

De ontwikkeling en positionering van Spoedeisende Hulp artsen in drie topklinische ziekenhuizen



Jannine van Schothorst – van Roekel (338310)

Dr. Iris Wallenburg, begeleider

Dr. Antoinette de Bont en Drs. Apostolos Tsiachristas, meelezers

Rotterdam, 08 oktober 2013

Afstudeeronderzoek Master Zorgmanagement

INHOUDSOPGAVE

Afkortingen	3
Samenvatting	4
Summary	7
1 Inleiding.....	9
2 Theoretisch kader.....	12
2.1 De afbakening van professionele grenzen en domeinen	12
2.2 De verschuiving van professionele grenzen en de invloed van actoren	14
3 Onderzoeksmethode	18
3.1 Inleiding.....	18
3.2 Steekproef.....	18
3.3 Documentenanalyse.....	19
3.4 Observaties	19
3.5 Interviews	20
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit	21
4 Ontwikkeling en positionering van de SEH-arts	22
4.1 De SEH-arts in drie topklinische ziekenhuizen	22
4.2 De ontwikkeling van het domein Spoedeisende Geneeskunde (SEG).....	26
4.3 Organisationele aspecten in de acute zorg.....	32
4.4 De ontwikkeling van taken en verantwoordelijkheden van de SEH-arts in de praktijk..	34
4.5 Ontwikkelingen op het gebied van de acute zorg	41
4.6 (F)actoren die de ontwikkeling en positionering van de SEH-arts versterken.....	44
4.7 Institutioneel werk verricht door SEH-artsen.....	49
5 Conclusie en discussie	58
5.1 Conclusie	58
5.2 Discussie.....	61
6 Referenties.....	63
Bijlagen	67
I Topiclijst.....	67
II Interviewvragen.....	69

Afkortingen

AIOS	Arts In Opleiding tot Specialist
ANIOS	Arts Niet In Opleiding tot Specialist
CCMS	Centraal College van Medisch Specialisten
EHH	Eerste Hart Hulp
HAP	Huisartsenpost
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNO-arts	Keel-, Neus- en Oorarts
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDL-arts	Maag-, Darm- en Leverarts
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
RVE	Resultaat Verantwoordelijke Eenheid
SEG	Spoedeisende Geneeskunde
SEH	Spoedeisende Hulp
SEH-arts	Spoedeisende Hulparts
SOSG	Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde
STZ	Stichting Topklinische opleidingsZiekenhuizen
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Samenvatting

Het profielspecialisme Spoedeisende Geneeskunde (SEG) is een jonge loot aan de stam van medische beroepen. Door de toegenomen kwaliteitseisen en de toestroom van onverwezen patiënten op de SEH, bleek de bestaande structuur van dienstdoende assistenten en poortartsen onvoldoende afgestemd op deze ontwikkelingen. Op initiatief van een aantal chirurgen en raden van bestuur van topklinische ziekenhuizen ging in 2001 de opleiding tot Spoedeisende Hulparts in Nederland van start.

De ontwikkeling van het domein SEG en de positionering van de SEH-artsen is in de afgelopen jaren verschillend verlopen. Het doel van het onderzoek is het verkrijgen van inzicht in de actoren en contextuele factoren, die de ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen bevorderen dan wel belemmeren. Voor het onderzoek zijn drie Topklinische Ziekenhuizen onderzocht, met ieder een eigen ontwikkeling en positionering van de SEH arts. Voor de verzameling van data zijn strategische en beleidsmatige documenten ten aanzien van de acute zorg geanalyseerd, er zijn 27 semigestructureerde interviews gehouden met betrokkenen bij de acute zorg, en er is circa 150 uur besteed aan observaties op de drie SEH's.

De resultaten laten zien dat de SEH-artsen in alle drie de ziekenhuizen begonnen met de behandeling van *onverwezen* en *verwezen* patiënten voor de vakgroep chirurgie. De mate waarin de SEH-artsen in de afgelopen jaren ook *onverwezen* en *verwezen* patiënten voor andere vakgroepen beoordeelden is per ziekenhuis zeer verschillend en nog steeds in ontwikkeling. Ook de mate waarin SEH-arts zelfstandig het medisch beleid bepaalt verschilt per ziekenhuis. Naast de directe patiëntenzorg is de SEH-arts in de drie ziekenhuizen formeel coördinator van de traumaopvang. De mate waarin de SEH-arts deze rol gedurende de traumaopvang uitoefent, verschilt per ziekenhuis. Met name in de samenwerking met specialisten, zoals de intensivist en anesthesist, is de rol van de SEH-arts nog niet uitgekristalliseerd.

Het verschil in ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen in de drie ziekenhuizen, kan aan de hand van verschillende factoren worden verklaard. Allereerst zijn een aantal organisationele aspecten van invloed geweest op de ontwikkeling en positionering van de SEH-arts. Hoewel het verschil in positionering hiermee niet volledig kan worden verklaard, fungeren deze aspecten als belangrijke randvoorwaarden voor de komst en ontwikkeling van de SEH-artsen. De bestaande opleidingsstructuur, die de aansluiting van de opleiding SEG vergemakkelijkte, is hier een voorbeeld van. Daarnaast speelden de afspraken met andere specialisten over de taken en rollen van SEH-artsen, de vorming van

een pool assistenten in twee ziekenhuizen, en de toezegging van de raden van bestuur om voldoende SEH-artsen aan te nemen, een rol in de komst en de ontwikkeling van de SEH-artsen op de spoedeisende hulp. Het onderzoek laat ook zien dat de 7 x 24 uur aanwezigheid van SEH-artsen in ziekenhuis A van grote invloed is geweest op de ontwikkeling van het domein, door het overnemen van taken op onaantrekkelijke arbeidstijden.

Naast de aanwezigheid van een aantal organisationele factoren, is de steun van en de nauwe samenwerking tussen de chirurgen, de raden van bestuur, en het medisch en clustermanagement van grote betekenis geweest voor de positionering van de SEH-artsen. De interactie tussen verschillende actoren, op strategische posities in de organisatie beïnvloedt op cruciale momenten het proces van positionering. De actoren vertoonden in dit samenspel kenmerken van een *institutional entrepreneur* als systeem. In één van de drie ziekenhuizen was dit samenspel nagenoeg afwezig, waardoor er slechts gering draagvlak is voor de komst van de SEH-artsen en er geen daadwerkelijke verandering is opgetreden in het organisatorische veld van de acute zorg.

De ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen verloopt niet zonder strubbelingen. De verschillende vakgroepen verrichtten alle '*institutional work*' om hun eigen domein te beschermen of uit te breiden. De chirurgen zien in het noodzakelijke veranderingsproces bijvoorbeeld een kans om het domein uit te breiden door de inzet van SEH-artsen voor chirurgische patiënten op de SEH. De chirurgen behouden daarmee macht en invloed op de SEH en houden tegelijkertijd de beschikking over financiële middelen. Andere vakgroepen verrichtten juist institutioneel werk ter bescherming van het eigen domein. Voorbeelden hiervan zijn het sluiten van het eigen domein door de inzet van eigen specialisten en arts-assistenten op de SEH, de ontwikkeling van het domein acute interne geneeskunde, of het innemen van een strategische positie in het management van de SEH om invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van SEH-artsen.

Niet alleen bestaande medische professies verrichtten institutioneel werk. In aanvulling op recente wetenschappelijke literatuur laat dit onderzoek zien, dat SEH-artsen in dit proces ook *zelf* institutioneel werk verrichtten. De wijze waarop de vakgroepen acteren is hierbij van groot belang. Door te laten zien welke kennis en vaardigheden de SEH-artsen bezitten, door verantwoordelijkheid te nemen, door er te zijn - ook op minder aantrekkelijke tijden - groeit het vertrouwen in de SEH-artsen bij de andere specialismen, waardoor ze 'hun patiënten' steeds meer durven toe te vertrouwen aan de SEH-arts. In de ziekenhuizen waar deze dynamiek tot stand is gebracht, raken de SEH-artsen sterker verankerd in de institutionele structuur van de acute zorg. De implementatie van de SEH-artsen in de ziekenhuizen is echter geen gelopen race. Veranderingen in de institutionele context, zoals

de positionering van de verpleegkundig specialist en de integratie van de huisartsenpost met de SEH vormen nieuwe bedreigingen voor de ontwikkeling van het domein van de SEH-arts.

Summary

The profile specialism emergency medicine (EM) is a young offshoot of medical professions. By the increased quality requirements and the growth of non-referred patients in the emergency department, the existing structure of assistants and doctors in the department room was not adapted to these developments. Initiated by a number of surgeons and boards of general teaching hospitals, the training of emergency physician in the Netherlands has started in 2001.

The enlargement of the domain emergency medicine and the positioning of the emergency physicians has developed differently over the last twelve years. The aim of this study is to acquire more insight in the actors' roles and the contextual factors, that advance or impede the development and positioning of the emergency physician. Three top clinical hospitals were examined, each with great diversity in development en positioning of emergency physicians. To this ethnographic study, strategic and policy documents with respect to the emergency medicine were collected, 27 semi-structured interviews were conducted and more than 150 hours of observations were made.

The results show that the emergency physicians in all of the three hospitals have started with the treatment of non-referred surgical patients. The extent to which emergency physicians also treated the non-referred and referred patients for other specialisms over the last twelve years differs among hospitals and is still in development. The extent to which the emergency physician independent determines the treatment also differs among hospitals. Beside the primary care, the emergency physician is also coordinator of the trauma care. The extent to which the emergency physician shapes this role during the trauma care differs among hospitals. In particular in collaboration with specialism, like the intensivist and anesthetist, the role of the emergency physician is under development.

The difference in development and embedding of emergency physicians in the three hospitals can be explained by different factors. At first, different organizational factors have influenced the development and positioning of emergency physicians. Although the difference in positioning cannot completely be explained by the organizational requirements, they act as preconditions for the start and development of the medical training in emergency medicine. For example, the existing training structure in the general teaching hospitals has facilitated the connection with the training in emergency medicine. Also the appointments with elite professionals about the division of labour, the development of a residents' pool in two hospitals, and the commitment of the board members to employ sufficient emergency physicians, played an important role in the start and development of the emergency

physicians in the emergency departments. The study also shows that the twenty-four-hour presence of emergency physicians in hospital A has been very important to the development of an own domain, by expanding tasks in unattractive work times.

Beside the presence of organizational requirements, the support and close collaboration between the surgeons, the board members, and the medical and strategic management strengthens the positioning of the emergency physicians. The interplay between different actors, in strategic positions in the organization, has influenced the positioning at critical times. In the interplay, the actors have shown characteristics of an *institutional entrepreneur* as a system. In one of the three cases, there is no teamwork between actors, therefore there is little support to emergency physicians. There is no institutional change enacted in the organizational field of emergency care.

The development and positioning of the emergency physicians does not run smoothly. All specialisms engage in *institutional work* to protect or develop their own domain. The surgeons carry out institutional work to develop their own domain, by co-opting the emergency physicians. They maintain power and influence in emergency care and control financial arrangements. Other traditional professions engage in institutional work to protect existing institutions. For example they incline to *occupational imperialism* to deploy their own specialists and residents in the department room, or by developing the domain acute internal medicine. Thirdly, it is also possible that they take a role in strategic management in emergency medicine to influence the development of emergency physicians.

Not only existing and often elite medical professions carry out *institutional work*. In addition to recent scientific research, this study shows how emergency physicians *also* carry out *institutional work*. The way in which de emergency physicians act is very important. By showing their knowledge and skills, by taking responsibility, and by being there - also in less attractive work times - the emergency physicians acquire more confidence from elite professions, whereby they entrust 'their patients' more en more to the emergency physicians. In the hospitals where this dynamic range has established, the emergency physicians will be more embedded in the institutional field of emergency medicine. However, the implementation of emergency medicine in the hospitals has not ended yet. The changes into the institutional context, like the positioning of nurse specialists and the integration of the general practitioners department in the emergency department, threatens the development of the emergency physicians domain.

1 Inleiding

In het jaar 2000 doet de Spoedeisende Hulparts (SEH-arts) zijn intrede in de Nederlandse gezondheidszorg. De bestaande situatie, waarin arts-assistenten en poortartsen de eerste opvang verzorgden, is niet afgestemd op de toenemende stroom zelfverwijzers, de verwachtingen van burgers en de toegenomen kwaliteitseisen (IGZ 1994, Van Geloven 2000). Daarnaast is er te weinig coördinatie en teveel aan diagnostiek, versnipperd beleid en lange doorlooptijden (Vandewalle et al. 2010).

Vanaf 1994 is er vanuit de Inspectie expliciet aandacht voor de verbetering van de kwaliteit van zorg op de spoedeisende hulpen in Nederland. In het rapport 'De keten rammelt' (IGZ 1994) geeft de Inspectie aanbevelingen voor de kwaliteit en coördinatie van de zorg op de spoedeisende hulp. In 2004 komt de Inspectie opnieuw met een rapport, onder de titel 'Haastige spoed niet overal goed (IGZ 2004). Zij stelt in dit rapport dat de deskundigheid en beschikbaarheid van medisch specialisten, naast de medische eindverantwoordelijkheid op de SEH nog steeds onvoldoende is gewaarborgd.

Het rapport van de IGZ is geen op zichzelf staande gebeurtenis. De lacune in kwaliteit van zorg op de SEH is in ziekenhuizen bekend (Simons et al. 2005). In het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam (OLVG) zijn al 15 jaar eerste hulpartsen, met name ervaren huisartsen en tropenartsen, werkzaam. Zij zijn in die periode in vaste dienst en 24 uur per dag op de SEH aanwezig om de groeiende groep zelfverwijzers (60% van de hulpvragers) eerste hulp te kunnen bieden (De Vries en Luitse 1999). Het besef dat er iets moet veranderen in de organisatie en kwaliteit van de acute zorg, groeit onder de betrokkenen bij de spoedzorg (NVSHA 2009). Het medisch hoofd van de SEH in het OLVG, Jan Luitse, die betrokken is bij de totstandkoming van het rapport van de IGZ in 1994, is hierin een belangrijke initiator. Als voorzitter van de vereniging van traumatologen creëert hij draagvlak voor de opleiding tot SEH-arts naar Amerikaans model (De Vries en Luitse 1999, NVSHA 2009). In de Verenigde Staten heeft het specialisme spoedeisende geneeskunde een erkenning sinds 1979 (NVSHA 2009). Luitse betreft meerdere partijen bij het initiatief, gesteund door zijn directie. Zij zien het belang van het creëren van draagvlak bij onder andere de KNMG, medisch-specialistische verenigingen, de concilia, de LHV, overheid en verzekeraars om de opleiding tot SEH-arts een reële kans te geven (De Vries et al. 2001). De directie ziet kansen voor het ziekenhuis én voor de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) om zich te profileren in een omgeving waarin marktwerking en concurrentie steeds belangrijker wordt (NVSHA 2009, Puffers 2009).

Bovendien voelen de bestuurders de druk van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de acute zorg, dat versterkt werd door de aandacht van de IGZ voor dit thema.

De interventies om met steun van verschillende partijen te komen tot een opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SEG) blijken succesvol. Vier ziekenhuizen besluiten gezamenlijk een curriculum te ontwikkelen en SEH-artsen te gaan opleiden. Vervolgens wordt in 1999 de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA) opgericht, gevolgd door de oprichting van de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG) in 2004 (NVSHA 2009). Deze stichting draagt een deel van haar taken over naar de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) na de erkenning van de spoedeisende geneeskunde als profielspecialisme, door het Centraal College van Medisch Specialisten (CCMS) van het KNMG (CCMS et al. 2008). Met deze erkenning en de aanwezigheid van een wetenschappelijke vereniging is de opleiding tot SEH-arts in 10 jaar tijd uit haar pioniersfase getreden en landelijk redelijk verankerd in het landschap van medische opleidingen en specialismen.

Kwaliteit is het motto geweest om de verschillende partijen in dezelfde richting te sturen, namelijk het krijgen van een generalist op de spoedeisende hulp, voor de groeiende groep onverwezen patiënten en verbetering van de traumaopvang (De Vries et al. 2001).

Het samenvallen van vraag naar meer kwaliteit, deskundig personeel, profilering van het ziekenhuis, de aanwezigheid van erkende opleidingen voor spoedeisende geneeskunde in het buitenland en de aanwezigheid van een initiator, als krachtige actor, blijken belangrijke factoren die leiden tot de komst van de SEH arts in Nederland. De aanwezigheid van SEH-artsen in de verschillende ziekenhuizen in Nederland is hiermee nog geen gelopen race. Het afgelopen decennium is de ontwikkeling en positionering van SEH artsen in de verschillende ziekenhuizen divers verlopen. Er is bijvoorbeeld een verschil in het aantal SEH-artsen per ziekenhuis, hun taken en verantwoordelijkheden en de al dan niet 7 x 24 uur aanwezigheid van SEH-artsen.

Doel van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de actoren en contextuele factoren die de ontwikkeling en positionering van de SEH-arts bevorderen dan wel belemmeren. Het onderzoek zal bijdragen aan recente wetenschappelijk inzichten over de verschuiving van professionele grenzen en de invloed van actoren in de medische zorgverlening.

De centrale vraagstelling voor het onderzoek is: 'Hoe heeft de SEH-arts zich ontwikkeld in de onderlinge relatie met en afhankelijkheden van andere actoren in het organisatorisch veld binnen de topklinische ziekenhuizen?'

Ter beantwoording van de centrale vraagstelling, worden de volgende deelvragen beantwoord:

1. Welke ontwikkeling heeft de SEH-arts vanaf de introductie doorgemaakt?
2. Welke verschuivingen zijn er in de loop van de tijd opgetreden in taken, rollen, verhoudingen en verantwoordelijkheden tussen SEH artsen en specialisten? Welke partijen waren hierbij betrokken?
3. Welke rol hebben organisatorische factoren, zoals strategie, beleid en financiën, gespeeld in de ontwikkeling van de SEH arts?
4. Op welke manier heeft beleid en regelgeving vanuit externe partijen, zoals VWS en IGZ, de positionering van de SEH arts beïnvloed?

Het onderzoek is een kwalitatief onderzoek in drie topklinische ziekenhuizen. Er is gekozen voor drie cases die inhoudelijk van elkaar verschillen, om zo breed mogelijk zicht te krijgen op de verschillen in ontwikkeling en (f)actoren die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling. Door middel van documentenonderzoek, observaties op de spoedeisende hulpafdelingen en interviews met betrokkenen is het antwoord gezocht op bovenstaande vragen.

In hoofdstuk 2 wordt in het theoretisch kader beschreven hoe grenzen tussen professionele domeinen kunnen verschuiven en hoe nieuwe professies hun intrede doen in een bestaand institutioneel veld. Daarbij is aandacht voor de invloed van actoren en hoe die institutionele veranderingen in gang kunnen zetten, dan wel kunnen tegenhouden. In hoofdstuk 3 is beschreven welke kwalitatieve onderzoeksmethoden voor dit onderzoek zijn gebruikt. De analyse van bevindingen op basis van documenten, interviews en observaties, wordt gegeven in hoofdstuk 4, waarna de conclusie en discussie zijn beschreven in hoofdstuk 5.

2 Theoretisch kader

Het theoretische kader is gebaseerd op literatuur van Abbott (1988), Nancarrow and Borthwick (2005), Currie et al. (2009), Lockett et al. (2012), Noordegraaf (2011) en Wallenburg (2012). Het centrale thema in deze artikelen is de verschuiving van professionele grenzen (*professional boundaries*) en daarmee verschuivingen in domeinen van verschillende beroepsgroepen. De auteurs beschrijven de onderlinge afhankelijkheid van professionele groepen, verschuivingen in professionele grenzen (domeinen), de mate waarin die verschuivingen gepaard gaan met '*occupational closure*' en '*imperialism*', de mate waarin hierbij sprake is van conflict of consensus, en de invloed van de verschillende actoren op een (institutionele) verandering van professionele domeinen.

2.1 De afbakening van professionele grenzen en domeinen

Professionele groepen functioneren in onderlinge afhankelijkheid van elkaar (Abbott 1988). Met elkaar vormen zij een systeem, waarbinnen professionele groepen eigen taken en bevoegdheden claimen. Deze bevoegdheden worden ondersteund door wetgeving, door de publieke opinie en door afspraken die professionele groepen onderling maken op de werkplek. Als de taken en bevoegdheden eenmaal wettelijk verankerd en door de maatschappij gesteund zijn, zijn ze stevig verankerd en blijven ze langdurig bestaan. Bestaande professies beschermen hun domein krachtig tegenover andere professionele groepen en proberen hun eigen domein te vergroten. Dit laatste gaat noodzakelijkerwijs ten koste van het domein van een andere professie. Daarom zijn professies volgens Abbott voortdurend met elkaar in conflict. Verschuivingen in het ene domein raakt het domein van een andere professie (Abbott 1988). Taken en bevoegdheden worden daarbij niet alleen van binnen uit – door professionele groepen zelf - gevormd, maar ook door externe invloeden. Abbott noemt hierbij de invloed van de overheid en de invloed van technologische ontwikkeling. De overheid beïnvloedt de vorming van domeinen, bijvoorbeeld door de toewijzing van taken en vergoedingen van medische handelingen aan specifiek de 1^e, 2^e of 3^e lijn. Ook technologische ontwikkelingen spelen een rol. De inzet van robots voor chirurgische ingrepen hebben bijvoorbeeld bepaalde professionele groepen de kans gegeven om zich te specialiseren en een nieuw domein te ontwikkelen.

