten voor samenwerking in de acute zorg Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<i>De overdracht van RAV naar de SEH bevat:</i>		
18.1 de indicatie voor vervoer van de patiënt naar SEH	idem 18	<b>Handhaven</b>
18.2 de NAW (naam, adres, woonplaats) gegevens	idem 18	<b>Handhaven</b>
18.3 de medicatie (indien gegeven) die de patiënt van de ambulancebemanning heeft gekregen	idem 18	<b>Handhaven</b>
18.4 de ziektegeschiedenis (inclusief actuele medicatielijst en contra-indicaties) zoals bekend bij huisarts en/of relevant voor de doorverwijzing	idem 18	<b>Handhaven</b>
<b>19</b> De RAV informeert de HAP('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de RAV problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>20</b> De RAV wordt door de HAP('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de HAP('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>21</b> De RAV informeert de SEH('s) (collegiale telefoonnummers/ sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de RAV problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>

<i>Vraag</i>	<i>Resultaten</i>	<i>Advies</i>
<b>22</b> De RAV wordt door de SEH('s) geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen de SEH('s) problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd. Relevantie: 100%	<b>Handhaven</b>
<b>23</b> De RAV informeert het trauma centrum (collegiale telefoon nummers/sleutelfunctionaris) wanneer zich binnen de RAV problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd maar teveel overlap met vraag 18	<b>Vervalt</b>
<b>24</b> De RAV wordt door het trauma centrum geïnformeerd (telefonisch/ per e-mail etc) als zich binnen het traumacentrum problemen voordoen die gevolgen kunnen hebben voor de patiëntenstroom	De vraag werd door alle vertegenwoordigers op dezelfde manier (juist) geïnterpreteerd maar teveel overlap met vraag 19	<b>Vervalt</b>

Voorgesteld wordt om op basis van de resultaten uit tabel 3.6 de meeste vragen te handhaven in de vorm zoals ze aangeboden zijn in de pilot. Een aantal vragen wordt aangepast omdat termen in de vragen onduidelijk zijn. Daarnaast zullen drie vragen (1.5, 23, 24) komen te vervallen. Er zal naast aanpassingen op basis van tabel 3.6, ook een aantal instrumentbrede aanpassingen gedaan worden (paragraaf 3.4). Het uiteindelijke instrument is terug te vinden in bijlage 5, waarin ook een instructie voor het gebruik van het instrument opgenomen is (bijlage 2).

### 3.4 Algemene aanpassingen voor de zelfevaluatie-instrumenten

In deze paragraaf wordt een advies gegeven voor belangrijke wijzigingen in de drie zelfevaluatie-instrumenten op basis van de algemene- (3.2) en specifieke bevindingen per instrument (3.3). Het streven daarbij is dat de uniformiteit van de drie instrumenten grotendeels gewaarborgd blijft. De adviezen op een rij:

- 1) Voorgesteld wordt om de instrumenten voor alle drie de zorgaanbieders aan de directie van de betreffende instelling aan te bieden. Het is dan de taak van de directie om te beoordelen welke vertegenwoordiger van de instelling de lijst het beste kan invullen. Soms zal blijken dat de lijst door verschillende personen ingevuld moet worden omdat wissellende personen aan verschillende overlegvormen deelnemen. De vragen zijn daarom ook hiërarchisch ingedeeld; van 'bestuurlijk management' naar 'operationeel management' en 'operationeel uitvoerend'.
- 2) Naast de antwoordcategorieën 'ja', 'nee' en 'gedeeltelijk' wordt aan de nieuwe instrumenten de categorie 'ja, voldoet binnen 12 maanden' toegevoegd (paragraaf 3.2). Hiermee wordt bedoeld dat gesprekken en afspraken over samenwerking naar verwachting binnen een jaar zullen gaan plaatsvinden.
- 3) Tijdens de nabespreking werd aangegeven dat overleg op verschillende niveaus plaatsvindt, waardoor de vragen moeilijk in te vullen waren of niet correct geïnter-

preteerd werden. Omdat in de praktijktest bleek dat de personen die overleg voeren verschillende functies bekleden, volgt hieronder een toelichting op de verschillende niveaus en de functies die daarbij horen. Deze uiteenzetting komt ook terug in de instructie behorende bij het instrument. De niveaus van overleg zijn in de definitieve instrumenten duidelijk aangegeven.