In recente literatuur worden actuele factoren genoemd, die de verschuiving van professionele grenzen beïnvloeden. Nancarrow and Borthwick (2005) noemen de veranderende maatschappelijke verwachtingen, inter-professionele verhoudingen en relaties,

personeelstekorten, neoliberale managementideeën en de voorkeur voor consumentwensen ('patiëntgerichte zorg') boven bestaande professionele hiërarchieën. Professionals spannen zich in om de grenzen van hun domein te beschermen en te bewaken om zo verschuivingen, die niet in hun eigen belang zijn, te beperken. Currie et al. (2009) maken hierbij onderscheid tussen inter-professionele en intra-professionele grenzen. Bij inter-professionele grenzen gaat het om de afbakening *tussen* verschillende professionele groepen, bij intra-professionele grenzen staat de discussie over de afbakening van taken *binnen* een beroepsgroep centraal. Beide typen grenzen lijken even sterk verankerd te zijn. In de 20^e eeuw lijkt de verschuiving van professionele grenzen het meest gedomineerd te zijn door de medische professie - *medical dominance* - en de sluiting van grenzen: '*occupational closure*' (Nancarrow and Borthwick 2005).

De mate waarin taken verschuiven hangt samen 'occupational closure': de mate waarin professionals in staat zijn hun domein te beschermen tegen binnendringen van of overnemen van taken door andere professionals (Currie et al. 2009, Nancarrow and Borthwick 2005). Currie et al. (2009) beschrijven de inzet van 'occupational closure' door machtige professionele beroepsgroepen. Zij zijn hierdoor in staat om verschuiving in taken en bevoegdheden, die bijvoorbeeld beleidsmakers graag tot stand zouden willen brengen, te belemmeren. 'Occupational closure' is volgens deze auteurs gebaseerd op te onderscheiden kennis (*distinctive knowledge base*). Hiermee wordt bedoeld dat het vakgebied een duidelijk af te bakenen kennisdomein is, bijvoorbeeld als een chirurgisch domein of een neurologisch domein. Deze kennis dient tegelijkertijd onbepaald te zijn (*indeterminacy of knowledge*). Hoe moeilijker kennis *inhoudelijk* vast te stellen is en te beschrijven is, des te moeilijker het is voor andere beroepsgroepen om deze kennis over te nemen en onder te brengen binnen hun eigen domein. Wanneer een professie zo voldoende controle houdt over de eigen professionele identiteit, is zij in staat de professionele grenzen van het domein te bewaken en te beschermen.

Nancarrow en Borthwick (2005) verbinden de mogelijkheid van 'social closure' aan het concept van 'occupational imperialism'. Het sluiten en beschermen van het domein gaat dan gepaard met conflicten en competitie. Dit continue conflict richt zich op de bevoegdheden van een professie (*professional jurisdiction*) (Abbott 1988). Nog steeds hebben machtige professionele groepen een grote invloed op de verhoudingen van professionele groepen tot elkaar en rolveranderingen die optreden (Nancarrow & Borthwick 2005, Currie et al. 2009). Het beschermen en verdedigen van het eigen domein wordt bovendien gelegitimeerd door institutionele kaders. Voorbeelden hiervan zijn bestaande wetgeving die bepaalde taken en bevoegdheden legitimeren, het verlenen van autonomie aan een bepaalde beroepsgroep door de overheid, en de toekenning van bepaalde

opleidingen. Naast deze wettelijke bevoegdheden zijn professies gericht op het verwerven van maatschappelijk gedragen legitimiteit. Professionele groepen kunnen de beeldvorming actief beïnvloeden door bijvoorbeeld opiniërende artikelen of Tv-programma's, die de legitimiteit van het professionele handelen versterken.

2.2 De verschuiving van professionele grenzen en de invloed van actoren

Ondanks dat professionals hun grenzen beschermen en bewaken, zijn professionele grenzen dynamisch en treden er in de loop van de tijd verschuivingen op, onder invloed van verschillende en vaak tegenstrijdige belangen. Die verschuivingen worden steeds meer in een breder perspectief geplaatst. Waar Abbott (1988) het conflict of de interactie isoleert tot een activiteit tussen professionele groepen, zijn er in de huidige literatuur twee nieuwe lijnen te ontdekken: ten eerste lijkt er door de grote veranderingen die er in de gezondheidszorg zijn voor meerdere groepen winst te behalen in de verschuiving van grenzen, waardoor er flexibiliteit ontstaat in grenzen tussen en binnen verschillende professionele groepen (Nancarrow and Borthwick 2005). Zij beschrijven de verschuiving van conflictueuze afbakeningsstrategieën naar het zoeken van consensus in inter-professionele relaties. Als argument geven zij aan dat in de onderlinge afhankelijkheid alle beroepen lijken te profiteren van de veranderende domeingrenzen. Hoewel veranderingen altijd verbonden zijn aan macht, status en beheersbaarheid, lijken veranderingsprocessen gebaat te zijn bij consensus (Currie et al. 2009). Het creëren van een nieuwe, nog niet bestaande professionele taak is bovendien minder bedreigend voor een bestaande professie en haar bevoegdheden dan het overschrijden van professionele grenzen (ibid). Professions kunnen zich bij verschuiving van taken en bevoegdheden in vier richtingen ontwikkelen, door uitbreiding van het bestaande repertoire met nieuwe taken of technieken (diversificatie), door het bereiken van een hoger niveau binnen de professie (specialisatie) of door het overnemen van taken die oorspronkelijk door een andere discipline werden gedaan (horizontale of verticale substitutie) (Nancarrow & Borthwick 2005). Bij diversificatie en specialisatie is er sprake van intra-professionele verschuivingen. Bij verticale substitutie gaat het om inter-professionele verschuivingen van taken naar een hoger of lager deskundigheidsniveau, bij horizontale substitutie om een verschuiving op een gelijk opleidingsniveau (ibid.). Waar bij taakdelegatie de verantwoordelijkheid bij een sterkere professie blijft, wordt bij substitutie de grenzen doorbroken en verschoven (ibid).

Ten tweede en in samenhang met de hiervoor beschreven lijn, lijken er andere actoren een rol te spelen in verandering van professionele rollen en verhoudingen. Lockett et al. (2012) spreken van een organisatorisch veld - *organisational field* -, waar strijd plaats

vindt tussen actoren om bronnen en capaciteit is om te veranderen en te vernieuwen. Volgens Nancarrow en Borthwick (2005) lijkt er minder dominantie te zijn van de medische professie en gaan andere actoren, zoals de overheid, meer hun invloed aanwenden in het proces van rolveranderingen. Currie et al. (2009) noemen de rol van beleidsmakers, waarbij de invloed van beleid bepaald wordt door de mate van professionalisering van beroepsgroepen, de competitie en de mogelijkheden van sluiting van de professionele grenzen. Uit hun onderzoek blijkt dat, hoewel beleidsmakers een rol vervullen, moderniserend beleid geen succes heeft als onvoldoende rekening houden met bestaande professionele belangen. Beleidsmakers dienen zich bewust te zijn dat er bij verandertrajecten sprake is van padafhankelijkheid (Scott 2008). Bestaande instituties zijn niet ineens om te buigen. Het onderzoek van Currie et al. (2009) laat ook zien dat er kansen liggen voor andere actoren in dit veld. In de juiste interactie met professionals lijken mogelijkheden te liggen voor beïnvloeding van professionele verhoudingen. Nancarrow & Borthwick (2005) noemen vier groepen van actoren die betrokken zijn bij de vorming van nieuwe beroepen, namelijk professionals, patiënten, universiteiten en de overheid. Zij laten zien dat de overheid voor het eerst in de geschiedenis steun verleent aan niet-medische beroepsgroepen om 'in te breken' in traditionele medische rollen.

De centrale vraag in het onderzoek van Lockett et al. (2012) is hoe en waarom bepaalde actoren meer dan anderen kansen zien en benutten om institutionele verandering tot stand te brengen. Aan de hand van het concept *institutional entrepreneurship* laten zij zien hoe actoren bestaande en opkomende institutionele configuraties proberen te beïnvloeden. De institutional entrepreneur kan zowel een persoon, een groep of een systeem zijn. De positie van de institutional entrepreneur is van groot belang. Evenals Nancarrow & Borthwick (2005) en Currie et al. (2009) laten ze zien dat machtige professionele groepen of personen geen belang hebben bij institutionele veranderingen, omdat zij voordeel hebben bij het bestaande systeem. Juist actoren in een middenpositie - *subject position* -, niet in het centrum en niet aan de rand van een organisatorisch veld zijn in staat om een institutionele verandering tot stand te brengen (Lockett et al. 2012). Legitimiteit is hierbij een belangrijk begrip. Enerzijds hebben actoren in een middenpositie voldoende macht en invloed op grond van hun formele positie - *structurele legitimiteit*. Anderzijds zijn zij in staat om draagvlak te krijgen voor een verandering op basis van overtuiging van 'wat hoort' en 'wat het beste is' - *normatieve legitimiteit* - (ibid.). Een voorbeeld hiervan is patiëntveiligheid in de zorg. Waar voorheen alleen artsen zich bezighielden met patiëntveiligheid, ontstond er vanaf de jaren '90 een systeem voor patiëntveiligheid, waarbij meerdere partijen waren betrokken. Deze actoren verkregen daarmee ook legitimiteit om een verandering tot stand te brengen.

Het *overtuigen* van professionals van nut en noodzaak van een verandering wordt versterkt door het gebruik van *retoriek* (ibid). Dit betekent het spreken van de taal van de professionals en aansluiten bij de normen en waarden van deze groep in het verwoorden van de voorgestelde verandering. Een gemiddelde tot sterke *structurele legitimiteit* in combinatie met een sterke *normatieve legitimiteit* geeft de institutionale entrepreneur de juiste positie om een institutionele verandering tot stand te brengen. Deze positie wordt in het artikel van Lockett et al. (2012) overigens in alle cases ingenomen door een medisch of verpleegkundig professional. Interessant in het SEH onderzoek is of deze positie ook ingenomen kan worden door een andere actor.

In alle hiervoor beschreven artikelen laten de auteurs zien dat er verschillende 'typen' actoren betrokken kunnen zijn bij een institutionele verandering in het organisatorisch veld. Niet alleen de overheid en beleidsmakers worden belangrijke actoren in dit veld, ook het management heeft een belang en positie in deze veranderingsprocessen. Noordegraaf (2011) beschrijft de interactie en wederzijdse afhankelijkheid tussen professionals en management. Hij betoogt in zijn artikel dat professionals en management meer samen dienen te werken. Enerzijds om uit de impasse van tegenstellingen te komen, anderzijds omdat ze door interne en externe factoren meer en meer op elkaar aangewezen zijn om een gelegitimeerd zorgaanbod te organiseren. Wallenburg (2012) gaat hierin verder. Zij laat niet alleen zien dat er sprake is van interactie tussen afzonderlijke partijen, die hun invloed steeds meer kunnen laten gelden, bijvoorbeeld door legitiem verkregen macht. In haar onderzoek laat ze zien dat de verschillende partijen steeds meer van elkaar afhankelijk zijn geworden om een gewenst resultaat te bereiken. Medische professies moeten acteren in een dynamisch, diffuus veld, waarin allerlei invloeden tegelijkertijd op medische professionals afkomen. Zij moeten bijvoorbeeld tegelijkertijd voldoen aan kwaliteitseisen van de opleiding, aan kwaliteitseisen in de directe medische hulpverlening, aan eisen van het management ten aanzien van bedrijfsvoering en productie, aan wettelijke eisen van overheid en VWS. Deze partijen stellen niet alleen hun eisen, maar zijn ook steeds meer in staat om invloed uit te oefenen op het primaire proces. Medici kunnen niet meer alleen acteren in dit complexe organisatorische veld, waarin verschillende partijen legitieme macht verkregen hebben en eigen belangen vertegenwoordigen. Er is hierbij sprake van *entanglement*: interne en externe veranderingen werken zodanig op elkaar in, en grijpen in elkaar, waardoor artsen andere actoren nodig hebben om aan alle eisen te kunnen voldoen. Ze zijn genoodzaakt om samen te werken om de gezamenlijke doelstellingen te realiseren. Dit wil niet zeggen dat er dan ook per definitie sprake is van consensus. De verschillende actoren hebben naast het gezamenlijk belang hun eigen belangen, die conflicterend kunnen zijn. In

de huidige institutionele context is er echter sprake van onderlinge afhankelijkheid en een verstrengeling van belangen, waardoor het gezamenlijk acteren onvermijdelijk is.

Het bovenstaande theoretisch kader, waarin beschreven staat hoe domeingrenzen door machtige professies worden beschermd en onder invloed van actoren desondanks verschuiven, dient als uitgangspunt voor het onderzoek naar de SEH-arts waarin de vraag centraal staat hoe SEH-artsen zijn gepositioneerd in het organisatorisch veld van de acute zorg. In het volgende hoofdstuk zullen eerst de onderzoeksmethoden worden besproken.

3 Onderzoeksmethode

3.1 Inleiding

In het onderzoek is gebruik gemaakt van de kwalitatieve methode, waardoor het mogelijk is sociale processen en de betekenisgeving van betrokkenen te onderzoeken (Mortelmans 2009). Bij het SEH onderzoek staan sociale processen in de zin van institutionele verhoudingen en bevoegdheden centraal. “Met een casestudy als onderzoeksbenadering kan een verschijnsel diepgaand onderzocht worden, (...) waarbij het te onderzoeken fenomeen mede wordt bepaald door een grote variëteit aan eigenschappen van de context” (Swanborn 2010:113). Deze methode is geschikt voor het SEH onderzoek, omdat het onderzoek inzicht dient te geven in actoren en factoren die van invloed zijn op de positionering van de SEH arts. Met een casestudy kan datgene wat mensen zeggen en wat mensen daadwerkelijk doen met elkaar in verband gebracht worden (ibid.). In het onderzoek zijn drie vormen van data gebruikt, namelijk de documentenanalyse, observaties en interviews. De variëteit in methoden past bij de strategie van de casestudy (Mortelmans 2009).

3.2 Steekproef

Als steekproefkader is gekozen voor de topklinische ziekenhuizen. De topklinische ziekenhuizen zijn vanaf de start van de SEH artsen betrokken geweest bij de ontwikkeling en opleiding van SEH artsen. In de meeste STZ ziekenhuizen zijn SEH artsen werkzaam (Gaakeer et al. 2012). Binnen dit steekproefkader is gezocht naar maximale variatie en informatierijke cases om het verschil in processen te kunnen definiëren en begrijpen. De volgende aspecten zijn criteria geweest bij het selecteren van de cases:

1. De invoering van de SEH arts dient in de cases verschillend verlopen te zijn, om verschillen in patronen te kunnen herkennen.
2. De ziekenhuizen liggen verspreid over het land, zodat de invloed van demografische aspecten beoordeeld kunnen worden.
3. Het aantal cases moet haalbaar zijn binnen de doelstelling en omvang van de masterscriptie.

Op grond van deze criteria is in overleg met de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen gekozen voor drie cases, drie topklinische ziekenhuizen, in het noorden, oosten

en westen van het land. Eén case geldt hierbij als kritische case vanwege de succesvolle profilering van SEH artsen in dit ziekenhuis.

3.3 Documentenanalyse

De documentenanalyse geeft inzicht in beslissingen die genomen zijn ten aanzien van de komst en positionering van de SEH arts en de betrokkenheid van actoren hierbij. Er zijn zowel documenten van externe partijen als interne documenten gebruikt, ter onderbouwing van de resultaten van het onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn: documenten van IGZ, vanwege de impuls die zij gegeven heeft de komst van de SEH arts ten behoeve van de kwaliteitsverbetering van de spoedzorg, documenten van de NVSHA, als belangrijke speler bij de totstandkoming van het domein SEG.

Door de ziekenhuizen zijn eveneens documenten beschikbaar gesteld, ter onderbouwing van de bevindingen. Voorbeelden hiervan zijn: strategische beleidsplannen, meerjarenplannen van de vakgroepen SEG, beleidsplannen van het acuut centrum en besluitenlijsten van de Medische Staf, die informatie geven over de (strategische) keuzes ten aanzien van de spoedzorg en de introductie en positionering van de SEH arts. Naast strategische keuzes verschaffen de documenten informatie verschaffen over de verhoudingen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden en onderlinge taakverdeling.

3.4 Observaties

Observaties maken inzichtelijk hoe de verhoudingen, bevoegdheden en taakverdelingen in de praktijk zijn vorm gegeven. Voor het optimaal vormgeven van de observaties, is gebruik gemaakt van het schema van Merriam (1998). Zij ordent de observatie in een aantal aandachtspunten, waarmee het risico op eenzijdige observatie kan worden beperkt. De veldnotities zijn van belang voor het reconstrueren van situaties en gegevens. Door het tussentijds maken van aantekeningen door het gebruik maken van korte zinnen en kernwoorden wordt het risico op het vertekenen van de observaties zoveel mogelijk beperkt (Mortelmans 2009). De aantekeningen zijn dezelfde dag uitgewerkt in gedetailleerde transcripten (Pope 2005). In totaal is er circa 150 uur aan observaties besteed. In ziekenhuis A is, naast de observatiemomenten op de SEH, een vakgroepvergadering bijgewoond. In ziekenhuis B is een managementoverleg bijgewoond. Door de vele uren observatie is een breed beeld ontstaan van de taken en verantwoordelijkheden van de SEH-artsen en de invloed die verschillende betrokkenen uitoefenen op de positionering van de SEH-artsen.

Bovendien is het door de vele observatiemomenten mogelijk om verschillen in afspraken en aanpassingen in de praktijk waar te nemen en een plaats te geven in de analyse.

3.5 Interviews

In het onderzoek is gekozen voor semigestructureerde diepte interviews. De onderzoeksvragen en topics bieden een kader voor relevante onderwerpen in de interviews. De vrije vorm biedt ruimte en daarmee de mogelijkheid om diepte te krijgen in het verhaal van de geïnterviewde en de thema's die voor hem of haar een belangrijke rol spelen. Na een aantal interviews blijkt het onderscheid tussen *onverwezen* en *verwezen* patiënten steeds terug te keren. Dit is toegevoegd aan de topiclijst. Per ziekenhuis zijn de volgende interviews gehouden:

Ziekenhuis A	Ziekenhuis B	Ziekenhuis C
Raad van Bestuur	Raad van Bestuur	Raad van Bestuur
Voorzitter Medische Staf	Voorzitter Medische Staf	Voorzitter Medische Staf
Zorggroepmanager	Operationeel directeur	Sectormanager
Hoofden zorgteam	RVE-manager	Unithoofd SEH - zorg
SEH-arts – voorzitter vakgroep	SEH-arts - waarnemend opleider	SEH-arts – opleider
MDL-artsen	SEH-arts	SEH-arts
Chirurg – voorm. opleider	Chirurg – opleider/ medisch manager	Chirurg – voorm. opleider
Internist/ intensivist	Internist vice-opleider/ medisch manager	Medisch hoofd SEH
Neuroloog		Internist/ intensivist
		Internist acute geneeskunde

Alle betrokkenen bij de acute zorg zijn benaderd met de vraag of ze een bijdrage wilden leveren aan het onderzoek door middel van een interview. De in de lijst vermelde betrokkenen zijn bereid geweest om mee te doen. Dit verklaart dan ook de verschillen in geïnterviewden per ziekenhuis. De posities van met name betrokkenen in het management zijn niet geheel identiek. In de analyse zijn deze posities dan ook niet als vergelijkbaar beschouwd. In ziekenhuis A is één formeel interview gehouden met een SEH-artsen. In alle

ziekenhuizen zijn gesprekken gevoerd met meerdere SEH-artsen tijdens de observatiedagen.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Kwalitatief onderzoek dient objectief en generaliseerbaar te zijn (Mortelmans 2009). Objectief betekent 'afwezigheid van subjectieve inbreng van de onderzoeker'. De positie van de onderzoeker is hierin belangrijk. In dit onderzoek is het in het voordeel van de onderzoeker dat zij geen medische achtergrond heeft en daarmee geen rol speelt in of belang heeft bij de verdediging van specifieke domeinen. Een risico van onderzoek onder professionele groepen is wel onderwaardering van het onderzoek juist vanwege de niet-medische achtergrond. De paramedische achtergrond van de onderzoeker bleek juist weer een voordeel tijdens het onderzoek, vanwege bekendheid met het ziekenhuis als organisatie en aanbieder van zorg, en ervaring in het beleid en management van gezondheidszorgorganisaties. Dit heeft bijgedragen aan inzicht in de organisatie van de gezondheidszorg en gevoel voor (professionele) verhoudingen, ten gunste van het onderzoek.

De betrouwbaarheid van het onderzoek kan versterkt worden door het beschrijven van de werkelijkheid vanuit het perspectief van de actoren. Met het geven van inzicht in de data aan betrokkenen bij het onderzoek ('membercheck'), verantwoord de onderzoeker de keuzes die zij gemaakt heeft, als vervangend instrument voor de repliceerbaarheid van het onderzoek.

Om de validiteit van het onderzoek te verhogen is gebruik gemaakt van triangulatie (ibid.). Het vergelijken van verschillende typen bronnen geeft inzicht in eventuele inconsistenties in de uitkomsten die gevonden zijn. Daarnaast is in het onderzoeksrapport gebruik gemaakt van 'thick description' (Geertz 1973): door het nauwkeurig beschrijven van de cases en resultaten kunnen anderen, onderzoekers of professionals hun eigen situatie vergelijken met de beschreven situatie in de onderzoekscases.

In kwalitatief onderzoek gaat het niet zozeer om generaliseerbaarheid naar populaties als wel om generaliseerbaarheid naar een andere context of naar breder geldende theoretische principes (ibid.). Door 'thick description' van de cases kunnen lezers of onderzoekers zien waar eventuele overeenkomsten en verschillen zijn met andere contexten (ibid.). Daarnaast kunnen de uitkomsten van dit onderzoek bijdragen aan geldende theoretische principes, waarmee andere onderzoekers vervolgonderzoek kunnen doen.

4 Ontwikkeling en positionering van de SEH-arts

In dit hoofdstuk vindt een analyse plaats van de data uit documenten, interviews en observaties. Door het verbinden van de informatie uit de verschillende bronnen is er een beeld ontstaan over diverse ontwikkelingen in de acute zorg, rondom de SEH-arts. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt: allereerst wordt een beschrijving gegeven van de drie ziekenhuizen die meegedaan hebben aan het onderzoek. De nadruk ligt in de beschrijvingen op de organisatie van de acute zorg en de plaats van de SEH-arts hierin. Vervolgens wordt beschreven welke verschuiving er tussen domeinen opgetreden zijn, waardoor de komst van de SEH-arts mogelijk was. Voorwaarde voor de komst van de SEH-arts is niet alleen de ruimte die geboden wordt om een nieuw domein te ontwikkelen. Het hangt eveneens samen met een aantal organisationele aspecten. Deze worden beschreven in paragraaf 4.3. Aansluitend is in paragraaf 4.4 beschreven hoe het domein zich in de jaren erna heeft ontwikkeld en met welke taken het domein uitgebreid is. Een drietal ontwikkelingen bedreigen het domein SEG. Deze zijn beschreven in paragraaf 4.5. Tenslotte laat het onderzoek zien welke factoren van invloed zijn op de mate waarin de SEH-arts zich heeft gepositioneerd in het organisatorisch veld van de acute zorg. In paragraaf 4.6 zijn deze beschreven. De analyse sluit in paragraaf 4.7 af met een belangrijke bevinding in dit onderzoek, in aanvulling op recente wetenschappelijke literatuur, namelijk dat de SEH-artsen zelf actief bijdragen aan de ontwikkeling van hun domein en het tot stand brengen van een institutionele verandering in de acute zorg.

4.1 De SEH-arts in drie topklinische ziekenhuizen

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de drie topklinische ziekenhuizen die deelgenomen hebben aan het onderzoek. De beschrijving is zoveel mogelijk beperkt tot de informatie die nodig is om de cases met elkaar en met eventueel nieuwe praktijksituaties te vergelijken.

Ziekenhuis A

In ziekenhuis A bezoeken jaarlijks ongeveer 30.000 patiënten de SEH, waarvan 55% door chirurgen en 25% door internisten wordt behandeld. De overige 25% is gelijkmatig verdeeld over de andere specialismen. Er zijn 8 SEH-artsen in loondienst van het ziekenhuis, die 7 x 24 uur dienst doen op de SEH. Zij zijn verantwoordelijk voor de zorg aan de onverwezen

patiënt, de coördinatie van zorg op de SEH en de supervisie aan AIOS (assistenten in opleiding tot specialist) en ANIOS (assistenten niet in opleiding tot specialist) die tot de SEH-pool behoren. Jonge assistenten van andere vakgroepen weten inmiddels de weg naar de SEH-arts te vinden, die als vraagbaak fungeert in een nieuwe situatie. Naast de SEH-artsen en assistenten zijn er SEH-verpleegkundigen en doktersassistenten werkzaam op de SEH. Op managementniveau zijn er gesprekken over toekomstige samenwerking met een huisartsenpost.

De discussie over het opleiden van SEH-artsen is in dit ziekenhuis gestart in 2002, naar aanleiding van een rapport over de toekomst van de acute zorg. Dit rapport is geschreven door het hoofd zorg van de spoedeisende hulp in dit ziekenhuis. In 2004 is er een projectgroep gestart, waarin chirurgen, internisten en neurologen zitting hebben. Zij deden het voorstel om voor de SEH de pools met ANIOS (Assistenten niet in opleiding tot specialist) van de vakgroepen interne geneeskunde en chirurgie samen te voegen en daarnaast te starten met het opleiden van SEH-artsen. De raad van bestuur heeft dit traject gesteund door de komst van de SEH-arts financieel mogelijk te maken en haar steun te verlenen op kritische momenten in het proces. De medische staf en de raad van bestuur zijn akkoord gegaan met het voorstel van de projectgroep (besluit Medische Staf 2004). In 2005 wordt de eerste SEH-arts aangenomen om de opleiding van SEH-artsen vorm te geven. De medische staf stelde nadrukkelijk dat het om een pilot gaat en dat de aanstelling van SEH-artsen na dit traject opnieuw overwogen zou worden. In 2007 heeft de medische staf haar akkoord gegeven om SEH-artsen aan te nemen, die 7 x 24 uur aanwezig zijn op de SEH en lid kunnen worden van de medische staf (beleidsdocument Medische Staf).

Doelstelling voor het opleiden en aannemen van SEH-artsen was in eerste instantie het verbeteren van de kwaliteit en continuïteit van zorg aan de *onverwezen* patiënt. Per specialisme konden afspraken gemaakt worden welke patiënten door de SEH-artsen zouden worden behandeld en wanneer patiënten weer overgedragen werden naar het betreffende specialisme. Eén van de chirurgen werd formeel opleider, één van de internisten vice-opleider. Alle vakgroepen wilden meedoen aan het opleiden van SEH-artsen, maar hielden daarnaast ook hun eigen assistenten op de SEH. De vakgroep chirurgie vormt hierop een uitzondering: de behandeling van onverwezen en verwezen patiënten wordt door de chirurgen overgedragen aan de SEH-artsen en assistenten. In 2013 is het opleiderschap overgedragen van de chirurg naar een van de SEH-artsen. De internist is nog vice-opleider.

Ziekenhuis B

In ziekenhuis B bezoeken jaarlijks ongeveer 25.000 patiënten de SEH. 65% van deze groep komt met chirurgische klachten, 20% van de patiënten komt voor de interne geneeskunde.

Inmiddels zijn er 5 SEH-artsen, zij zijn in dienst van het ziekenhuis. De SEH-arts doet overdag en 's avonden dienst op de SEH. In de nachtdiensten en de avonddiensten is er een AIOS of ANIOS SEH aanwezig. Het is de bedoeling om door te groeien naar 7 x 24 uur aanwezigheid van een afgestudeerd SEH-arts KNMG. Vanaf september 2013 krijgt de huisartsenpost een plek in het acuut centrum van het ziekenhuis en wordt er voorzichtig een stap gezet richting samenwerking met de huisartsenpost. De verpleegkundige zorg wordt op de SEH vorm gegeven door SEH-verpleegkundigen.

Aan de komst van de SEH-arts in ziekenhuis B is een moeizame periode van besprekingen met specialisten vooraf gegaan. Met name de cardiologen en internisten hebben de komst van de SEH-artsen in eerste instantie tegen gehouden (zie paragraaf 4.2. 'bescherming van domeinen'). De raad van bestuur en het hoger management hebben de chirurgen waar mogelijk in hun plan om SEH-artsen op te leiden gesteund, zowel in gesprekken als in de financiële randvoorwaarden. Het doel hierbij was een arts op te leiden die de SEH als 'zijn afdeling' beschouwde en het domein acute geneeskunde daarmee op een hoger plan zou tillen, zodat de kwaliteit en continuïteit van de acute zorg zou verbeteren. Voor de raad van bestuur speelden de rapporten van de IGZ, het standpunt van de STZ om SEH-artsen op te leiden als opleidingsziekenhuis en de behoefte aan SEH-artsen bij perifere ziekenhuizen in de regio een belangrijke rol. Vanaf het moment dat een aantal internisten hun bezwaren tegen de komst van de SEH-arts lieten varen, heeft de raad van bestuur, in overleg met het stafbestuur van de medische staf, in 2006 het besluit genomen om SEH-artsen op te leiden. In 2007 is de opleiding tot SEH-arts gestart, waarna in 2010 de eerste, opgeleide, SEH-artsen in dienst zijn gekomen.

In ziekenhuis B kiezende specialisten voor dezelfde werkwijze als in ziekenhuis A: alle specialismen leveren een bijdrage aan de opleiding tot SEH-arts, maar elke vakgroep houdt haar eigen assistenten op de SEH. De chirurgen laten zowel de verwezen als de onverwezen patiënten behandelen door de artsen en assistenten SEH. Een chirurg en internist zijn in de beginfase respectievelijk opleider en vice-opleider. In 2010 wordt een SEH-arts aangenomen, die samen met de chirurg en de internist het medisch management van de SEH vormt. Dit driemanschap is bedoeld als een overgangsfase, waarbij de chirurg en internist na de inbedding van de SEH-arts terug zullen treden.

Ziekenhuis C

Op de SEH in ziekenhuis C worden jaarlijks circa 40.000 patiënten behandeld. Tot 2012 bestaat deze groep voor de helft uit zelfverwijzers. In ziekenhuis C zijn 6 SEH-artsen werkzaam, waardoor een 7 x 24 uur bezetting nog niet haalbaar is. In de nachtdiensten is een AIOS of ANIOS SEH aanwezig voor de opvang van chirurgische patiënten. Daarnaast

verzorgen zij de opvang van patiënten voor de vakgroepen KNO en urologie. Op de SEH werken SEH-verpleegkundigen, doktersassistenten en verpleegkundig specialisten. Sinds september 2012 is er een huisartsenpost gevestigd in het acuut centrum naast de SEH, die 7 x 24 uur geopend is. De patiënten die zonder verwijzing komen, worden door de verpleegkundige getriageerd en waar mogelijk naar de huisartsenpost verwezen.

Al in 2001 besluiten de chirurgen in ziekenhuis C, gesteund door het sectormanagement, om te starten met het opleiden van SEH-artsen. Daarmee is dit ziekenhuis één van de eerste ziekenhuizen die start met de opleiding. De reden om met dit initiatief te starten is de behoefte aan een arts met een meer generalistische beoordeling van de patiënt en het waarborgen van continuïteit op de SEH. De SEH-artsen maken in dit ziekenhuis een moeilijke fase door. Er is geen draagvlak voor de opleiding tot SEH-arts bij de andere vakgroepen. De SEH-artsen werken tot 2006 onder supervisie van de chirurgen. Dan wordt een afgestudeerd SEH-arts aangenomen, die zich gaat richten op de supervisie van AIOS en de ontwikkeling van het vak. Er is een jarenlange strijd over de financiële inbedding van de SEH-artsen. In 2012 wordt er overeenstemming bereikt over de betaling van de SEH-artsen (zie voor een verdere uitleg en analyse hieronder).

De assistenten SEH zien in eerste instantie alleen voor de vakgroep chirurgie de *onverwezen* patiënten. Daarnaast werken alle specialismen met eigen assistenten op de SEH om zowel onverwezen als verwezen patiënten te behandelen. Naast de SEH-verpleegkundigen zijn er twee verpleegkundig specialisten werkzaam. Zij behandelen patiënten met kleine trauma's en begeleiden co-assistenten of arts-assistenten die net op de SEH gestart zijn.

De SEH-artsen ontwikkelen hun domein door de acute opvang van patiënten met ongedifferentieerde problematiek en de opvang van patiënten met trauma's. Hoewel de positionering van de SEH-artsen moeizaam verloopt, gaan de SEH-artsen stap voor stap verder in hun eigen ontwikkeling. In 2011 worden de SEH-artsen lid van de medische staf en richten ze de vakgroep SEG op. In 2012 wordt één van de SEH-artsen opleider, in plaats van de chirurg en de ANIOS die vanuit de vakgroep chirurgie werkzaam zijn op de SEH worden aan de pool van assistenten SEH toegevoegd, onder supervisie van de SEH-artsen. Om de ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen te bevorderen, besluit het Kernteam Acute Zorg¹ eind 2012 een medisch manager aan te nemen, die de SEH-artsen steunt in de

¹ Het kernteam is een periodiek gebruikersoverleg, waar alle vakgroepen die gebruik maken van de SEH een specialist voor afgevaardigd hebben. In deze commissie wordt voorgenomen beleid ten aanzien van de acute zorg besproken.

ontwikkeling van de vakgroep SEG en een bijdrage levert aan het verwerven van draagvlak bij medisch specialisten.

4.2 De ontwikkeling van het domein Spoedeisende Geneeskunde (SEG)

In de loop van de 20^e eeuw zijn de verschillende medisch specialismen sterk geïstitutionaliseerd door de vorming van eigen opleidingen, beroepsverenigingen, de wettelijke verankering en bescherming, en door maatschappelijke erkenning. Voor deze professies is het van groot belang hun eigen domein te beschermen of uit te breiden. Behoud van het domein gaat namelijk gepaard met behoud van invloed, macht en beheersbaarheid van bronnen (Currie et al. 2009). In deze bestaande situatie vindt de ontwikkeling en inbedding van een nieuw domein, de Spoedeisende Geneeskunde plaats. De ontwikkeling en inbedding van de SEH-artsen in de Nederlandse ziekenhuizen verloopt divers en bevindt zich in verschillende fasen (Thijssen e.a. 2012). In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de ontwikkeling van het domein Spoedeisende geneeskunde in de drie topklinische ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan het onderzoek. De beschrijving en analyse zijn gemaakt op basis van de interviews, observaties en beleidsdocumenten van de betreffende ziekenhuizen.

Bescherming van domeinen

Met de introductie van SEH-arts op de spoedeisende hulp worden de domeinen van andere, gevestigde specialismen in de acute zorg betreden. Zoals Abbott (1988) laat zien, raakt de ontwikkeling van een nieuw domein per definitie bestaande domeinen, door een verschuiving van grenzen tussen en binnen professionele groepen (Currie et al. 2009). De SEH-arts vormt in dat opzicht een bedreiging voor andere vakgroepen als zij haar domein uitbreidt met de eerste opvang van alle patiënten die de SEH bezoeken. Hierdoor ontstaat er een risico voor specialisten om de regie te verliezen over de instroom van hun patiënten, met mogelijk nadelige financiële gevolgen, en kan er verlies van exposure van acute problematiek ontstaan voor eigen opleidingsassistenten. Om deze risico's te beperken, zo laat ik hieronder zien, wenden medisch specialisten in de acute zorg hun macht en invloed aan om de komst van de SEH-arts tegen te houden.

De internisten, cardiologen, neurologen, longartsen en kinderartsen ervaren de komst van de SEH-artsen in alle drie de ziekenhuizen als een bedreiging voor hun domein. Met de komst van de opleiding tot SEH-arts besluiten deze vakgroepen in eerste instantie om hun eigen assistenten te houden en als vakgroep de naar hen verwezen patiënten te behandelen. De cardiologen in ziekenhuis A en B hebben vóór de komst van de SEH-arts al

hun positie in de acute zorg verstevigd door het inrichten van een Eerste Hart Hulp (EHH) waar cardiologisch assistenten onder supervisie van een cardioloog alle patiënten met hartklachten ziet. In ziekenhuis C zien de SEH-artsen in eerste instantie wel veel cardiologische patiënten, maar de cardiologen verstevigen hier hun positie door de uitbreiding van het aantal cardiologisch assistenten en aanwezigheid van cardiologen op de SEH. Dit functioneert als een vorm van 'occupational closure'; de specialisten trachten verschuiving van taken richting de SEH-artsen tegen te gaan (Currie et al. 2009). In ziekenhuis A en ziekenhuis B worden de sluiting van het eigen domein versterkt door de fysieke begrenzing, namelijk een eigen afdeling voor de cardiologie, buiten de SEH. Hierdoor is inmenging of een geleidelijke overname van taken door SEH artsen praktisch onmogelijk. In ziekenhuis C handelen de internisten op eenzelfde manier als de cardiologen. Door de inzet van eigen assistenten wordt het domein van de interne geneeskunde beschermd tegen overname van taken door SEH-artsen.

De SEH-artsen zien nu geen verwezen patiënten meer voor ons. In het verleden gebeurde het wel eens, maar toen hadden we onvoldoende mankracht. We hebben nu heel sterk ingezet op voldoende mankracht. (acute internist C)

De specialisten proberen niet alleen hun domein te sluiten door het praktisch inzetten van eigen artsen en assistenten, maar ook door zich te beroepen op regels, de afspraken die er zijn over de supervisie van assistenten, en door nadruk te leggen op de complexiteit die gemoeid is met de beoordeling van hun patiënten. Eén van de neurologen in ziekenhuis A verwoordt het als volgt:

Het is een probleem, bij ons speciaal, want we denken ook wel dat een heleboel werk van ons niet gemakkelijk over te nemen is door de SEH-artsen. (...) Er is toch nog een flink aantal mensen waarvan de klachten niet gemakkelijk door de SEH-artsen te beoordelen zijn. (neuroloog ziekenhuis A)

Dit is een voorbeeld van occupational closure door 'indeterminacy of knowledge': het beschermen en sluiten van het domein tegen verschuiving van taken naar andere professies door een beroep te doen op de 'onbepaaldheid van kennis' (Nancarrow and Borthwick 2005, Currie et al. 2009). Hoe moeilijker de benodigde kennis vast te stellen en te beschrijven is, hoe moeilijker deze kennis door andere professies over te nemen is:

Het gaat net om de subtiele dingen. Want als iemand duizelig is en hij heeft ook nog wat anders, een nystagmus, een knikbeweging van de ogen, of een onhandigheid met lopen, dan is de diagnose anders. Dan is het géén probleem van je binnenoer, maar een hersenstaminfarct. En dat betekent

een andere richting. En die mag je niet missen. (...) In het begin had ik daar strijd over met de SEH-artsen. (neuroloog ziekenhuis A)

De neuroloog beroept zich in dit voorbeeld op de kwaliteit van de behandeling, die gevaar loopt als de SEH-arts de beoordeling moet maken, met minder kennis en ervaring. Currie et al. (2012) beschrijven dit als een vorm van *institutional work*. Machtige professionele groepen verrichten hierbij doelgerichte acties om in veranderingsprocessen de bestaande institutionele verhoudingen te handhaven, de eigen macht uit te breiden of nieuwe instituties te ontwrichten (ibid.). In het hier beschreven voorbeeld proberen de neurologen proberen een verschuiving van taken tegen te houden door zich te beroepen op de kwaliteit van zorg.

De bescherming van het domein kan gepaard gaan met strijd. 'Occupational closure' verschuift dan naar 'occupational imperialism' (Nancarrow and Borthwick 2005). Dit gebeurt onder andere in ziekenhuis C, waar de vakgroep interne geneeskunde niet betrokken is geweest bij de komst van de SEH-arts en waar de SEH-arts als een bedreiging van de acute interne geneeskunde wordt gezien.

Er zijn periodes geweest dat de SEH-arts een zelfverwijzer beoordeeld en in kaart had gebracht, die uiteindelijk naar de interne ging, dat de hele brief gewist werd en dat er opnieuw begonnen werd. Ja, sorry, erger schofferen kun je niet doen. (teamleider zorg ziekenhuis C)

De interne geneeskunde probeert haar domein te beschermen door de zeggenschap over de patiënt en het zorgproces te behouden. Abbott (1988) noemt dit 'professional jurisdiction'. Nancarrow and Borthwick (2005) en Currie et al. 2009) laten zien dat machtige professies nog steeds een belangrijke invloed uitoefenen op de verhoudingen tussen professionele groepen. Zij vinden legitimering in institutionele kaders, zoals wetgeving, autonomie verleend door de overheid en maatschappelijk gedragen legitimiteit (ibid.).