<i>Bestuurlijk management:</i>	het (laten) zorgdragen voor de ontwikkeling en de vaststelling van de doelstellingen van de instelling, alsmede het (laten) uitvoeren in hoofdlijnen.
SEH:	Lid van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis
HDS/HAP:	Directeur
RAV:	Directeur
<i>Operationeel management:</i>	gericht op het leiding geven aan de dagelijkse, uitvoerende en ondersteunende werkzaamheden, evenals beleidsmatige werkzaamheden en bevoegdheden.
SEH:	Verpleegkundig hoofd van de SEH/ Organisatorisch manager SEH/ divisie- of zorgmanager (van het cluster waar de SEH onder valt)
HDS/HAP:	Directeur, locatiemanager of kwaliteitsmedewerker
RAV:	Locatiemanager of bedrijfsvoerend manager
<i>Operationeel uitvoerend:</i>	het uitvoeren van de dagelijkse werkzaamheden in de praktijk
SEH:	Medisch specialisten, Spoedeisende hulp arts, spoedeisende hulp verpleegkundigen etc.
HDS/HAP:	Huisartsen, triagisten, doktersassistenten etc.
RAV:	Medisch manager ambulancezorg, meldkamer verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen, ambulancechauffeurs etc.

- 4) In de definitieve instrumenten (bijlage 3 t/m 5) is boven iedere vraag consequent vermeld op welke vorm van samenwerking de vraag betrekking heeft. Uit de praktijktest blijkt dat uit de vragen niet altijd duidelijk naar voren kwam dat het om contact tussen twee zorgaanbieders of tussen drie zorgaanbieders ging. De volgende onderverdeling komt in de instrumenten terug:
- ketensamenwerking: een overleg met drie of meer zorgaanbieders
  - samenwerking tussen twee verschillende zorgaanbieders
  - samenwerking tussen twee dezelfde zorgaanbieders
- 5) Tijdens de praktijktest is gebleken dat de term ‘bilateraal’ op meerdere manieren te interpreteren is (zie paragraaf 3.2). Het is echter niet mogelijk om dit in de zelf-evaluatie-instrumenten aan te passen. De onderzoekers zijn van mening dat het instrument dan verder uitgebreid zou moeten worden en dat dit niet ten goede komt aan de overzichtelijkheid. Aanbevolen wordt om aan dit instrument een mondelinge nabespreking te koppelen zodat daarin kan worden uitgevraagd om welk soort overleg het gaat.

- 6) Voorgesteld wordt om aan de verschillende vormen van overleg (lokaal, regionaal en traumaregionaal niveau) in een mondelinge nabespreking aandacht te besteden. Aanpassing van de instrumenten op dit punt zou tot onoverzichtelijkheid van de vragenlijst leiden.
- 7) Uit de nabespreking is gebleken dat sommige overlegvormen tussen verschillende zorgaanbieders van tijdelijke aard zijn. Zo vindt er momenteel veel overleg plaats tussen SEH's en HAP's over bijvoorbeeld nieuwbouwplannen in het kader van samenwerking in de toekomst (samen onder één dak). In de mondelinge nabespreking dient hiermee rekening te worden gehouden, want mogelijk geeft deze vorm van overleg een vertekend beeld van de werkelijkheid.



## 4 Nabeschuwing

Het in dit rapport beschreven onderzoek heeft geleid tot de ontwikkeling van zelfevaluatie-instrumenten voor huisartsenposten (HAP), afdelingen spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH) en regionale ambulance voorziening (RAV). Allereerst zal ingegaan worden op de beantwoording van de vraagstelling. Daarna wordt geschetst welke bijdrage de instrumenten op korte en lange termijn zouden kunnen leveren aan de kwaliteit van acute ketenzorg. Eveneens wordt aandacht geschonken aan kanttekeningen bij de zelfevaluatie-instrumenten.