Verschuiving van domeingrenzen

De vakgroepen chirurgie spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling van het domein Spoedeisende Geneeskunde (SEG). Waar andere specialismen het eigen domein tegen de SEH-artsen wil beschermen, heeft de chirurgie de komst van de SEH-arts juist omarmd. De chirurgen staan in de jaren '90 van de vorige eeuw onder druk van externe partijen om, als grootverbruikers op de SEH, de kwaliteit van de medische zorg te verbeteren. De inzet van SEH-artsen biedt de chirurgen de mogelijkheid de kwaliteit van zorg op de SEH's te verbeteren en de invloed op de SEH te behouden. De chirurgen beschikken als medische professionals over de juiste bronnen: de medische kennis, de materialen en de financiële middelen (Currie et al. 2009). Als behandelaren dragen zij de verantwoordelijkheid voor de

chirurgische patiënten en hebben de legitieme macht om de behandeling voor deze patiënten inhoudelijk en organisatorisch vorm te geven. De chirurgen zijn bereid én door de beschikbaarheid van bronnen in staat om de medische zorg voor chirurgische patiënten op de SEH te delegeren naar SEH-artsen. Hun medische deskundigheid geeft hen bovendien legitimiteit in gesprek met collega specialisten (Lockett et al. 2012). In ziekenhuis A en B voeren de chirurgen overleg met andere vakgroepen om draagvlak te creëren voor de komst van de SEH-arts. De chirurgen in ziekenhuis C gebruiken deze positie niet. Zij zijn in de beginfase van mening dat samenwerking met andere vakgroepen niet noodzakelijk is om het domein SEG te ontwikkelen en uit te breiden. Achteraf blijkt dit een verkeerde inschatting te zijn.

Tot op heden zie je dat de ene vakgroep er enthousiaster over is dan de ander. Dan zie je vooral meer weerstand eh... vanuit de beschouwende vakken, vanuit de interne geneeskunde. Het is de vraag als je het over zou moeten doen of je die vakgroepen niet veel intensiever had moeten betrekken bij de opzet van het geheel. Ik zou dat punt nu anders doen.
(RVE/ sectormanager C)

In ziekenhuis A resulteert het creëren van draagvlak in een besluit dat alle *onverwezen* patiënten en alle patiënten met een 112-melding door de assistenten SEH behandeld zullen worden. Vanaf het moment dat de opleiding tot SEH-arts in de drie ziekenhuizen van start gaat, leveren de chirurgen een belangrijke bijdrage aan de opbouw van het curriculum en nemen ze de rol van opleider op zich. In ziekenhuis A en C dragen de chirurgen deze rol over aan een SEH-arts, zodra deze vijf jaar ervaring heeft. In ziekenhuis B is er nog geen SEH-arts, die vijf jaar ervaring heeft. Eén van de SEH-artsen neemt wel zoveel mogelijk taken waar, onder verantwoordelijkheid van de chirurg/ opleider.

In ziekenhuis A zetten de chirurgen een belangrijke stap in de ontwikkeling van het domein van de SEH-arts, door vanaf het begin de beoordeling van zowel onverwezen als verwezen patiënten aan de SEH-artsen over te laten. Dit besluit past bij de landelijke ontwikkeling van dat moment. Er wordt ruimte gecreëerd voor SEH-artsen op basis van het groeiend aantal zelfverwijzers (De Vries en Luitse 1999, Vandewalle et al. 2010). Hiermee ontstaat een basis voor een nieuw domein, zonder ruimte op te eisen in domeinen van andere specialismen, een strategie die minder bedreigend is voor bestaande professies (Currie et al. 2009). De assistenten SEH in ziekenhuis B en C, behandelen aanvankelijk alleen chirurgische patiënten. Ze krijgen daarbij wel de ruimte om zowel de onverwezen als een deel van de verwezen chirurgische patiënten te beoordelen.

Wij gaven het goede voorbeeld door te zeggen: “Je ziet van ons alle patiënten, maar realiseer je wel dat het onze patiënten zijn en dat je ook namens ons verantwoordelijkheid draagt. (chirurg A)

Hoewel de SEH-artsen het vertrouwen krijgen om alle patiënten te beoordelen, blijft verantwoordelijkheid voor deze groep patiënten echter bij de chirurg. Bovendien wordt de chirurgische assistent nog steeds ingeschakeld bij de bespreking van behandelplan, een opname of chirurgische ingreep of bij de beoordeling van een patiënt met complexe chirurgische problematiek. Eén van de chirurgen verwoordt de positieve inzet van de SEH-arts én de begrenzing als volgt:

SEH-artsen doen het toch beter, die kun je inschakelen op het niveau van een derde, vierdejaars assistent van ons. Uiteindelijk is dat toch veel beter dan een jonge ANIOS neerzetten. (chirurg ziekenhuis B)

De taken ten aanzien van de chirurgische patiënt op de SEH worden gedelegeerd en niet gesubstitueerd (Nancarrow en Borthwick 2005). De chirurgen beschermen zo hun eigen domein. Door het opleiden van SEH-artsen nemen de chirurgen namelijk een risico, ze leiden nieuwe professionals op die gedeeltelijk dezelfde professionele vaardigheden ontwikkelen.

Ik zal niet zeggen dat de chirurgen hier in huis filantropen of altruïsten zijn, maar het zegt toch wat dat je als vakgebied potentieel je eigen concurrenten in het zadel gaat helpen. Dat is bijzonder. (voorzitter medische staf ziekenhuis A).

Het creëren van een nieuw specialisme is niet alleen een risico. Het levert de chirurgen ook iets op. In de eerste plaats de noodzakelijke verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarbij houden ze, door middel van taakdelegatie, tot nu toe de regie over het domein acute zorg. Taken die wat minder interessant voor hen zijn, kunnen ze op deze manier delegeren naar andere professionals:

Kijk, de prikkel kwam gewoon vanuit de chirurgie. (...) Dan ziet een chirurg letterlijk wat een SEH-arts voor hen betekent en dan denken ze, oké, dat is wel handig, die kunnen we inzetten, die doen nuttig werk. Als chirurg ben ik er niet voor om naar enkeltjes te kijken op zaterdagmiddag na de voetbal. Dus dat deel besteed ik uit, of stoot ik eigenlijk af, hè. (internist ziekenhuis B)

Bovendien lijden de chirurgen in deze drie ziekenhuizen geen financieel verlies door de komst van de SEH-arts. Door de verschuiving van een aantal ANIOS van de chirurgie naar de pool SEH, nemen de salariskosten voor rekening van de vakgroep chirurgie af. In ruil

hiervoor leveren ze een beperkte financiële bijdrage aan de salarissen van de artsen en assistenten SEH. De overige salariskosten zijn voor rekening van het ziekenhuis.

Nu hebben we dus minder ANIOS. In feite heeft er een shift plaatsgevonden. Vroeger hadden we een vrij grote groep assistenten. De assistenten die nu op de SEH werken, werken niet meer bij ons en worden nu dus aangestuurd door de SEH-artsen (chirurg ziekenhuis B).

Daarnaast worden de chirurgische patiënten die behandeld worden op de SEH, ingeschreven op naam van de chirurg. De financiële vergoeding die hieraan gekoppeld is, komt ten goede aan de vakgroep chirurgie. Het is zelfs denkbaar dat deze nieuwe constructie, die min of meer noodzakelijk wordt geacht vanuit het oogpunt van kwaliteit en maatschappelijke verwachtingen en mede gestuurd wordt door externe factoren, uiteindelijk in het voordeel van de chirurgen is. Zij hebben taken gedelegeerd, andere professionals zonder extra kosten daarbij ingezet en de inkomsten grotendeels behouden. Bovendien is er door de inzet van SEH-artsen voor de chirurgen meer tijd beschikbaar voor het werk op de operatiekamers of poliklinieken. De beschikbaar beschikbare tijd wordt niet gevuld met ander, meer gespecialiseerd werk, zoals vaak gebeurt bij taakdelegatie of substitutie van taken (Nancarrow en Borthwick 2005). De chirurgen gebruiken de vrijgekomen tijd om meer operaties te doen en meer patiënten te beoordelen op de polikliniek. Het inzetten van SEH-artsen door de chirurgen is in die zin dan ook een vorm van *institutional work* (Currie et al. 2012) Het delegeren van taken naar de SEH-artsen betekent voor de chirurgen behoud van het eigen domein, invloed en uitbreiding van bronnen. Dit proces heeft in alle drie de ziekenhuizen op dezelfde manier plaats gevonden.

Voor de chirurgen betekent de inzet van de SEH-artsen tot nu toe dus een uitbreiding van macht en invloed. Bij de chirurgen blijkt de kern van hun eigen domein niet in gevaar te zijn door de inzet van SEH-artsen. Voor de chirurgen ligt het zwaartepunt van de medische zorg immers bij de patiënt op de operatiekamer. Ongeacht door wie de patiënt van tevoren behandeld wordt, komt de patiënt die geopereerd moet worden daar ook terecht. Bovendien komen alle cliënten die behandeld zijn op de SEH ter controle op de polikliniek bij de chirurg. Voor de andere specialismen ligt dit ingewikkelder. Zij zijn voor de instroom van nieuwe patiënten, naast de geplande bezoeken op de polikliniek, afhankelijk van het aanbod van patiënten via de SEH. Verlies van regie op de SEH kan verlies van patiënten betekenen. Dit verklaart de afwijzende houding ten opzichte van de SEH-artsen. Ook het beleid om *onverwezen* patiënten te laten beoordelen door de SEH-artsen lag nog gevoelig in ziekenhuis A, bijvoorbeeld bij de neurologen en longartsen:

'De longartsen wilden in het begin niets met ons te maken hebben. Hoe we het in ons hoofd haalden om aan een longpatiënt te zitten. Nou prima. We gingen wel stage doen, want ze wilden wel meedoen met het opleiden van mensen.' (SEH-arts A)

De SEH-artsen in opleiding kiezen er op dat moment voor om geen strijd te voeren met de longartsen over de behandeling van longpatiënten door SEH-artsen, maar doen ondertussen, tijdens hun stage bij de verschillende specialismen, vaardigheden op in onderzoek en behandeling van patiënten van de verschillende specialismen. Zo ontwikkelden ze in de dagelijkse praktijk kennis en vaardigheden in verschillende domeinen. Hieronder zal duidelijk worden dat het opdoen van nieuwe kennis, en het geleidelijk in praktijk brengen daarvan, leidt tot domeinuitbreiding van de SEH arts, en daarmee de geleidelijke institutionalisering van de SEH arts in de spoedzorg.

4.3 Organisationele aspecten in de acute zorg

Het onderzoek in de drie topklinische ziekenhuizen laat zien dat de ontwikkeling die de SEH-artsen doormaken, en de mate waarin ze slagen om zich te positioneren in het organisatorisch veld van de acute zorg samenhangt met een aantal organisationele aspecten. Deze factoren bepalen niet het uiteindelijke succes, maar fungeren als randvoorwaarden voor de komst en ontwikkeling van de SEH-arts. Ten eerste zorgt de bestaande opleidingsstructuur in de ziekenhuizen, voor een eenvoudige inbedding van de opleiding tot SEH-arts. AIOS SEG kunnen gemakkelijk 'meedraaien' in de opleidingspool van de verschillende specialisten. De rol en taken van de SEH-artsen wordt afgestemd met de medisch specialisten (Vandewalle et al. 2010). In twee van de drie ziekenhuizen werd direct een pool gevormd met assistenten in opleiding en assistenten niet in opleiding. Hierdoor was er meteen een groep assistenten beschikbaar, die in staat was enige continuïteit te bieden in de patiëntenzorg. In het begin werd deze pool gesuperviseerd door de chirurg. Zodra er afgestudeerde SEH-artsen beschikbaar waren, werd er in ziekenhuis A en B een SEH-arts aangenomen, die deze taak zoveel mogelijk overnam. Hierdoor kon de SEH-arts in deze ziekenhuizen de eigen assistenten superviseren en het vak van spoedeisende geneeskunde ontwikkelen. In ziekenhuis C hebben de assistenten ongeveer 4 jaar onder supervisie van de chirurg gewerkt. De beperkte beschikbaarheid en aandacht die de chirurg kon geven aan de ontwikkeling van de SEH-artsen waren van invloed op de moeizame ontwikkeling van het domein en de eigen vakgroep.

Toen ik hier kwam deed je als assistent de opleiding zo goed als zonder bazen. Je was eigenlijk je eigen opleiding aan het creëren en de supervisie

aan het onttrekken van verschillende specialisten die je nodig had. (...) Toen er één SEH-arts was, deed die op dat moment voornamelijk management werk, dat moest ook gebeuren natuurlijk, hij was ook de enige die dat kon, dus op ten duur zag je hem nauwelijks. (SEH-arts ziekenhuis C)

In alle drie de ziekenhuizen vond er een verdergaande ontwikkeling van het eigen vak plaats, toen er meerdere SEH-artsen aangenomen werden. In ziekenhuis A werden in korte tijd vier opgeleide SEH-artsen aangenomen, om de kwaliteit en continuïteit van de acute zorg te waarborgen. De SEH-artsen waren daardoor in staat om een aantal taken te combineren, zoals de supervisie van assistenten, het vormgeven van de opleiding tot SEH-arts, het zitting nemen in ziekenhuisbrede werkgroepen en commissies en het ontwikkelen van hun eigen vak of domein. Ook in ziekenhuis B konden de SEH-artsen zich verder ontwikkelen naarmate er meer SEH-artsen aangenomen werden:

We waren met z'n tweeën, we konden eigenlijk niet echt dingen veranderen. Het is eigenlijk sinds de derde [SEH-arts] erbij kwam dat het echt gestalte heeft gekregen. (SEH-arts ziekenhuis B)

De SEH-artsen gingen deelnemen aan het overleg waarin alle specialismen vertegenwoordigd zijn die gebruik maken van de SEH. Dit betekende niet direct veel invloed, maar wel erkenning van hun aanwezigheid op de SEH en de mogelijkheid van inbreng vanuit hun eigen positie.

De afspraken die gemaakt zijn over de financiële inbedding van SEH-artsen zijn van groot belang geweest voor de komst en ontwikkeling van de SEH-artsen. Onduidelijkheid over de financiële consequenties van een nieuwe aanpak draagt niet bij aan de inbedding van een nieuw specialisme (Lockett et al. 2012). In ziekenhuis A werd de komst van de SEH-artsen in eerste instantie uitgesteld toen niet duidelijk was wat de financiële consequenties zouden zijn voor de vakgroep chirurgie.

In tweede instantie maakte de maatschap chirurgie bezwaar tegen de regeling, omdat niet duidelijk was hoe de afrekening van de inkomsten uit de SEH geregeld zou worden. (...) Daarna bleef het een jaar stil. (brief maatschap neurologie)

Toen er afspraken waren gemaakt tussen de raad van bestuur en de maatschap heelkunde, werd de ontwikkeling in gang gezet. In ziekenhuis B is er op dezelfde manier overeenstemming bereikt. Hiermee wordt in beide ziekenhuizen een belangrijke drempel weggenomen. In ziekenhuis C wordt pas na 10 jaar een overeenkomst bereikt over de verdeling van de kosten. De onduidelijkheid over de verdeling van de kosten heeft de ontwikkeling van de vakgroep SEG daar niet bevorderd.

In alle drie de ziekenhuizen zijn de SEH-artsen in loondienst gekomen. De maatschappen leveren, naar rato van gebruik, een procentuele bijdrage aan de loonkosten voor de SEH-artsen. De raad van bestuur en medische staf zijn in alle drie de ziekenhuizen uiteindelijk tevreden met deze constructie. Voor de raad van bestuur betekent het een relatief kleine toename van de loonkosten, met een naar verwachting betere kwaliteit en coördinatie van zorg. Voor de vakgroepen betekent het minder kosten voor de maatschap voor eigen assistenten, in ruil voor een financiële bijdrage aan de kosten voor de SEH-arts. In ziekenhuis A vallen de SEH-artsen sinds begin van dit jaar onder de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialististen (AMS). Voor de SEH-artsen betekent dit een belangrijke stap in de erkenning van het medisch specialisme 'spoedeisende geneeskunde'.

Organisationele factoren zijn niet de enige verklaring voor de positie van de SEH arts in het ziekenhuis. Zoals Currie et al. (2009) laten zien, wordt de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling ook bepaald in het dagelijks werk. In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe de SEH-artsen hun domein geleidelijk uitbreiden met nieuwe taken en verantwoordelijkheden.

4.4 De ontwikkeling van taken en verantwoordelijkheden van de SEH-arts in de praktijk

In de drie ziekenhuizen zijn de SEH-artsen begonnen met de opvang van onverwezen patiënten en de coördinatie van de traumaopvang. Naast de ontwikkeling die de SEH-artsen hierin doormaakten, bereidden de SEH-artsen het domein geleidelijk uit met nieuwe taken en verantwoordelijkheden. In de drie ziekenhuizen is dit proces verschillend verlopen. In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de ontwikkeling van de traumaopvang, de uitbreiding van supervisie en de ontwikkeling van de coördinatie van de acute zorg aan alle patiënten op de SEH. In de beschrijving wordt per ziekenhuis aangegeven hoe dit proces verlopen is.

Traumaopvang

De SEH-arts is, door de toewijzing van patiënten die na een 112-melding op de SEH binnenkomen, in alle drie de ziekenhuizen coördinator van de traumaopvang. Bij de traumaopvang maakt de SEH-arts de inschatting welke specialisten ingeschakeld moeten worden, vaak gestandaardiseerd in twee of drie procedures die met een code voor alle betrokkenen duidelijk zijn. De coördinerend verpleegkundige draagt zorg voor het oproepen van de betreffende specialisten.

De SEH-arts is supervisor bij de traumaopvang en de assistent SEH beoordeelt de situatie van de patiënt aan de hand van de ABCDE methodiek: de stapsgewijze beoordeling van *'Airway, Breathing, Circulation, Disability en Exposure/ Environment'*. Deze methodiek is onderdeel van de *'Advanced Trauma Life Support'* (ATLS), de training voor professionals in de traumaopvang. De SEH-artsen voelen zich bekwaam op het gebied van de acute opvang. Dat geldt voor alle drie de vakgroepen.

Wij zijn goed in het stabiliseren van de patiënt, (...) de vitaal bedreigde patiënt herkennen en acuut ingrijpen om de patiënt te stabiliseren. De andere specialisten hebben daar denk ik beduidend minder mee. (SEH-arts B)

De SEH-artsen zijn meer ervaren in het opvangen vitaal bedreigde patiënten dan specialisten van andere vakgroepen. De anesthesisten en intensivisten vormen hier een uitzondering op. Zij zijn juist zeer betrokken bij de traumaopvang. De deskundigheid van de intensivist betreft de behandeling van de instabiele patiënt, de bewaking van de circulatie behoort tot het domein van de anesthesist. In ziekenhuis A ontstaat er strijd als een SEH-arts in een noodsituatie een patiënt intubeert.

Terwijl ik bezig was de patiënt te verslappen, kwam de anesthesist binnen rennen, met gevloek, waar ik mee bezig was. Ik was te verbaasd om te reageren. Later heb ik het uitgelegd en bood hij zijn excuus aan. (SEH-arts, ziekenhuis A)

De SEH-arts is bekwaam voor deze handeling en betreedt hiermee het domein van de anesthesist. Op de SEH van ziekenhuis A is de afspraak gemaakt dat intuberen door de anesthesist gedaan wordt. Als de SEH-arts in deze situatie tegen deze afspraak ingaat, gaat dit gepaard met strijd (Abbott 1988). De zeggenschap van de anesthesist over zijn domein komt in gevaar.

Hoewel de coördinatie over de traumaopvang in de ziekenhuizen formeel bij de SEH-arts ligt, gebeurt het in de praktijk dat in ziekenhuis B en C de leiding overgenomen wordt door een traumatoloog of intensivist en de SEH-arts de coördinatie uit handen geeft. Dit hangt samen met de medische deskundigheid van betrokken specialismen.