### 4.1 Beantwoording van de vraagstelling

Het doel van het zelfevaluatie-instrument was de aanbieders van acute zorg in Nederland een middel aan te bieden waarmee zij zich een beeld kunnen vormen van samenwerking met andere partners in de acute zorg. Het meetinstrument moet de zorgaanbieders zoveel mogelijk inzicht geven in de mate waarin deze samenwerkt met ketenpartners. Aan de andere kant stond centraal dat de instrumenten een globaal, niet-verplichtend intern karakter zouden krijgen.

Uit de praktijktest kwam naar voren dat het instrument geschikt is als zelfevaluatie-instrument met als primair doel: bewustwording. De resultaten laten zien dat de vragen een prikkelende werking hebben op de (meeste) vertegenwoordigers van diverse instellingen. Het instrument bracht zelfs meer: instellingen wilden het gaan gebruiken als jaarlijkse monitor, om de antwoorden met andere zorginstellingen te vergelijken of om het als onderdeel in het kwaliteitsbeleid van de instelling te laten terugkomen. Toch werden niet alle vragen door alle vertegenwoordigers even relevant gevonden. Het niet-verplichte karakter van het instrument kan ertoe leiden dat het instrument niet hoog op prioriteitenlijst van een instelling staat.

Deze ideeën, aangedragen door de vertegenwoordigers zelf, zeggen (mogelijk) iets over de bruikbaarheid van het instrument in de toekomst. Op de korte termijn zal het instrument echter puur als zelfevaluatie-instrument functioneren met als primaire doel: bewustwording.

### 4.2 Kanttekeningen van het onderzoek

De validiteit van het instrument is niet cijfermatig uit te drukken: het gaat immers om 'face-validity'. De onderzoekers sluiten niet uit dat bepaalde vragen voor meerdere doeleinden te interpreteren zijn. De geïnterviewden hebben op basis van hun deskundigheid, gevoel of smaak besloten of de vragenlijst wel valide genoeg is. De interpretatieverschillen die tijdens de praktijktest naar boven zijn gekomen, zijn echter zo veel mogelijk ondervangen in de huidige set instrumenten (bijlagen 3 t/m 5).

De beslissingen over het handhaven van bepaalde vragen op basis van de resultaten uit de praktijktest zijn voornamelijk voor de RAV-groep discutabel. Omdat in de betreffende

regio drie organisaties verantwoordelijk zijn voor de totale ambulancezorg, is het niet mogelijk geweest meer dan drie respondenten te includeren in het onderzoek. Bij aanvang van het onderzoek is voor ogen gehouden een instrument te ontwikkelen dat in het hele land bruikbaar is. In de praktijktest is echter gebleken dat er tussen instellingen behoorlijke verschillen bestaan op het vlak van organisatie, functies en overlegvormen. Dit probleem is in de huidige instrumenten zoveel mogelijk ondervangen, maar enkele verschillen zullen in een nabespreking uitgevraagd moeten worden door een onafhankelijke instelling/persoon.

### **4.3 Bijdrage van het instrument op de korte termijn**

De instrumenten zullen in eerste instantie (digitaal of per post) aan de zorgaanbieders uit de drie sectoren aangeboden worden als zelfevaluatie-instrument en bevatten vragen op bestuurlijk management niveau, operationeel management niveau en operationeel uitvoerend niveau. De vragen geven inzicht in de mate waarin er contact is met ketenpartners, overlegd wordt met ketenpartners en afspraken zijn met ketenpartners in de acute zorg. Het instrument dient aan de directies van de verschillende instellingen te worden aangeboden, zodat het daarna zijn weg in de organisatie vindt.