Op de traumakamer wordt een patiënt opgevangen, 'status na reanimatie'. De patiënt is door de ambulanceverpleegkundige geïntubeerd. Volgens afspraak wordt de intensivist bij dit trauma geroepen. Hij komt direct, met een AIOS van de IC. De SEH-arts draagt het vestje 'supervisor' en de AIOS SEH het vestje met de naam 'teamcaptain'. Bij de start van de traumaopvang wordt er volgens protocol gehandeld. Als de ambulanceverpleegkundige vraagt: "Aan wie moet ik overdragen?", antwoordt de AIOS SEH ferm: "aan mij." De AIOS SEH doet vervolgens

haar onderzoek volgens de ABCDE methodiek en geeft een resumé naar de SEH-arts. Ondertussen geeft de intensivist zelf al aanwijzingen en wordt er niet centraal afgestemd naar de SEH-arts of de AIOS. Bij de beoordeling van de X-thorax roept de intensivist van achter de computer: “De tube moet 3 cm dieper.” Niemand coördineert die interventie en een kwartier later vraagt de intensivist: “Heeft iemand de tube al dieper geschoven?” Dat was nog niet gebeurd. (observatieverslag ziekenhuis C)

De hierboven beschreven observatie laat zien dat de specialist informeel de coördinerende rol overneemt, zonder een duidelijke instructie of coördinatie. Dit spanningsveld van procescoördinatie enerzijds en medische deskundigheid van specialisten anderzijds, leidt in de praktijk tot onveilige situaties. De observatie laat tegelijkertijd ook zien dat er, naast de medisch inhoudelijke deskundigheid van betrokken specialisten en het belang van hun inbreng in de acute opvang, ruimte is voor een coördinerende rol van de SEH-arts. Bij de traumaopvang blijven specialisten betrokken, vanwege de benodigde deskundigheid van bijvoorbeeld traumachirurgen, anesthesisten, neurologen en intensivisten. De SEH-arts kan zich juist als coördinator van dit proces profileren, in plaats van zich terug te trekken uit de acute opvang als een specialist zijn of haar deskundigheid inbrengt.

Supervisie

In de drie ziekenhuizen hebben de SEH-artsen de supervisie over een eigen pool van assistenten, zowel de ANIOS als de AIOS SEH. In ziekenhuis A wordt bij de start van de opleiding de pool ANIOS gevormd vanuit de vakgroepen chirurgie en interne geneeskunde, onder supervisie van de SEH-arts. De andere specialismen houden hun eigen assistenten op de SEH, die ze in eerste instantie zelf superviseren.

Door de professionele ontwikkeling van de SEH-artsen en het vertrouwen van andere specialismen, gaan SEH-artsen steeds vaker de rol van supervisor op de SEH overnemen. Vaak wordt dit niet formeel vastgelegd, maar blijkt het in de praktijk goed te werken, omdat de SEH-artsen ‘er zijn’. De assistenten van andere vakgroepen weten de SEH arts te vinden om bijvoorbeeld mee te kijken bij de patiënt ter beoordeling van een klacht of voor de juiste formulering van de klachten en het beleid. De uiteindelijke afstemming over het te voeren beleid vindt wel plaats met de eigen specialist.

Voordat ze met de specialisten bellen zetten we de boel even op een rijtje.
(...) De specialisten krijgen een panklaar verhaal. (SEH-arts ziekenhuis A)

De specialisten waarderen deze bijdrage van de SEH-arts.

Ik denk dat ze onze assistenten leren op een bepaalde manier naar de patiënt te kijken, dus dat heeft wel toegevoegde waarde. (internist A)

In ziekenhuis B ontstaat er geleidelijk ruimte om assistenten van de interne geneeskunde te superviseren, als er geen internist op de SEH aanwezig is. De SEH-arts draagt deze taak echter ook weer over aan de internist als het druk is.

Ik heb me vandaag niet met interne bemoeid, daar was het veel te druk voor. De internist is hier bijna al de hele dag om voor interne de boel te coördineren. (SEH-arts B)

De SEH-arts krijgt de ruimte van de interne geneeskunde om haar positie op de SEH te versterken, maar pakt die positie niet. Als de druk te groot wordt, trekt de SEH-arts zich terug. In het kader van positionering is dit een gemiste kans. Bij de chirurgie is een soortgelijke beweging zichtbaar. De SEH-arts komt goed van pas als de assistent nog onervaren is, daarna is de SEH-arts niet meer nodig.

'Bij chirurgie merk je een zekere arrogantie. In het begin zijn ze onzeker en vragen ze je veel. Naarmate ze meer ervaring krijgen doen ze het zelf wel.'
(SEH-arts ziekenhuis B)

Ondanks de superviserende rol van de SEH-arts in opleidingsituaties blijft er een bepaalde spanning en behoefte aan profilering en positionering merkbaar tussen de verschillende vakgroepen. Assistenten van andere vakgroepen willen de SEH-arts als het ware 'voorbij groeien'. Er lijkt geen sprake van gelijkwaardigheid. Een voorbeeld in de dagelijkse gesprekken maakt dit inzichtelijk:

Een aios interne geneeskunde zegt tegen een aios SEH: 'Binnenkort ben ik internist. Hoe oud denk je dat ik dan ben? ... 30. Hoe oud ben jij als je klaar bent? ...31. De aios interne lacht: 'hahahaha' en zegt dan, vergoelijkend: 'Nou ja, ik ook nog maar een paar dagen, hoor. (observatieverslag B)

Er is een bepaalde rivaliteit aanwezig tussen de SEH-artsen en andere specialismen. Mogelijk hangt dit samen met de vorming van de professionele identiteit (Currie et al. 2009). Assistenten willen zich hier onderscheiden van collega's. In ziekenhuis C is deze strijd duidelijk merkbaar, als een ANIOS chirurgie de coördinatie en instructies van een SEH-arts bij een trauma niet accepteert. In ziekenhuis C hebben de SEH-artsen overigens niet de supervisie over assistenten van andere vakgroepen. Dit hangt samen met de beperkte bijdrage van de SEH-artsen aan de patiëntenzorg voor andere specialismen, en met de gescheiden patiëntenstromen en assistentenpools. Hoewel de activiteiten op één SEH plaatsvinden, is de scheiding zelfs fysiek zichtbaar. De assistenten van chirurgie en interne geneeskunde hebben een aantal eigen bureaus, gescheiden door systeemwanden. Er zijn ongeschreven regels wie waar werkt. Ook is er geen natuurlijke vorm van samenwerking,

waardoor onderlinge samenwerking en afstemming - en ook de geleidelijke domeinuitbreiding zoals hierboven beschreven bij ziekenhuis A en B - kan plaatsvinden.

De vakgroepen SEG hebben in de drie ziekenhuizen eigen overdrachtmomenten. Aanvankelijk waren de SEH artsen wel aangesloten bij de overdrachtmomenten van andere vakgroepen, maar gaandeweg is er een situatie ontstaan met eigen, vakgroep specifieke overdrachten. Een eigen overdrachtmoment betekent tegelijkertijd een eigen opleidingsmoment en zegt daarmee iets over de ontwikkeling van de vakgroep SEG. In ziekenhuis A wordt dit moment benut om 'interessante cases' te bespreken, waarbij de SEH-artsen de kennis bij de assistenten toetsen. De SEH-arts vervult hierin zichtbaar de rol van opleider. Het is een onderdeel van het socialiseringsproces. In ziekenhuis B en C is er net een begin gemaakt met eigen overdrachten, waardoor het benutten van de overdracht als opleidingsmoment nog in ontwikkeling is.

SEH-artsen superviseren dus in alle drie de ziekenhuizen de 'eigen' assistenten. De mate waarin zij assistenten van andere vakgroepen superviseren, hangt af van de mate waarin zij het vertrouwen hebben van andere vakgroepen. De invloed van vertrouwen wordt in paragraaf 4.3. verder uitgewerkt.

Coördinatie

Zoals eerder uitgelegd is het gebrek aan coördinatie van zorg aan de onverwezen patiënt aanleiding geweest om de SEH-arts te introduceren op de SEH's in Nederland (De Vries en Luitse 1999, IGZ 2004, Vandewalle et al. 2010). Naarmate de SEH-arts meer geaccepteerd is op de spoedeisende hulp en een bijdrage levert aan de zorg voor de patiënten van andere specialismen, treedt er geleidelijk aan algehele coördinatie op van de zorg op de SEH als afdeling.

In ziekenhuis A is de SEH-arts verantwoordelijk voor het coördineren van de medische zorg en de logistiek voor *alle* patiënten die op de SEH zijn. De coördinerend SEH-arts kijkt mee bij binnenkomst van alle patiënten op de High Care, de hoogcomplex acute zorg, en bewaakt de voortgang van de medische zorg van alle patiënten via een centraal computersysteem. Dit is een nieuwe rol op de SEH, die niet eerder door een ander specialisme is ingenomen. Dit maakt het gemakkelijker voor de SEH-arts om deze taak toe te eigenen (vergelijk Currie et al. 2009). De medische zorg wordt hierbij nog steeds vanuit verschillende vakgroepen vormgegeven, maar de SEH-arts in ziekenhuis A neemt de regie over het gehele zorgproces op de SEH. Voorzichtig spreken de SEH-artsen uit dat 'de SEH van de SEH-artsen is'. De SEH krijgt langzamerhand een 'eigenaar'. Hoewel dit nog niet door alle specialismen wordt erkend, is er toch al een breed draagvlak voor deze positie:

Het wordt stafbreed als een enorme kwaliteitsverbetering gezien. Nu heb je eigenlijk een arts die het een beetje geïntegreerd kan oppakken. (voorzitter medische staf ziekenhuis A)

En

Wat je natuurlijk hoopt is dat de eerste hulparts op de achtergrond een beetje in de gaten houdt waar en of het goed loopt, zodat ze een beetje kunnen sturen.' (intensivist ziekenhuis A)

Een goed voorbeeld van de toebedeelde en toevertrouwde verantwoordelijkheid aan de SEH artsen is de beoordeling van verwezen patiënten van andere specialismen. Als assistenten van andere specialismen vanwege de drukte de patiëntenzorg niet aankunnen, laat de coördinerend SEH-artsen de patiënten beoordelen door assistenten SEH. Hiervoor is draagvlak bij de specialisten.

In ziekenhuis B en C is (nog) geen sprake van coördinatie van alle patiëntenstromen door de SEH-arts. Hoewel in ziekenhuis B en C de rol van de coördinerend SEH-arts onlangs is geformaliseerd, worden de patiëntenzorg en logistieke processen met name nog door de SEH-verpleegkundige gecoördineerd, in samenwerking met de triage verpleegkundige. Het volgende voorbeeld laat zien hoe dit in de praktijk verloopt:

Een oude dame wordt met de ambulance naar de SEH gebracht, ingestuurd door de verpleeghuisarts, in verband met bewustzijnsverlies. De coördinerend verpleegkundige heeft de interne assistent gebeld. Als deze na 10 minuten nog niet op de SEH is, vraagt een andere SEH-verpleegkundige waarom de SEH-arts nog niet bij de patiënt heeft gekeken. De SEH-arts reageert verbaasd en zegt dat ze geen seintje heeft gekregen van de coördinerend verpleegkundige. De SEH-arts gaat meteen naar de patiënt toe. "De afspraak is dat de SEH-arts bij een instabiele patiënt altijd meteen gaat kijken", vertelt ze. De ambulanceverpleegkundige draagt over, de anios SEH doet het lichamelijk onderzoek en beschrijft haar bevindingen voor de SEH-arts. De SEH-arts besluit de patiënt te behandelen. (Observatie Ziekenhuis B)

In deze casus beslist de coördinerend verpleegkundige welke arts er naar de patiënt gaat kijken en blijkt dat nieuwe afspraken nog niet geheel overgenomen zijn door de verpleegkundigen. Hierin speelt padafhankelijkheid een grote rol (Scott 2008). Van oudsher krijgt elk specialisme vanuit de eerste lijn zijn 'eigen' patiënten aangeboden. Met de inzet van eigen assistenten dragen zij zorg voor de beoordeling en behandeling van patiënten op de SEH. Vóór de komst van de SEH-arts was de SEH-verpleegkundige vaak de meest ervaren en continu aanwezige kracht op de SEH en daarmee vanzelfsprekend de coördinator van de patiëntenzorg. Wanneer de werkwijze na verloop van tijd verandert, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een nieuwe professie, blijven oude, ingesleten patronen bestaan. In

ziekenhuis C bijvoorbeeld, bepaalt de coördinerend verpleegkundige in welke volgorde de patiënten uit de wachtkamer gezien worden en door welk specialisme. Als een onverwezen patiënt met duidelijke neurologische of cardiologische klachten komt, verwijst de SEH-verpleegkundige deze patiënt door naar het betreffend specialisme in plaats van naar de SEH-arts.

Toen ik hier kwam werken was er een afspraak dat alle onverwezen patiënten voor de SEH waren. (...) Maar dat was nog helemaal niet de cultuur hier en dat is nog niet helemaal ingeburgerd. Dus het werd heel vaak, bij de poort door een verpleegkundige of door de baliemedewerker zelfs bedacht: dit klinkt als neurologie en dit als cardiologie en dan werd je ingeschreven bij de neurologie of de cardiologie. (SEH-arts ziekenhuis C)

De verpleegkundige beïnvloedt dus de domeinontwikkeling van de SEH-arts, door de vermindering van exposure van patiënten van andere specialismen.

De mate waarin de coördinerende rol van de SEH-artsen in de drie ziekenhuizen is ontwikkeld, hangt samen met een aantal factoren. In ziekenhuis B hangt de beperkte ontwikkeling van coördinatie wellicht samen met de korte periode, waarin de SEH-arts nog maar werkzaam is op de SEH. De SEH-artsen hebben nog niet de tijd gehad om zich de acute zorg toe te eigenen, zoals in ziekenhuis A al wel is gebeurd. Op dit proces van toe-eigenen, wat we vanuit het perspectief van de SEH-arts ook kunnen beschrijven met het concept van *institutional work*, wordt verder ingegaan in paragraaf 4.7. Zowel in ziekenhuis B als C speelt ook mee dat de SEH-arts nog niet 7 x 24 uur aanwezig is en daarmee niet het vaste aanspreekpunt is op de SEH (zie paragraaf 4.7). Ten derde speelt in beide ziekenhuizen de angst voor verlies van regie op patiëntenstromen en daarmee de invloed op (financiële) bronnen een belangrijke rol. Het behouden of versterken van de regie manifesteert zich met name bij de vakgroepen interne geneeskunde met de komst van de acute internist. De invloed van deze ontwikkeling voor het domein SEG wordt in de volgende paragraaf beschreven.

Opvallend is dat er bij specialisten wel behoefte is aan een betere coördinatie op de SEH en dat er voor die rol naar de SEH-arts gewezen wordt. Er worden verschillende aspecten genoemd waaruit blijkt dat de SEH-arts die rol nog onvoldoende op zich neemt:

Ik heb wel eens het idee dat zij nog erg graag willen laten zien wat ze weten. (...) Dat is ook goed, maar het is juist ook een taak om de spelverdeler te zijn. (...) Dat is als intensivist ook weer gemakkelijker, omdat je wel gewoon je eigen dingen hebt waarvan je rustig kunt denken dit is mijn ding, dit kan ik goed en dan durf je die andere deskundige er wel bij te halen. (manager ziekenhuis C)

Enerzijds willen de SEH-artsen het zorgproces zelf graag afronden, zodat de specialist kan zien dat ze voldoende kennis hebben om de patiënt te diagnosticeren en te behandelen, waardoor ze een specialist pas op een later moment bij het zorgproces betrekken dan de specialist zelf zou willen. Tegelijkertijd is er nog groei van kennis en ervaring nodig om de rol van coördinator goed te kunnen vervullen.

Je moet mensen hebben die heel wat exposure hebben gehad en, ik zou bijna zeggen, zo gauw ze zo'n kamer binnen komen zien: dit is een zieke patiënt nu moet ik er iemand anders bij vragen en dan misschien totdat die ander er is de zaak coördineren, stroomlijnen, enzovoort. Dat is denk ik hun taak, want je verwacht dat ze 24/7 daar zijn en dus in elk geval de zaak coördineren totdat de hulptroepen daar zijn en dan moet je ook terugtreden. Prachtig. Dat is een uitstekende rol. (intensivist ziekenhuis C)

Waar de SEH arts zijn/ haar kennis en kunde vaak wil laten zien door zoveel mogelijk zelf te doen, wijst de intensivist op de coördinerende rol van de SEH-arts, waarbij het juist gaat om het inroepen van andere specialismen. Hier zit een spanningsveld die nog niet is opgelost. Dit spanningsveld hangt samen met de rolopvatting van de SEH-artsen zelf. Enerzijds willen zij een profiel ontwikkelen waarbij ze zelf in staat zijn de acute opvang voor alle specialismen te verzorgen en willen ze dus medisch deskundig zijn (CCMS 2008). Anderzijds wil de SEH-arts zich ontwikkelen als coördinator van de acute opvang op de SEH (ibid.). In de domeinontwikkeling van de SEH-arts zijn deze twee posities nog niet uitgekristalliseerd. De rol van coördinator op de SEH wordt enerzijds toegewezen aan de SEH-arts uit gunning van deze rol, anderzijds uit bescherming van het eigen domein. Als de SEH-arts de patiënt weer overdraagt en vervolgens terugtreedt, is de acute opvang, het domein van de SEH-arts, afgelopen en het domein van de specialist beschermd.

4.5 Ontwikkelingen op het gebied van de acute zorg

Zoals Nancarrow en Borthwick (2005) beschrijven, ontstaat er door de veranderingen in de gezondheidszorg flexibiliteit in grenzen tussen verschillende professionele groepen. Niet alleen SEH-artsen proberen hun domein te vergroten, tegelijkertijd anticiperen andere professionele groepen op de veranderingen die gaande zijn in de acute zorg. Deze veranderingen kunnen een bedreiging zijn voor de domeinontwikkeling van de SEH-arts. De rol van coördinator op de SEH gaat gepaard met strijd, door de komst van de acute internist. Daarnaast verovert de verpleegkundig specialist steeds meer terrein in de behandeling van chirurgische patiënten. Tenslotte zorgt de aansluiting van de Huisartsenpost (HAP) bij de SEH voor een nieuwe dynamiek in de behandeling van de onverwezen patiënt. Deze drie processen worden in deze paragraaf beschreven.

De ontwikkeling van het domein acute interne geneeskunde

De coördinatie van de medische zorg op de SEH verschuift niet alleen van de verpleegkundige naar de SEH-arts. De ruimte die op de SEH ontstaan is voor een *medisch* coördinator, is eveneens door de internisten opgemerkt. Zoals hiervoor beschreven is de SEH voor de internisten een belangrijke locatie voor de instroom van patiënten. De internisten proberen de coördinerende rol naar zich toe te trekken, door de inzet van de acute internist.

En wat je dan moet weten is dat het een krachtig spel is (...). De internisten in Nederland hebben de acute geneeskunde heel lang schromelijk verwaarloosd en toen kwamen de SEH-artsen. En toen hebben ze opeens om 5 voor 12 denk ik, of misschien 5 over 12, maar in ieder geval hebben ze op een gegeven moment gedacht: 'O, we moeten toch echt iets gaan doen', en nu zijn ze gaan organiseren. Nu willen zij opeens dat gebied weer terug en daarom stellen ze zich landelijk soms ook wat agressief op. (medisch manager ziekenhuis C)

Niet alleen de SEH-arts, maar ook de internist probeert een nieuwe taak toe te voegen aan het eigen domein. Schouten et al. (2013) beschrijven de rol van de acute internist bij patiënten die op de SEH komen met ongedifferentieerde complexe acute problematiek. De internist acute geneeskunde is een generalist met disciplineoverstijgende kennis en vaardigheden die bij een complexe acute presentatie een integrale benadering kan hanteren (Schouten et al. 2013:734). De coördinatie van de acute opvang door de internist acute geneeskunde kan volgens de auteurs een veelvoud aan consultaties en behandelingen voorkomen. De beschreven rol, van coördinator van de acuut zieke of gewonde patiënt met zo mogelijk multimorbiditeit, is echter exact de rol die de SEH-arts voor ogen heeft (CCMS 2008). In het curriculum voor de opleiding tot SEH-arts staat het als volgt omschreven:

De ongedifferentieerde patiënt dient snel, adequaat en met zo min mogelijk middelen behandeld te worden en naar het juiste vervolgtraject verwezen te worden. (...) De bovenbeschreven taken, taakherschikking en functie zijn het vakgebied van de spoedeisende geneeskunde (CCMS 2008:54).

Hoe de SEH-arts en de internist acute geneeskunde zich tot elkaar zullen gaan verhouden, zal de komende jaren uit moeten wijzen. In ziekenhuis B en C is die strijd (nog) niet beslecht.

De ontwikkeling van de SEH-verpleegkundige en verpleegkundig specialist

Volgens Nancarrow en Borthwick (2005) hebben meerdere professionele groepen voordeel van verschuivingen die optreden in tussen domeinen. De SEH-verpleegkundigen ervaren dit niet als zodanig. Met de komst van de SEH-arts is er een professional met een hoger

opleidingsniveau op de SEH gekomen, die in de loop van de jaren eveneens ervaring opbouwt en voor continuïteit zorgt. Dit geeft wrijving. In de drie ziekenhuizen is merkbaar dat de beide partijen opnieuw hun positie moeten bepalen. Het betekent niet automatisch dat SEH-verpleegkundigen taken verliezen aan de SEH-arts, maar wel dat ze een deel van de zeggenschap over het werk verliezen. In ziekenhuis A kunnen de verpleegkundigen bijvoorbeeld niet meer zelfstandig beslissen welk diagnostisch onderzoek er ingezet moet worden, terwijl ze dat voorheen zelfstandig beoordeelden. De informele verantwoordelijkheid die de SEH-verpleegkundigen in de drie ziekenhuizen vóór de komst van de SEH-arts droegen, als meest ervaren professional op de SEH, wordt gedeeltelijk overgenomen door de SEH-arts. De SEH-artsen beroepen zich hiervoor op hun medische verantwoordelijkheid, die maatschappelijk en professioneel als meer invloedrijk en machtiger wordt gewaardeerd (Currie et al. 2012).