Het instrument is nadrukkelijk ontwikkeld als zelfevaluatie-instrument, maar daarbij wordt niet uitgesloten dat het op korte termijn ook voor andere doeleinden te gebruiken is, mits zorginstellingen nergens toe verplicht worden. De resultaten van zelfevaluatie zouden gebruikt kunnen worden als input voor het regionaal overleg acute zorg, dat naar aanleiding van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is ingesteld. Omdat het instrument ook overlegvormen op management en uitvoerend niveau in kaart brengt, kunnen de resultaten als input dienen voor overlegvormen tussen twee zorgaanbieders op managementniveau.

Tijdens de praktijktest hebben vertegenwoordigers van de deelnemende instellingen aangegeven dat een nabespreking van het instrument verhelderend en nuttig kan zijn. Volgens de onderzoekers zou een inhoudsdeskundige binnen de regio hiervoor zorg kunnen dragen. Tijdens de nabespreking kunnen interpretatieverschillen (over lokale-, regionale- of traumaregionale overlegvormen) tussen verschillende zorgaanbieders worden achterhaald en ook kan nagevraagd worden of overleg tot stand komt in verband met tijdelijke projecten. Eveneens kan uitgevraagd worden of er tijdens een overleg contact was tussen twee zorgaanbieders (één op één) of tussen meerdere personen per zorgaanbieder.

In de nabije toekomst wordt aangeraden het ziekenhuis met de functie van traumacentrum duidelijker te positioneren waarbij duidelijk is dat het betreffende ziekenhuis verantwoordelijk is voor de uitrol van zelfevaluatie-instrumenten in de traumaregio.

### **4.4 Bijdrage van het instrument op de lange termijn**

In de deelparagraaf 'overige bevindingen' is gerapporteerd dat vertegenwoordigers van de instellingen de wens hebben uitgesproken om meerdere zorgaanbieders zoals thuiszorg, GGZ crisisdienst, huisarts overdag, verpleeg- en verzorgingshuizen, dienstapotheek

of zorgverzekeraar in de instrumenten op te nemen. Er zal onderzocht moeten worden of het haalbaar is om al deze zorgaanbieders in één instrument op te nemen. Eveneens werd door zorgaanbieders aangegeven dat de zorg bij rampen en calamiteiten in het instrument niet aan bod komt. Hierover werd bij aanvang van het project duidelijk een keuze gemaakt. Het NIVEL ontwikkelde in een separaat traject een zelfevaluatie-instrument voor de voorbereiding van opgeschaalde spoedeisende medische zorgverlening<sup>28</sup>. Mogelijk kunnen beide instrumenten in een later traject aan elkaar worden gekoppeld. Tijdens de nabespreking werd aangegeven dat het instrument wellicht in de toekomst gebruikt wordt als er een verplichtend karakter aan gegeven wordt. Te denken valt aan kwaliteitsmetingen in de vorm van een 'benchmark'. In de toekomst kunnen de vragen mogelijk omgezet worden in procesindicatoren waarin de mate van samenwerking gemeten wordt. De onderzoekers zijn echter van mening dat pas van een 'benchmark' kan worden gesproken als er ook structuur- en eventueel uitkomstindicatoren aan gekoppeld worden.

In de praktijktest werd ook regelmatig geopperd dat de vragen gedetailleerder gesteld kunnen worden. Daar staat de wens van anderen tegenover om, op weg naar een benchmark, het aantal vragen beperkt te houden. Een verregaande detaillering zou samenhangen met een ervaren behoefte aan normering.