De verpleegkundig specialisten in ziekenhuis C ervaren de taakherschikking op de SEH als positief. Zij zijn zeer tevreden over de mogelijkheid om zich te specialiseren in de behandeling en verpleegkundige zorg voor chirurgische patiënten met kleine trauma's en wondjes. Zij werken zeer zelfstandig en vragen om advies als dit nodig is. Daarnaast begeleidt de verpleegkundig specialist regelmatig coassistenten. De SEH-artsen ervaren de aanwezigheid van de verpleegkundig specialist niet als een bedreiging. Door de uitbreiding van het aantal AIOS en ANIOS, vinden de SEH-artsen het plezierig dat ze de begeleiding van coassistenten over kunnen laten aan de verpleegkundig specialist. Bovendien is de verpleegkundig specialist niet fulltime aanwezig, waardoor de ANIOS en AIOS SEH voldoende exposure hebben van kleine traumatologie en behandeling van wonden. SEH-artsen ervaren de inzet van verpleegkundig specialisten niet direct als een bedreiging of aantasting van de ontwikkeling van het eigen domein. Zowel voor SEH-artsen, verpleegkundigen als verpleegkundig specialisten geldt dat de ontwikkeling van hun domein aan verandering onderhevig is en van invloed op elkaar is. Zij zullen hun nieuwe posities verder moeten bepalen.

De integratie van de Huisartsenpost en SEH

De positionering van de SEH-artsen wordt niet alleen beïnvloed door de verhouding ten opzichte van gevestigde en nieuwe zorgprofessionals. Ook andere nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de acute zorg raken de domeinontwikkeling van SEH-artsen. In ziekenhuis C is er sinds een aantal maanden een nauwe samenwerking tussen de SEH en de HAP. De HAP is naast de SEH gevestigd en is 7 x 24 uur geopend. Een groot deel van de zelfverwijzers, die voorheen naar de SEH kwamen en behandeld werden door de SEH-arts, gaat sinds een half jaar alsnog naar de eerste lijn. Dit kan een bedreiging vormen voor het

domein van de SEH-arts, als er te weinig andere taken voor in de plaats komen. De zelfverwijzer was immers de groep patiënten die tot de expertise van de SEH-arts behoorde. Eventuele veranderingen die ontstaan in patiëntenstromen heeft dan ook consequenties voor de taakinvulling van de SEH-arts (Simons et al. 2005). De SEH-artsen ervaren de verschuiving van onverwezen patiënten naar de HAP echter niet als een bedreiging of een verlies. Zij willen zich juist meer profileren in de tweedelijnszorg en ervaren daarin voldoende mogelijkheden en patiëntencontacten om zich te ontwikkelen. Om voldoende bestaansrecht te hebben is het dan wel van belang dat hun eigen domein in de tweede lijn ook uitbreidt.

De overheid wil er eigenlijk een soort ehm... vervangende huisarts ervan maken en zij [SEH-artsen] willen zich graag profileren als specialist en dat vind ik ook terecht, maar dan moet je een aantal dingen wel doen die ze nu niet doen. Het is bijvoorbeeld heel raar dat het ehm behandelen van de bedreigde luchtweg met intubaties en zo, dat hebben ze wel in hun opleiding, maar dat doen ze hier helemaal niet. Ja dat is gek. (medisch manager C)

De SEH-artsen willen zich graag profileren als specialisten in de acute geneeskunde en willen daarom graag van het imago van 'huisarts in de tweede lijn' af. Deze verschuiving kan plaatsvinden, als de SEH-arts dan ook haar domein weet uit te breiden richting de tweedelijns coördinatie en behandeling van acuut bedreigde patiënten. In ziekenhuis A heeft die verschuiving plaatsgevonden. Zoals hiervoor beschreven, hebben de SEH-artsen in ziekenhuis B en C formeel, in samenwerking met de coördinerend verpleegkundige, een coördinerende rol op de SEH gekregen. Deze rol zal in de dagelijkse praktijk verder ontwikkeld moeten worden.

4.6 (F)actoren die de ontwikkeling en positionering van de SEH-arts versterken

In voorgaande paragrafen is beschreven hoe de SEH-arts zijn intrede heeft gedaan in de drie ziekenhuizen. Daarbij hebben een aantal organisationele aspecten als randvoorwaarden gefungeerd. Deze aspecten verklaren echter niet volledig de mate waarin de positionering van de SEH-arts binnen de SEG heeft plaatsgevonden. Uit het onderzoek blijkt dat de mate waarin de SEH-artsen succesvol gepositioneerd zijn, samenhangt met de mate waarin actoren op verschillende posities in de organisatie samenwerken om een institutionele verandering in het organisatorisch veld van de acute zorg tot stand te brengen. Daarnaast laat het onderzoek, in aanvulling op recente wetenschappelijk inzichten, zien, dat de SEH-artsen *zelf* een rol van betekenis spelen in de uiteindelijke inbedding in de acute zorg. Deze twee aspecten worden in paragraaf 4.6 en 4.7 beschreven.

De invloed van actoren

In alle drie de ziekenhuizen zijn verschillende partijen betrokken (geweest) bij de komst van de SEH-arts. Van oudsher zijn medisch professionals de machtigste partij, er was sprake van *medical dominance* (Abbott 1988). Medici zijn echter niet de enige spelers, ze bevinden zich in een organisatorisch veld, waarin andere partijen eveneens invloed uitoefenen en waar strijd plaats vindt tussen actoren om bronnen en waar capaciteit is om te veranderen en te vernieuwen (Lockett et al. 2012). De laatste jaren wordt het medisch beleid steeds meer bepaald door andere, zowel interne als externe partijen (Nancarrow and Borthwick 2005, Currie et al. 2009). Er is in toenemende mate sprake van *coregulatie* (Wallenburg 2012). Managers en (medische) professionals zijn van elkaar afhankelijk en werken samen om een verandering tot stand te kunnen brengen (Noordegraaf 2011). Door verschillende, strategische, posities in te nemen en de nauwe afstemming onderling, wordt de SEH-arts door chirurgen, bestuurders en managers gesteund in haar ontwikkeling en positionering, ondanks bezwaren van een aantal specialisten.

In ziekenhuis A en B is er een nauwe samenwerking tussen bovengenoemde actoren. Eén van de chirurgen, de initiator, onderhield in de beginfase nauw contact met de raad van bestuur, die haar steun verleende in gesprekken met de medische staf en in de onderhandeling over de financiële consequenties.

Hoewel het initiatief voor de komst van de SEH-artsen bij de chirurgen ligt, hebben de STZ en later de ziekenhuisbestuurders het al snel opgepakt en met financiering mogelijk gemaakt, om hun eigen plannen te realiseren (interview raad van bestuur ziekenhuis B)

De raad van bestuur voelde de druk vanuit IGZ om de kwaliteit van zorg en coördinatie op de SEH te verbeteren. De SEH-arts zou deze rol kunnen vervullen, waarmee de bestuurder kon voldoen aan de verwachtingen en goedkeuring van de IGZ. Daarnaast zijn de bestuurders in ziekenhuis A en B ook overtuigd van de kwaliteit die een SEH-arts zou kunnen bieden. Zij zien dat dit profielspecialisme zich kan ontwikkelen tot een volwaardig specialisme. De bestuurders zijn intrinsiek gemotiveerd om dit initiatief te steunen en tot een succes te maken. Hoewel de achtergrond van de bestuurders verschillend is - één van de bestuurders is werkzaam geweest als medisch specialist - zijn beide bestuurders intrinsiek gemotiveerd om dit initiatief te steunen en tot een succes te maken.

In ziekenhuis A en B heeft de raad van bestuur nauw contact met het medisch- of clustermanagement, die het initiatief steunen. De raad van bestuur en management informeren elkaar waar mogelijk, zodat ze ook op het juiste moment steun kunnen verlenen

aan de SEH-artsen. In ziekenhuis A speelt de medisch manager een uiterst belangrijke, initiërende, rol in de komst van de SEH-arts.

Wat geholpen heeft, is dat wij een hele enthousiaste specialist manager hadden, (...) die kan overtuigen en goed ligt binnen de medische staf. Hij heeft daardoor ook veel relaties kunnen leggen. En zo, door veel gesprekken te voeren, is ook de steun voor dat concept ontstaan. Hij heeft daar een hele belangrijke rol in gespeeld. (interview zorggroepmanager A)

Door zijn positie en medische achtergrond, is deze manager in staat geweest om draagvlak te creëren voor de komst van de SEH-arts. In zijn rol als medisch manager van de SEH, oefent hij invloed uit op de organisatie en besluitvormingsprocessen ten aanzien van de acute zorg. Het medisch management in ziekenhuis B oefent deze invloed eveneens uit, maar hier treden ook andere effecten op. In ziekenhuis C is sprake van een tripartiet medisch management, vormgegeven door een SEH-arts, een chirurg/ opleider en een internist/ vice-opleider. Voor deze invulling van het medisch management is gekozen op advies van de raad van bestuur, met als doel het draagvlak voor de ontwikkeling van de SEH-arts onder specialisten te vergroten. Met de clustermanager bepalen zij de invulling en organisatie van de acute zorg. Door de status die de chirurg en internist als gevestigd specialist in het ziekenhuis hebben, zijn zij in staat om de positie van de SEH-arts te versterken.

Ik ben hier ook opgeleid, ik heb een wijd vertakt netwerk hier. En ik hoor natuurlijk wel tot de orde van de gevestigde club specialisten. Dat maakt het voor mij in sommige gremia iets gemakkelijker om iets te zeggen dan voor de SEH-arts. Terwijl het kan gebeuren dat zij meer weet over het betreffende onderwerp. (...) De SEH-arts had het medisch management zeker wel gekund, maar had er echt de status niet voor binnen dit ziekenhuis. Die status brengen wij als chirurg en internist mee voor die club. (internist ziekenhuis B)

De chirurg steunt de SEH-artsen meer op afstand en geeft de SEH-artsen de ruimte om zitting te nemen in commissies en zich als vakgroep op het chirurgische vlak te ontwikkelen. De internist is nauw betrokken bij de dagelijkse gang van zaken op de SEH. De internist ondersteunt de SEH-artsen ook bij het formuleren van nieuw beleid en het bepalen van hun positie. In de rol van ervaren specialist en pleitbezorger voor de SEH-artsen, beïnvloed de internist direct de strategische keuzes van de SEH-artsen. Een voorbeeld hiervan is een discussie tussen de SEH-arts en de internist over de vraag van MDL-artsen om gebruik te maken van SEH-artsen in de dagdienst, zodat zij geen eigen assistent in hoeven te zetten op de SEH. De SEH-arts ziet dit als een kans '*Wij ontlenen ons bestaansrecht aan de ruimte die*

we van andere specialismen krijgen.' De internist probeert de SEH-arts echter te overtuigen van de risico's voor de SEH-artsen.

Als jullie de drukte niet aankunnen, heb je geen assistent interne geneeskunde meer. Als je het dan niet waar kunt maken, krijg je het als een boemerang terug. (internist ziekenhuis B)

Daarnaast probeert de internist de beeldvorming over de MDL-artsen te beïnvloeden door hen opportunistisch te noemen in hun houding ten opzichte van de SEH-artsen.

Eerst willen ze niets met SEH-artsen en nu het uitkomt willen ze gebruik van jullie maken. (idem)

Zoals eerder beschreven, is hier eveneens sprake van *institutional work*, waarbij de internist zich beroept op 'risico's en 'patiëntveiligheid' om bestaande institutionele verhoudingen veilig te stellen (vergelijk Currie et al. 2012). De SEH-arts is gevoelig voor het argument van werkbelasting en de risico's en gaat mee in de visie van de internist. De internist voorkomt hiermee dat het domein van de SEH-arts wordt uitgebreid naar de interne geneeskundige problematiek. Hier vindt dus een domeinstrijd plaats tussen de acute internist en de SEH-arts. Beiden zouden dezelfde rol op de SEH kunnen vervullen. De internist beschermt niet alleen, maar levert ook een actieve bijdrage aan de positionering van de acute interne geneeskunde, waarbij de coördinerende rol van de acute internist op de SEH wordt gepromoot. In de positie van medisch manager is de internist in staat om de bestaande institutionele verhoudingen te beschermen, mogelijk dus *in het nadeel* van de positionering van de SEH-artsen en *ten gunste* van de interne geneeskunde, zolang de SEH-artsen hier geen tegenwicht aan bieden.

Het gebrek aan steun die de SEH-artsen in ziekenhuis C hebben gehad, staat in schril contrast met de steun die de SEH-artsen in ziekenhuis A en B hebben gekregen voor de doorontwikkeling van de SEH-artsen. In ziekenhuis C lijkt de raad van bestuur ook minder sterk betrokken bij de ontwikkeling en positionering van de SEH. De raad van bestuur verleent haar steun aan de komst van de SEH-artsen, maar lijkt in de uitwerking met name een kwalitatief goed georganiseerde SEH na te streven, waarin de raad van bestuur niet specifiek opkomt voor de SEH-artsen. De rol van de SEH-artsen is uiteindelijk in het nieuwe reglement ook nauwelijks gedefinieerd. Daarnaast hebben de SEH-artsen in de eerste tien jaar een medisch manager gemist, die de jonge artsen kon steunen bij de ontwikkeling van hun positie en hun vak. De clustermanager SEH is vanaf het begin wel actief betrokken geweest bij het plan om SEH-artsen op te leiden en in te zetten voor de coördinatie van de onverwezen patiënten. In de ontwikkeling van beleid speelt de clustermanager weliswaar een belangrijke rol, maar de manager is als niet-medicus niet in staat om het proces van

positionering 'van binnenuit' te beïnvloeden. Bovendien staan de meeste medisch specialisten negatief tegenover de komst en ontwikkeling van de SEH-arts, waardoor de inzet van de SEH-arts lijkt te stagneren. In deze casus is zichtbaar hoe de competitie en eigen dynamiek van de professionele groepen de invloed van moderniserend beleid beperkt (Currie et al. 2009). Hoewel de taakherschikking beleidsmatig goed is voorbereid en wordt ondersteund, komt de taakherschikking in de praktijk niet goed tot stand. Om de ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen te bevorderen, besluit het Kernteam Acute Zorg eind 2012 een medisch manager aan te nemen, die zich bezighoudt met de ontwikkeling van de vakgroep SEG. De SEH-artsen zijn zelf beperkt betrokken geweest bij de benoeming van de medisch manager, waardoor er in eerste instantie weerstand is tegen de benoeming. Desondanks lijkt met de benoeming van de huidige medisch manager een actor aangetreden te zijn die de SEH-artsen steunt om hun positie te verbeteren in het organisatorisch veld van de acute zorg. De medisch manager, die zelf internist is, werkt mee op de SEH, coacht de SEH-artsen, organiseert onderwijsmomenten ter verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen van SEH-artsen en ter verbetering van de samenwerking bij de traumaopvang. Daarnaast probeert de medisch manager draagvlak te creëren voor de SEH-artsen, bijvoorbeeld door het organiseren van lunchbesprekingen, waarin medisch inhoudelijke casuïstiek en de samenwerking tussen de verschillende vakgroepen wordt besproken. De clustermanager en medisch manager werken samen in het verbeteren van de organisatie van de acute zorg. De medisch manager is hierbij niet alleen gericht op verbetering van de positie van de SEH-artsen, maar heeft oog voor de belangen van meerdere partijen.

Ik zie wel natuurlijk die afstand en ehm ja dat vind ik gewoon niet goed. Dat is niet goed voor beide groepen, (...) en het is uiteindelijk ook niet goed voor de patiënten. (medisch manager ziekenhuis C)

De kennis en ervaring als internist/ intensivist verlenen de medische manager de status om intermediair te zijn tussen SEH-artsen en medisch specialisten. Hij heeft hetzelfde socialiseringsproces doorlopen als andere specialisten en is daarmee één van hen. Bovendien spreekt hij de taal van SEH-artsen én andere medisch specialisten. Bovendien heeft de medisch manager een duidelijke visie welke verandering hij in de samenwerking en ontwikkeling tot stand wil brengen.

Ik zou graag zien dat ze [SEH-artsen] meer patiënten voor een beschouwend specialisme zouden zien enne vooral omdat ik het idee het dat het de ziekste patiënten zijn. (...) Ik denk dat het om die reden ook goed is dat we daar samen naar kijken. En ik vind het ook belangrijk dat de SEH-arts zich daarin verder ontwikkelt, het is een deel van hun vak. (...) Er

is lijkt mij ruimte genoeg voor beide specialismen [SEG en interne geneeskunde] om zich te profileren, en ook gezamenlijk, met ieder een ander accent. (medisch manager ziekenhuis C)

De invloed en mogelijkheden van deze manager, is vergelijkbaar met de positie van de medisch manager in ziekenhuis A. Een positie die volgens Lockett et al. (2012) uitermate geschikt is om een institutionele verandering tot stand te brengen. Doordat de medisch manager geen direct financieel belang heeft bij de verdeling van bronnen, hij is eveneens in loondienst, en tegelijk professional en organisatorisch belang heeft bij een kwalitatief en financieel goed georganiseerde SEH, bevindt hij zich in een middenpositie. Zijn positie als manager verschaft hem de invloed en de middelen om een verandering tot stand te brengen. Dit geeft de medisch manager een sterke *structurele legitimiteit* (Lockett et al. 2012). Daarnaast is de medisch manager in staat om verbinding te leggen met andere partijen en draagvlak te creëren bij collega specialisten. Door zijn medische achtergrond spreekt hij de taal van de specialisten en heeft hij gezag bij zijn collega's. Dit geeft hem een sterke *normatieve legitimiteit* voor zijn handelen als manager (ibid.). De medisch managers in ziekenhuis A en C vertonen kenmerken van een *institutional entrepreneur* (ibid.). Hiermee is overigens niet gezegd dat één actor in staat is om een institutionele verandering tot stand te brengen. De cases in ziekenhuis A en B laten zien dat meerdere actoren een bijdrage leveren aan de inbedding van de SEH-artsen en met elkaar samenwerken in een organisatorisch veld. In ziekenhuis A en B lijkt er sprake te zijn van *institutional entrepreneurship* als systeem (Lockett et al. 2012): het is niet één actor die de inbedding succesvol doet verlopen, maar een geheel van factoren en actoren, waardoor de SEH-arts institutioneel ingebed raakt.

4.7 Institutioneel werk verricht door SEH-artsen

Aan het begin van het hoofdstuk (paragrafen 4.2 en 4.4) is ingegaan op de ontwikkeling van de rol en positie van de SEH-arts op de SEH. In de vorige paragraaf is de rol van het management en het belang van de steun 'van binnenuit' door een gezaghebbend medisch specialist, beschreven. In deze paragrafen zijn belangrijke aspecten naar voren gekomen die bijdragen aan de verklaring van de vraag waarom de SEH-arts in het ene ziekenhuis beter in staat is geweest een eigen positie te veroveren dan in het andere ziekenhuis. Echter, de beschreven aspecten bieden nog geen volledige verklaring. In deze paragraaf zal worden ingegaan op het belang van vertrouwen in de SEH-arts, en het institutioneel werk dat SEH-artsen zelf verrichten om hun positie op in de acute zorg te verwerven en te bestendigen.

Vertrouwen

De mate waarin er sprake is van dynamiek tussen de SEH-artsen en specialisten hangt af van de mate waarin de SEH-artsen erin slagen om draagvlak en vertrouwen te verwerven bij de gevestigde specialismen. De behoefte aan vertrouwen in de ander, komt voort uit de persoonlijke verantwoordelijkheid die een arts voor een patiënt ervaart (Bosk 2006). Volgens Vandewalle et al. (2010) moeten SEH-artsen dit vertrouwen verdienen, door verantwoordelijkheid te nemen en kwaliteit te leveren. SEH-artsen moeten laten zien dat ze deskundig zijn en geen steken laten vallen.

Nu ze zien hoe SEH-artsen werken, zie ik wel dat ze steeds meer vertrouwen krijgen. (...) Ze moeten hun plaats gewoon bevechten, laten zien wat ze kunnen, dat ze goeie dokters zijn en dat ze meerwaarde hebben. En dat ze ook wel handig zijn. (voorzitter raad van bestuur, ziekenhuis B).