## Literatuur

1. VWS. Wet Toelating Zorginstellingen en regionaal overleg acute zorgketen (definitieve versie voor bestuurlijk overleg van 15 september 2005). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
2. VWS. Beleidsregels Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
3. IGZ. Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004.
4. IGZ. Kwaliteit Huisartsenposten verbeterd sinds 2003. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006.
5. Meier M, Smit MCA, van Overbeek L, van Baar ME, Schrijvers AJP. Vraag en aanbod van acute zorg in de regio Utrecht. Utrecht: UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, 2006.
6. Mastenbroek CG, van der Meer FM. Acute Zorg: over schakels en functies. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2005.
7. RVZ. Acute Zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003.
8. VWS. Beleidsvisie Acute Zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.
9. IGZ. Huisartsenposten in Nederland, nieuwe structuren met veel kinderziekten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004.
10. NVZ. NVZ-leden unaniem over visie op acute zorg; <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/content.jsp?objectid=14103>. Utrecht: NVZ Vereniging van ziekenhuizen, 2005.
11. LHV. Huisartsenposten in Nederland, essentiële schakel in de acute zorgketen. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 2004.
12. VHN. De plaats van de huisartsenpost in de spoedzorg. Utrecht: Vereniging Huisartsenposten Nederland, 2006.
13. AZN. De bakens verzetten, samenwerking binnen de acute zorgketen. Zwolle: AmbulanceZorg Nederland, 2004.
14. AVVV. Snel en goed, omdat het moet. Utrecht: Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, 2005.

15. NPCF. Acute zorg, uitgangspunten en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2006.
16. ZN. Acute zorg op maat, de visie van zorgverzekeraars. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2004.
17. Pepels R, Sonneveld R, Lierens G, Kool T. Het regionaal loket voor acute zorg. Utrecht: Prismant, 2006.
18. Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord. Kwaliteit Acute Zorgketen regio Zuid-Holland Noord. Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, 2005.
19. Stuurgroep Acute Zorg Groningen. Verbetering van acute zorg in Groningen. Groningen: Stuurgroep Acute Zorg Groningen, 2007.
20. van der Worp W, Vixseboxse G. Acute Zorg in de Regio Almelo, eindrapportage. Oldenzaal: Skopos Adviesgroep, 2005.
21. van Grunsven PM. Haastige spoed kan ook goed. *Medisch Contact* 2005;**60**:1592-3.
22. Ziekenhuis Bethesda. Het spoedzorgplein, een uniek traject in Hoogeveen. Hoogeveen: Ziekenhuis Bethesda, 2006.
23. VWS. Beleidsvisie Traumazorg 2006-2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
24. NPSA, NHS. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF);<http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/mapsaf>. Manchester: National Patient Safety Agency; National Health Service, 2005.
25. CHN, Prismant, Philadelphia. Zelfevaluatie Instrument Zorgplannen; <http://www.zipcare.nl/>. Christelijke Hogeschool Nederland; Prismant; Philadelphia, 2006.
26. Spijkers KFJ, van den Bosch JE, IJzermans CJ. Zelfevaluatie van de voorbereidingen op opgeschaalde Spoedeisende Medische Zorgverlening, op weg naar een benchmark. Utrecht: NIVEL, 2006.
27. Struben V, Wagner C. Ontwikkeling van een Instrument voor Zelf Evaluatie van de Patientveiligheidscultuur (IZEP). Utrecht: NIVEL, 2006.
28. Spijkers KFJ, Slottje P, IJzermans CJ. Zelfevaluatie van de preparatie op spoedeisende medische zorgverlening bij grootschalige incidenten en rampen: eindrapport van de ontwikkeling en praktijktest van zelfevaluatie-instrumenten voor ziekenhuizen, traumacentra, ambulancezorg en SIGMA. Utrecht: NIVEL, 2007.

## **Bijlage 1: Samenstelling begeleidingscommissie**

Mw. drs. W.M.J. Hoogeveen- de Ruijter	AmbulanceZorg Nederland
Dhr. drs. C.G. Mastenbroek	College voor Zorgverzekeringen
Mw. drs. R.M. Verheul	Landelijke Vereniging voor Traumacentra
Mw. drs. M.A.P. Mens	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Mw. drs. G.J.M. Schulten	NVZ vereniging van ziekenhuizen
Mw. C.J. van Vugt	Vereniging Huisartsenposten Nederland
Dhr. drs. P.J. Wognum	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. dr. D.H. de Bakker	NIVEL
Mw. drs. A.E. Meiberg	NIVEL
Dhr. dr. C.J. IJzermans	NIVEL