Als de SEH-artsen in de periode waarin ze zich moeten bewijzen, fouten maken wordt hen dat lang nagedragen. In het institutionele werk dat specialisten verrichten om de bestaande werkwijze te handhaven, beroepen zij zich op de risico's voor de patiëntenzorg (Currie et al. 2009). De SEH-artsen hebben een te korte opleiding en weten te weinig van de verschillende vakgebieden. Vooral in ziekenhuis C hebben de SEH-artsen met deze situatie te maken. Dit belemmert hen in hun ontwikkeling en positionering.

Om vertrouwen te winnen is het belangrijk dat artsen elkaar persoonlijk leren kennen, zodat ze van elkaar weten hoe ze werken (Wallenburg et al. 2013). In de opleiding tot SEH-artsen leren specialisten de SEH-artsen kennen in de stages die bij alle vakgroepen worden gelopen. Daarnaast leren specialisten de SEH-artsen kennen in de zorg voor verwezen patiënt en de overdracht van patiënten naar de specialismen. Het persoonlijk kennen is voor de specialisten belangrijk, omdat de SEH-artsen op afstand en daardoor niet direct onder het oog van de specialisten werken.

Als je in een team zit (...), dan kun je de informatie die gegeven wordt heel goed inschatten. (...) Je weet of je er wat mee gaat doen, je werkt op basis van vertrouwen. (...) Er zijn een aantal SEH artsen, waar ik blindelings op vertrouw, maar ook die heel jong zijn, waar wij geen grip op hebben, hoe zij zich presenteren, de analyse, dat is voor ons lastig. (MDL arts)

Vertrouwen ontstaat niet alleen op basis van verantwoordelijkheid nemen, kwaliteit leveren en elkaar persoonlijk leren kennen. Vertrouwen groeit op basis van 'familiarity' (zie Shapin 1992): een gedeelde achtergrond als arts, een zelfde opleiding, het doorlopen van eenzelfde socialisatieproces waarbij artsen dezelfde normen delen (Bosk 2006, Wallenburg 2012). Eén

van die normen is 'er altijd voor de patiënt zijn'. Dit komt in de praktijk tot uitdrukking in de 24/7 aanwezigheid van artsen. Deze 24/7 aanwezigheid is enerzijds belangrijk voor het ontwikkelen van nieuwe gewoontes. Een afwijkende manier van werken binnen en buiten kantoor tijden, draagt niet bij aan de positionering van de SEH-artsen. Er vindt dan wel een kleine aanpassing plaats van taken, maar er ontstaat geen nieuwe manier van werken. Met andere woorden: er is dan geen sprake van een institutionele verandering (Locket et al. 2012). In ziekenhuis A is de 7 x 24 uur aanwezigheid van de SEH-artsen een belangrijke factor geweest voor de inbedding van de SEH-artsen en de institutionele verandering op de SEH. De chirurgen waren zich bewust van het belang van een continu rooster voor de ontwikkeling en de positionering van de SEH-artsen.

Het streven is steeds geweest om 24 uur dekking te hebben. Voor de kwaliteit. En naar de specialisten toe. (...) Anders heb je overdag opleidingsassistenten in huis en dan gaan dingen op een bepaalde manier en 's avonds en 's nachts gaan dingen op een andere manier. Overdag is er dan supervisie en 's avonds is er dan geen supervisie. Dat is onmogelijk. Als je met zoiets begint dan moet je het in één keer goed doen. (chirurg A)

In de avonden en nachten maakten de specialisten graag gebruik van de aanwezigheid van de SEH-artsen.

Dat is dus een verschuiving van er niks mee te maken willen hebben en toch de kwaliteit zien van eh, we hebben namelijk iets wat heel schaars is en waar iedereen gebruik van wil maken: we zijn er 24 uur, dus we zijn er ook 's nachts. Elke specialist heeft een hekel aan 's nachts werken. (SEH-arts ziekenhuis A)

De 7 x 24 uur aanwezigheid is voor specialisten ook een uiting van toewijding en trouw. Hiermee laat je als arts zien dat je als vakgroep altijd beschikbaar bent voor de patiënt. Daarmee wint een vakgroep het vertrouwen van collega artsen:

Ze [SEH-artsen] worden nog niet altijd even serieus genomen. (...) Ze zitten er te kort, ze zijn te jong, de opleiding is nog veel te kort. Ze komen op een aantal vlakken ook gewoon dus ook de kwaliteit te kort en er zijn er gewoon te weinig. (...) Ja ik bedoel, je wordt pas serieus genomen als SEH-arts als je er ook om 3 uur 's nachts bent als die hele zieke patiënt er is. Nou dat zijn ze nu niet (...). Ze worden nu wel een beetje belachelijk gemaakt, van ja, dit zijn dokters die de krenten uit de pap, dus ehm van 9 tot 5 komen halen... (intensivist ziekenhuis C)

In ziekenhuis C zorgt de beperkte beschikbaarheid van SEH-artsen voor strubbelingen tussen de verschillende specialismen. Als SEH-artsen aan het einde van de dienst patiënten over gaan dragen naar andere specialismen, omdat hun dienst afloopt, ervaren assistenten

van andere vakgroepen dit als 'het over de schutting gooien van patiënten', door afwezigheid van de SEH-arts (interview medisch manager).

Het overdragen van taken in de avond-, nacht- en weekenddiensten is een vorm van wat in de literatuur wordt beschreven als *dirty tasks*. Doordat SEH-artsen deze minder geliefde taken vervullen neemt de waardering en acceptatie van andere medisch specialisten toe. Bovendien tonen de SEH-artsen daarmee dat ze geen *nine-to-five* beroep zijn, maar toegewijd zijn aan hun patiënt. Door dit gewonnen vertrouwen krijgt een nieuw specialisme de gelegenheid het domein uit te breiden

In ziekenhuis B en C zijn de SEH-artsen juist voorzichtig in het realiseren van 24/7 bezetting, vanwege een mogelijk tekort aan SEH-artsen. Hiermee laten ze echter een belangrijk 'instrument' liggen voor de groei van het vertrouwen en de daarmee gepaard gaande uitbreiding van het domein en de uiteindelijke positionering van de vakgroep SEG.

Institutional work

Uitbreiding van het beroepsdomein is een dynamisch proces waarin 'andere' specialismen bereid zijn om taken en verantwoordelijkheden af te staan, en het institutionele werk dat de SEH-artsen verrichten om het werkterrein met bijbehorende zeggenschap en verantwoordelijkheid uit te breiden. Dit 'institutional work', dat door Currie et al. (2009) is toegeschreven aan de gevestigde professionele groepen om het eigen domein te beschermen, wordt dus ook uitgevoerd door de nieuwe beroepsgroep om het eigen domein uit te breiden.

In de drie ziekenhuizen leveren de vakgroepen SEG een bijdrage aan de positionering door het vormen van een eigen vakgroep, het schrijven van een eigen beleidsplan, het leveren van een bijdrage aan het strategisch beleidsplan van de organisatie, maar vooral door hun houding in de directe zorgverlening en samenwerking met andere vakgroepen. De SEH-artsen versterken stap voor stap hun positie op de SEH (Vandewalle et al. 2010). Dit komt mooi tot uiting in het voorbeeld van de verwezen patiënten. Zoals eerder in het hoofdstuk is beschreven wordt 'de strijd' vooral gevoerd rondom deze categorie van patiënten. De mate waarin de SEH-artsen *verwezen* patiënten beoordelen voor andere specialismen is verschillend, zowel tussen de ziekenhuizen als tussen de specialismen binnen een ziekenhuis. De specialisten die geen of minder eigen assistenten op de SEH hebben, zien bijvoorbeeld de mogelijkheden voor samenwerking met de SEH-artsen. Zo behandelen in ziekenhuis C de AIOS en ANIOS SEH in de nachtdiensten niet alleen chirurgische patiënten, maar ook patiënten voor de urologie en KNO. Dit is echter beperkt tot de momenten 'buiten kantoor tijden'. Dit laat zien dat er niet alleen verschillen zijn tussen specialismen, maar ook dat het werk dat de SEH-artsen verrichten situationeel bepaald is.

In ziekenhuis B zien de SEH-artsen en assistenten de verwezen patiënten voor de internisten als de werkdruk voor de internisten te hoog wordt. De aanwezigheid van SEH-artsen in het weekend leidt tot incidenteel inzetten van de SEH-arts voor patiënten van andere vakgroepen. Een voorbeeld hiervan is de vraag van een dermatoloog om een patiënt in het weekend te beoordelen (observatieverslag ziekenhuis B). De verschuiving van taken hangt hier samen met de afwezigheid van een assistent en het feit dat de betreffende specialist vanuit de thuissituatie moet komen om een patiënt te beoordelen. De SEH-arts is zich ervan bewust dat ze door acceptatie van deze taak draagvlak voor haar eigen positie creëert bij andere vakgroepen en daarmee haar eigen domein kan ontwikkelen.

De specialist krijgt het op dat moment niet meer rond. Voor ons is het juist de uitdaging om in die gaten te springen. Daar ontlene wij ons bestaansrecht aan. (SEH-arts ziekenhuis B)

Ook bij de observaties in andere ziekenhuizen was zichtbaar dat de SEH-artsen gebruik maakten van momenten om hun kennis en kunde te tonen en daarmee goodwill te verwerven bij andere vakgroepen. Ze laten zien er te zijn als andere specialisten hen nodig hebben. De SEH-artsen winnen door hun manier van optreden, hun beschikbaarheid op minder aantrekkelijke momenten en door de uitbreiding van hun kennis steeds meer het vertrouwen van specialisten.

Kijk, als S (SEH-arts) belt: "J, ik heb iemand voor je gezien." Ja, S kan dat wel. Daar hoeft dan niet speciaal een assistent van ons bij te komen, ook al liggen de patiënten daar eventjes. (neuroloog ziekenhuis A)

Door deze dienstverlenende houding enerzijds, en de ontwikkeling als arts spoedeisende geneeskunde met bijbehorende expertise anderzijds, ontstaat er een dynamiek, waarin specialisten en SEH-artsen elkaar leren kennen, elkaar leren waarderen en waarin SEH-artsen hun deskundigheid stapsgewijs vergroten. De SEH-arts in ziekenhuis A zijn hier tot nu toe het meest in geslaagd.

Ik denk dat wij het in dit ziekenhuis goed gedaan hebben. Er is volgens mij geen specialisme hier in huis die nog zonder zou willen. (chirurg ziekenhuis A)

Of zoals een bestuurder het verwoordt:

Ze hebben zichzelf op de kaart gezet. En dat is denk ik een resultaat van hun eigen inzet en dat ze dat ook graag wilden laten zien. En dat is door de staf ook gezien. (raad van bestuur ziekenhuis A)

Ook als bestaande specialisten van tijd tot tijd proberen om de nieuwe werkwijze terug te draaien of in de hand te houden, blijven de SEH-artsen hun eigen strategie volgen.

We moeten ook gewoon een olifantenhuid hebben en niet ons niet overal druk om maken. Je hoort een hele tijd niets en dan is er ineens weer wat. (...) 'Laten we pragmatisch zijn in het benaderen van die vakgroep. We zitten in een vissenkom. We weten de afspraken en we zoeken laagdrempelig contact. En ondertussen doen we gewoon ons ding. (observatieverslag vakgroepvergadering)

Ook de SEH-artsen in ziekenhuis B zijn zich er van bewust dat (verdere) positionering samenhangt met de ontwikkeling van kennis en vaardigheden en het inspringen op vragen van andere specialismen. Tot nog toe verloopt de positionering van deze vakgroep met name nog via de steun van de raad van bestuur en de steun van de chirurg en internist in het medisch management van de SEH, dus 'van buitenaf'. De meeste artsen in deze vakgroep zijn nog relatief jong en missen daardoor de benodigde ervaring om zich stevig te positioneren. In zekere zin is een dergelijke positionering te vroeg voor deze vakgroep. Toch is er in de interactie met andere specialisten sprake van dynamiek, door de dienstverlenende houding tegenover andere vakgroepen. In ziekenhuis B groeit de acceptatie van en het vertrouwen in de SEH-artsen bij andere vakgroepen. De SEH-artsen veroveren hier steeds meer terrein en domein.

De ontwikkeling wordt gestimuleerd door wie ze zijn en laten zien dat ze toegevoegde waarde hebben. (RVE manager ziekenhuis B).

Het winnen van vertrouwen, op basis van aanwezigheid, uitbreiding van kennis en ervaring verloopt echter niet zonder problemen. Als SEH-artsen fouten maken, zijn de specialisten er direct bij om aan te tonen dat de kwaliteit niet gewaarborgd is.

Kijk, als één van de SEH-artsen een enorme zeperd maakt dan is dat wel een probleem. En ik zeg niet dat het terecht is, want mijn collega's zullen ook zeperds maken, maar dan blijft dat toch op een één of andere manier, ja binnen je eigen club, zal ik maar zeggen. Maar als jij een patiënt voor iemand anders ziet en je maakt een enorme zeperd en je bent in een club die nieuw is, ja, dan heb je weer een hele hoop in te halen. Aan vertrouwen. (internist ziekenhuis B)

Het verrichten van institutional work is een proces van kleine stapjes; van gaandeweg het domein vergoten en bestendigen. Het is ook kwetsbaar werk; een misser wordt lang nagedragen en werpt de SEH-artsen weer terug in hun institutionele ontwikkelingsproces. Juist in situaties waarin beginnende artsen fouten kunnen maken, is de steun van ervaren artsen én van het management van grote betekenis. Die steun hebben de SEH-artsen in

ziekenhuis B gekregen van chirurgen en internisten. De SEH-artsen in ziekenhuis C hebben die steun in de ontwikkelingsfase gemist. Fouten die in het verleden gemaakt zijn, worden nog steeds door specialisten genoemd als oorzaak voor het beperkte vertrouwen in de SEH-artsen. Het is de SEH-artsen in de afgelopen jaren niet gelukt om op eigen kracht het vertrouwen te verwerven van specialisten. Door het beperkte vertrouwen is er nauwelijks sprake van een dynamisch proces, waarin de SEH-artsen kunnen laten zien wie ze zijn en wat hun deskundigheid is op het gebied van de acute zorg.

De vakgroep probeert zich nu, met steun van de medisch manager, te versterken door de groei van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, en het versterken van de coördinerende rol op de SEH. De samenstelling van de vakgroep is hierin van toegevoegde waarde. Persoonlijke eigenschappen van de vakgroepleden spelen hierin een belangrijke rol, net als de ambitie van SEH-artsen (Simons et al. 2005). De mate waarin een SEH-arts doortastend en ambitieus is, is een belangrijke factor in de ontwikkeling van het domein en van de vakgroep als geheel. In ziekenhuis A heeft één van de SEH-artsen de ambitie om de vakgroep een gelijkwaardige positie te geven ten opzichte van andere vakgroepen en is lid geworden van het stafbestuur van de medische staf. Onderhandelingen in het stafbestuur over de financiële positie van de SEH-arts bijvoorbeeld, worden daar, mede door de inbreng van de SEH-arts, met succes gevoerd. Dit heeft een positief effect op de hele vakgroep SEG. De ambitie om zich te ontwikkelen komt eveneens tot uitdrukking in de bijdrage van de SEH-artsen aan verschillende (medische) commissies in het ziekenhuis en de inzet die dit van hen vraagt. Hoewel voorbereidingen en vergaderingen vaak buiten werktijd plaatsvinden, leveren de SEH-artsen deze inzet, om zich te kunnen profileren en positioneren. De raad van bestuur van ziekenhuis B signaleert eveneens de noodzaak van ambitie en enthousiasme bij SEH-artsen en verwoordt dit als volgt:

Dat zijn enthousiaste jonge dokters, die hun vak goed verstaan, die ook de charme hebben om in een stafvergadering hun vak overeind te houden en zich niet weg te laten blazen door een eigenwijze cardioloog (...) Je moet ook niet van suikergoed zijn, je moet wel even stevig kunnen zijn en ook dat je even weggezet wordt, maar dan ook weer terug komen, dat heeft het vak nodig.

De ontwikkeling van een nieuw specialisme vraagt om het tonen van kennis en kunde, het winnen van goodwill en het tonen van doorzettingsvermogen. Institutional work gaat ook over het bestendigen van wat is verworven:

Vroeger stuurde de huisarts in op naam. Tegenwoordig krijg je "een" specialist van de vakgroep aan de telefoon, die op dat moment dienst heeft. Op dit moment is het zover dat een huisarts naar het ziekenhuis verwijst en dat is de spoedeisende hulp geworden. En dan zoekt de

spoedeisende hulparts uit naar welke specialist de patiënt verwezen moet worden. (MDL arts ziekenhuis A)

De huisarts gaat steeds vaker patiënten insturen via de SEH-arts. Tot nu toe gebeurde dit informeel, er zijn geen afspraken over omdat het hier om een nieuwe situatie gaat. Een externe actor, in casu de huisarts, beïnvloedt dus het proces van verwijzing en de afspraken die er in het ziekenhuis over zijn. In ziekenhuis C merken de SEH-artsen ook dat de huisarts meer insturen voor de SEH-arts, als ze niet weten wat er met de patiënt aan de hand is. Zij vragen dan of de SEH-arts de patiënt wil beoordelen en door wil verwijzen naar een specialisme. In de commissie Acut Centrum² van ziekenhuis A komt dit onderwerp ter sprake, door een voorstel voor digitalisering van de verwijsbrief. Hierop staat de mogelijkheid aangegeven om patiënten in te sturen voor de SEH-arts. Via deze digitale verwijsbrief wordt verwijzing naar de SEH-arts dus geformaliseerd. Op dat moment grijpen echter de gevestigde specialismen in en proberen ze de verwijzing naar SEH-artsen te blokkeren. Als argumenten gebruiken de specialisten het belang van 'bewaking van de poort en daarmee de tweede lijn' en patiëntveiligheid:

Als een patiënt naar ons [specialist] verwezen is, kunnen we in de gaten houden wanneer we op de SEH moeten zijn om die patiënt te zien. Als ze niet meer naar ons verwezen worden, weten we ook niet wanneer we naar de SEH moeten komen. Dit gaat tot gevaarlijke situaties leiden. (neuroloog in gebruikersoverleg ziekenhuis A)

De argumenten van de specialisten en de steun die ze elkaar verlenen, is op het moment van bespreking sterker dan de invloed van de SEH-arts. De SEH-arts krijgt bovendien tijdens dit overleg geen steun van bijvoorbeeld het hoger management. De formele procedure wordt op dat moment ten gunste van de gevestigde en machtige specialismen vastgesteld, hoewel de (informele) invloed van de SEH-artsen in de dagelijkse zorgpraktijk steeds groter wordt. Waar SEH-artsen in ziekenhuis B en C nog gedwongen worden zich te laten leiden door de mening en de kritiek van andere specialisten, bepalen de SEH-artsen in ziekenhuis A in hun dagelijks werk steeds meer hun eigen koers. De verankering van de SEH-artsen geeft hen langzamerhand de ruimte een eigen standpunt in te nemen en hun eigen pad te kiezen. Een voorbeeld hiervan is een gesprek met specialisten over de terugkoppeling van beleid.

Ook de MDL-artsen wilden dat we steeds zouden overleggen en eh, nou wij hebben gezegd dat is niet meer haalbaar. Toen hadden we een

² De commissie Acut Centrum is een periodiek gebruikersoverleg, waar alle vakgroepen die gebruik maken van de SEH een specialist voor afgevaardigd hebben. In deze commissie wordt voorgenomen beleid ten aanzien van de acute zorg besproken.

tussenvorm: 'We komen 's ochtends vroeg bij de overdracht even vertellen wat we gedaan hebben.' Dat is ook niet meer te doen, nou is het losgelaten, we doen het gewoon en zij vertrouwen erop. (SEH-arts ziekenhuis A)

Het voorbeeld laat zien dat de gevestigde specialisten de regie willen houden over een bepaalde groep patiënten, maar dat tegelijkertijd de nieuwe vakgroep zich wil ontwikkelen en verantwoordelijkheid wil dragen. De SEH-arts vertelt in het citaat hierboven dat zij hun eigen weg hebben gevonden door het werk zelf uit te voeren en op een later moment hier verslag van te doen. Het is een mooi voorbeeld van institutional work: na het tonen van kennis en kunde, het winnen van goodwill en het gaandeweg uitbreiden van taken en verantwoordelijkheden worden deze taken en verantwoordelijkheden toegeëigend. Het informele proces dat is ingezet wordt geformaliseerd.

De tijd helpt ook. Door de tijd heen vindt er gaandeweg een verschuiving plaats, die geaccepteerd wordt door artsen die de oude werkwijze gekend hebben en de 'status quo' is voor artsen die nieuw zijn in het ziekenhuis.

Er zijn nu heel veel nieuwe specialisten gekomen, die komen hier voor een voldongen feit: de SEH wordt geregeld door de SEH artsen. Terwijl, de helft is hier nog die nog weet hoe het vroeger hier was, ja dat. (SEH-arts ziekenhuis A)

Naarmate het domein wordt uitgebreid, ontstaat een nieuw institutioneel vraagstuk, namelijk naar het afbakenen van het domein. In ziekenhuis A is de hoeveelheid taken en werkzaamheden zodanig toegenomen, dat de SEH-artsen toegegroeid zijn naar een fase waarin ze keuzes moeten maken ten aanzien van de invulling van het eigen domein.

We moeten nadenken, wat willen we wel en niet doen als SEH artsen. Het groeit ons echt boven het hoofd. We krijgen allerlei taken naar ons toe. In het begin hebben we alles aangepakt. Dat was ook goed, dat heeft ons credits gegeven. Maar wat ons ideaal was wordt zo langzamerhand een monster. We moeten keuzes gaan maken en een visie gaan ontwikkelen. (observatieverslag vakgroepvergadering ziekenhuis A)

Deze vakgroep is daarmee in een nieuwe fase gekomen, een fase die vraagt om verdere doordenking van de rol van de SEH-arts in de acute zorg.

5 Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

In deze scriptie is de ontwikkeling van de SEH-arts binnen de setting van de Nederlandse acute zorg beschreven. De volgende vraag stond daarbij centraal: 'Hoe heeft de SEH-arts zich ontwikkeld in de onderlinge relatie met en afhankelijkheden van andere actoren in het organisatorisch veld binnen de topklinische ziekenhuizen?'

In de drie ziekenhuizen heeft de SEH-arts een andere ontwikkeling doorgemaakt, met verschillende uitkomsten in de mate waarin de SEH-arts zich als apart specialisme binnen de ziekenhuizen heeft ontwikkeld en gepositioneerd. Het onderzoek heeft enerzijds laten zien hoe de SEH-arts, als nieuwe beroepsgroep, zich heeft ontwikkeld in het medisch domein. De behandeling van de *onverwezen* patiënt en de coördinatie van de traumaopvang behoort nu grotendeels tot het domein en verantwoordelijkheid van de SEH-arts. Er is hier sprake van een duidelijke substitutie van taken. De behandeling van *verwezen* patiënten is een gedelegeerde taak, die onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist plaatsvindt. De mate waarin SEH-artsen *verwezen* patiënten incidenteel of meer structureel behandelen, verschilt per ziekenhuis en per specialisme.

Het onderzoek laat anderzijds zien hoe de verschillen in ontwikkeling en positionering van de SEH-arts kunnen worden verklaard. De ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen blijkt een dynamisch proces te zijn. De mate waarin de SEH-artsen ingebed raken in de acute zorg is afhankelijk van meerdere factoren die met elkaar samenhangen. Allereerst zijn er organisatorische randvoorwaarden die de komst en de ontwikkeling van de SEH-artsen mogelijk maakten. De opleiding SEG kon bijvoorbeeld aansluiten bij de bestaande opleidingsstructuur in de drie ziekenhuizen. Daarnaast steunde de raad van bestuur de komst en ontwikkeling van de SEH-artsen. Het in loondienst nemen van de SEH-artsen en afspraken over de financiële bijdrage van de verschillende vakgroepen, is hier een voorbeeld van. Met de verschillende vakgroepen werden bovendien afspraken gemaakt om de werkzaamheden van de SEH-arts in de beginperiode af te bakenen. Dit was belangrijk om draagvlak te verwerven voor de inzet van de SEH-artsen. Ten slotte droeg de vorming van een eigen pool assistenten bij aan het daadwerkelijk kunnen realiseren van de afgesproken taken.

Organisationele aspecten ieder voor zich bieden echter nog geen volledige verklaring voor het verschil in ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen in de drie ziekenhuizen. De cases in ziekenhuis A en B laten zien dat er nauwe samenwerking nodig is tussen verschillende actoren op strategische posities in de organisatie om een institutionele

verandering tot stand te brengen. In beide ziekenhuizen hadden zowel de chirurgen, de raden van bestuur, als de medisch managers en de clustermanagers belang bij verandering van geïstitutionaliseerde werkvormen vanwege problemen met de kwaliteit en de coördinatie van de acute zorg. De verschillende partijen werkten samen om de SEH-arts een centrale plek te geven in de acute zorg. De betrokken partijen waren gezamenlijk in staat om de verdeling van financiële middelen en de organisatie van de acute zorg te beïnvloeden. Daarbij spraken de chirurgen en medisch managers de taal van de specialisten, waardoor draagvlak konden verwerven bij andere vakgroepen. Hiermee vertonen zij kenmerken van een *institutional entrepreneur* als systeem.

Het onderzoek in ziekenhuis C maakt zichtbaar hoe de SEH-artsen de steun en samenwerking tussen actoren tot nu toe juist hebben gemist, waardoor er nog geen institutionele verandering tot stand gekomen is. De nieuwe medisch manager, die de samenwerking tussen verschillende partijen en de positionering van de SEH-artsen wil bevorderen, kan een belangrijke schakel gaan vormen in het verwerven van legitimiteit voor de verdere ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen in dit ziekenhuis.

Het onderzoek laat het belang zien van de steun van sleutelfiguren in de domeinstrijd die ontstaat tussen de nieuwe vakgroep en gevestigde vakgroepen met de komst van een nieuw specialisme. De ontwikkeling van een nieuw specialisme raakt namelijk per definitie de domeinen van andere professies. Currie beschrijft dit als het *institutional work* dat wordt verricht om het eigen domein te beschermen of uit te breiden (Currie et al. 2012). Het onderzoek laat zien hoe bijvoorbeeld chirurgen de komst van de SEH-arts omarmen, en daardoor hun macht en invloed op de SEH behouden. Dit kan vanuit de theorieën over *professional jurisdiction* worden verklaard. De chirurgen hadden een belang bij de inzet van SEH-artsen, vanwege de externe druk om de kwaliteit en coördinatie van de acute zorg te verbeteren. De theorieën over *occupational imperialism* maken inzichtelijk dat andere specialismen de komst van een nieuw specialisme juist als een bedreiging kunnen zien omdat de vorming van een nieuw domein gepaard gaat met verschuiving van bestaande domeingrenzen. Het onderzoek laat zien hoe deze vakgroepen hun domein beschermen, als een vorm van *occupational closure*. Zij verrichten institutioneel werk, enerzijds om hun domein te beschermen tegen inmenging van de SEH-arts, anderzijds om invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van de vakgroep SEG zelf. Dit laatste kan door het innemen van een strategische positie in het management, zoals in ziekenhuis B is gebeurd. Een derde voorbeeld van institutioneel werk is de ontwikkeling van het domein acute interne geneeskunde, om de inbedding van de internisten in de acute zorg te versterken en de ontwikkeling van het domein SEG te ontwrichten. Dit maakt met name de positionering van de SEH-artsen in ziekenhuis B onzeker.

De verschillende specialismen verrichten niet alleen institutioneel werk ter bescherming van hun domein. Wanneer het voordelen biedt, bijvoorbeeld tijdens een nachtdienst, worden taken ook gedelegeerd aan SEH-artsen. Zo hebben de KNO-artsen en urologen in ziekenhuis C de SEH-artsen gevraagd om 's nachts verwezen patiënten voor hen te beoordelen. Het onderzoek laat hier zien hoe de SEH-artsen door de incidentele behandeling van patiënten van andere specialismen, stap voor stap het vertrouwen – en daarmee terrein – kunnen winnen ten opzichte van andere vakgroepen. Dit is het meest zichtbaar in ziekenhuis A, waar voldoende SEH-artsen aanwezig zijn om een 7 x 24 uur bezetting op de SEH te realiseren. In ziekenhuis A verwierven de SEH-artsen vertrouwen bij de specialisten door hun kennis en vaardigheden, hun manier van optreden en door er te zijn, ook op minder aantrekkelijke momenten, en de behandeling van patiënten dan op verzoek over te nemen. Tegelijkertijd nam hierdoor de kennis en vaardigheden van de SEH-artsen weer toe, wat een positieve impuls gaf aan het vertrouwen van specialisten in de vakgroep SEG. Hoewel de uitbreiding van het domein dus situationeel bepaald is, en in het ene ziekenhuis beter verloopt dan in het andere ziekenhuis, benutten de SEH-artsen dergelijke situaties om hun domein te vergroten en te bestendigen. Dit voorbeeld maakt ook duidelijk hoe verschillende aspecten tegelijkertijd en in samenhang met elkaar bijdragen aan de ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen. Daar waar de institutionele inbedding succesvol verloopt, is er sprake van een samenspel tussen raad van bestuur, het medisch of het clustermanagement en de SEH-artsen zelf.

Institutional work

In aanvulling op de recente wetenschappelijke literatuur over professionalisme laat het onderzoek zien dat de SEH-artsen ook *zelf* institutioneel werk verrichten. Enerzijds vindt institutionalisering plaats op landelijk niveau. De ontwikkeling van de opleiding, de opleidingserkenning door de RGS en de profielerkenning door de KNMG zijn hier voorbeelden van. Dit zijn belangrijke stappen in de institutionalisering van de SEH-artsen. Het belangrijkste institutionele werk wordt echter verricht in de dagelijkse praktijk, op de SEH zelf. De SEH-artsen breiden hun domein langzaam uit, door in de opleiding kennis en ervaring op te doen bij verschillende vakgroepen. Tegelijkertijd zetten zij deze kennis en ervaring in bij de behandeling van patiënten op de SEH. Waar SEH-artsen naar tevredenheid taken incidenteel overnemen, groeit het vertrouwen en krijgen SEH-artsen steeds meer ruimte om de acute patiënten te behandelen op de SEH. De ontwikkeling in de drie ziekenhuizen maakt duidelijk dat dit een langzaam, stapsgewijs verlopend en tegelijkertijd kwetsbaar proces is. In ziekenhuis C worden fouten die jonge SEH-artsen in de beginfase maakten, nog steeds genoemd als oorzaak voor het geringe vertrouwen van specialisten in

deze vakgroep. Het institutionele werk dat SEH-artsen verrichten is dan ook gebaat bij de steun van ervaren artsen én het management.

Zoals hiervoor beschreven, is het verrichten van *institutional work* een proces van kleine stapjes, van het incidenteel behandelen van patiënten voor andere vakgroepen, tot het overnemen van de rol van opleider, en van gaandeweg het domein vergoten en bestendigen. De taken en verantwoordelijkheden voor de acute patiënt worden langzaam toegeëigend. Het informele proces dat is ingezet wordt stap voor stap geformaliseerd. Waar dit proces succesvol verloopt, zoals in ziekenhuis A, worden de SEH-artsen coördinator voor de acute opvang aan alle patiënten op de SEH, en belanden de SEH-artsen in een nieuwe fase. Een fase waarin keuzes gemaakt moeten worden hoe en in welke richting het domein zich verder gaat ontwikkelen.

Er zijn echter ook bedreigingen voor de ontwikkeling van het domein SEG, zoals de komst van de verpleegkundig specialist en de integratie van de huisartsenpost met de SEH. Daarom is een verdere doordenking nodig van de positie van de SEH-arts ten opzichte van de verpleegkundig specialist. De ontwikkeling van het domein SEG wordt eveneens beïnvloed door de verschuiving van de behandeling van de *onverwezen* patiënt van de SEH-arts naar de huisarts op de huisartsenpost. De SEH-arts zal haar positie hierin verder moeten bepalen.

5.2 Discussie

In de literatuur (Currie et al. 2012) wordt *institutional work* toegeschreven aan de gevestigde professionals, die verschillende activiteiten verrichten ter bescherming of uitbreiding van het eigen domein. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het wetenschappelijk onderzoek over de ontwikkeling van nieuwe professionele domeinen en de institutionalisering van nieuwe professies, door het verder ontwikkelen van het concept van *institutional work*. Het onderzoek heeft tegelijkertijd een maatschappelijke waarde, doordat het inzicht geeft in de vorming van nieuwe beroepen en het veroveren van een plek in de geïnstitutionaliseerde structuur van de gezondheidszorg. Dit proces ontstaat niet spontaan, maar wordt beïnvloed door de verschillende, in dit onderzoek beschreven, factoren die met elkaar samenhangen en de dynamiek die daartussen optreedt.

De onderzoeksresultaten werden verkregen, door de interesse van de NVSHA in de ontwikkeling van het nieuwe domein SEG. De inzet van de NVSHA en de belangstelling van betrokken partijen, verschafte de onderzoeker laagdrempelig toegang tot de drie ziekenhuizen en tot het verwerven van een rijke hoeveelheid en diversiteit aan data. Door de zorgvuldige selectie van de drie cases zijn de onderlinge verschillen in ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen in de topklinische ziekenhuizen zichtbaar geworden. Dit

bemoeilijkt wel het doen van generaliseerbare uitspraken. De uitgebreide beschrijving van de cases biedt echter voldoende handvatten om een nieuwe case te vergelijken met de drie cases van dit onderzoek.

Eerder onderzoek laat zien dat er verschillen zijn in betrokkenheid van specialismen bij de acute zorg. Voor het huidige onderzoek zijn alle betrokkenen bij de acute zorg gevraagd of zij hun medewerking wilden verlenen aan het onderzoek. Van de medisch specialisten namen vooral de SEH-artsen, chirurgen en internisten deel aan het onderzoek. In de gesprekken en tijdens de observaties viel eveneens het licht op deze groepen, voor wat betreft hun invloed op de ontwikkeling en positionering van de SEH-artsen. In eerder onderzoek speelde de vakgroep anesthesie een belangrijke rol (Van der Kamp 2012). In het huidige onderzoek leek de invloed van de anesthesisten niet heel evident. In verband met de beperkte omvang van het onderzoek is de rol van de anesthesie niet verder onderzocht. Vervolgonderzoek kan meer inzicht geven in de rol die andere specialismen, zoals de anesthesie in de verschillende ziekenhuizen speelt.

Het huidige onderzoek laat zien dat een verdere doordenking van het profiel van de SEH-arts nodig is. Daar waar de SEH-arts succesvol gepositioneerd is in het veld van de acute zorg, ontstaat een nieuwe fase, waarin de hoeveelheid taken en verantwoordelijkheden om keuzes vraagt. Waar de discussie op fora zich vooral richt op de vraag of de SEH-arts een specialist genoemd kan worden, biedt dit onderzoek de beroepsgroep handvatten om zich te richten op de inhoudelijke ontwikkeling van de SEH-artsen. Deze kan, zo laat dit onderzoek zien, niet los gezien worden van de vraag over de verdere professionalisering. Enerzijds dringt de vraag zich op waar de grenzen van het domein SEG zich bevinden. Bij de opvang van zowel onverwezen als verwezen patiënten dringt de vraag zich op waar de grens ligt in de opvang van deze patiënten. De SEH-artsen dragen de patiënten bij voorkeur over als de diagnostiek afgerond is én het behandelplan opgesteld is. De specialisten van andere vakgroepen spreken echter hun voorkeur uit voor een eerdere overdracht van patiënten naar hun eigen vakgroep, mede uit bescherming van het eigen domein. Als de SEH-arts de patiënt weer overdraagt en vervolgens terugtreedt, is de acute opvang, het domein van de SEH-arts, afgelopen en het domein van de specialist beschermd.

6 Referenties

Abbott, A. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bosk, C. L. 2006. *All things twice, first tragedy then farce*. Lessons from a transplant error. In: J. Santillan, K. Wailoo, J. Livingston, P. Guarnaccia (editors), *A death retold; the bungled transplant and paradoxes of medical citizenship*, 97-116. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.

Centraal College Medische Specialismen (CCMS). 2008. 'Besluit Spoedeisende geneeskunde'. In: *Medisch Contact*, nr. 48.

Centraal College Medisch Specialismen (CCMS), College voor Huisartsgeneeskunde en medische zorg voor Verstandelijk Gehandicapten (CHVG) en College Sociale Geneeskunde (CSG). 2008. 'Toetsingskader profielen.' In: *Medisch Contact*, nr. 28.

Currie, G, R. Finn & G. Martin. 2009. 'Professional competition and modernizing the clinical workforce in the NHS'. *Work Employment Society* 23:267-285.

Currie, G, A. Lockett, R. Finn, G. Martin and J. Waring. 2012. 'Institutional work to maintain professional power: recreating the model of medical professionalism.' *Organization Studies* 33 (7):937-962.

Gaakeer, M.I., C.L. van den Brand, P. Patka. 2012. 'Emergency medicine in the Netherlands: a short history provides a solid basis for future challenges.' *European Journal of Emergency Medicine* 00(00):1-5.

Geloven, N. van. 2000. *Spoedeisende hulp bij buikklachten*; evaluatie van het functioneren van de spoedeisende hulpafdeling aan de hand van patiënten met buikklachten. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Proefschrift.

Geertz, C. 1973. *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.

Geneeskundige Inspectie voor de Gezondheidszorg. 1994. *De keten rammelt*. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende hulpverlening.

IGZ. 2004. *Spoedeisende hulpverlening: haastige spoed niet overal goed*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Kamp, H. van der. 2012. *De spoedeisende hulp arts; De opkomst en ontwikkeling van een nieuw specialisme*. Rotterdam: Erasmus Universiteit. Scriptie ter afronding van de Master Zorgmanagement.

Lockett, A, G. Currie, J. Waring, R. Finn & G. Martin. 2012. 'The role of the institutional entrepreneurs in reforming healthcare'. *Social Science & Medicine* 74: 356-363.

Merriam, S.B. 1998. *Qualitative research and case study applications in education*. San Fransisco: Jossey Bass Publishers.

Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco. [2007]

Nancarrow, S.A. and A.M. Borthwick. 2005. 'Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce'. *Sociology of Health & Illness* 897-919.

Noordegraaf, M. 2011. 'Risky Business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues.' *Organization Studies* 32:1349.

NVSHA. 2009. *10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen.

Pope, C. 2005. 'Conducting ethnography in medical settings.' *Medical Education* 39:1180-1187.

Putters, K. 2009. *Besturen met duivelselastiek* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Schouten, W.E.M., D. Dekker, H.A. Diepeveen. 2013. 'Spoedinternist kan acute zorg versterken. Nieuw subspecialisme biedt uitkomst voor ongedifferentieerde patiënt.' *Medisch Contact* 68 (14):734-736.

Scott, W.R. 2008. *Institutions and organizations. Ideas and interests*. Third edition. California: Sage Publications, Inc.

Simons. M.P., J. Elshove-Bolk, M.M.S. Zwartsenburg e.a. 2005. 'Vijf jaar opleiding SEH-arts. OLVG levert nieuwe sterke schakel in de acute-zorgketen.' *Medisch Contact* 60 (40):1580-1583).

Swanborn, P.G. 2010. *Basisboek sociaal onderzoek*. Vijfde druk. Den Haag: Boom Onderwijs.

Thijssen, A.M.H., H.J. Giessen and M. Wensing. 2012. 'Emergency departments in The Netherlands.' *Emergency Medical Journal* 29:6-9.

Vandewalle, E.M., K. Kolkman en E. Agterdenbosch- van de Ree. 2010. 'De SEH arts emancipeert; Een model voor spoedeisende hulp in Ziekenhuis Rijnstate.' *Medisch Contact* 65 (27):1346-1348.

Vries, G.M.J. de, J. Elshove-Bolk en D.R.C.M. Biesbro. 2001. Een levensreddend specialisme [Internet]. *Medisch Contact*, [aangehaald op 21-01-2013]. Bereikbaar op <http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/03244/een-levensreddend-specialisme.htm>

Vries, G.M.J. de en J.S.K. Luitse. 1999. 'Spoedeisende geneeskunde als specialisme. Drie modellen vergeleken.' *Medisch Contact* 54 (6):204-206.

Wallenburg. I. 2012. *The Modern Doctor; unraveling the practices of residency training reform* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Wallenburg. I., A. Bont, M.J. Heineman, F. Scheele and P. Meurs. 2013. 'Learning to doctor: tinkering with visibility in residency training.' *Sociology of health and Illness* 35 (4):554-559.

Bijlagen

I Topiclijst

Ontwikkeling SEH arts

- komst SEH arts
- betrokkenheid geïnterviewde bij spoedzorg
- taken, rollen, bevoegdheden
- verschuiving in taken
- eindverantwoordelijkheid
- aspecten die de komst/ ontwikkeling bevorder(d)en/ belemmer(d)en
- betrokken partijen

interne actoren

- medisch specialisten
- medische staf
- raad van bestuur
- management SEH

externe actoren

- beroepsverenigingen (KNMG)
- overheidsbeleid
- VWS
- IGZ
- zorgverzekeraar

contextuele factoren

- ziekenhuisbeleid
- kwaliteitsbeleid
- financiering
- organisatie van de spoedzorg
 - 24 uursdekking
- organisatorisch veld

wijze waarop de ontwikkeling tot stand kwam

- belangstelling van alle partijen?
- verschillende visies op komst en rol SEH arts?
- invloed van externe partijen of een interne afweging?
- voordelen en nadelen aan deze werkwijze
- mate van tevredenheid over deze constructie
- hoe gaat de ontwikkeling volgens u verder? Is dat ook wat u wenst?

II Interviewvragen

Openingsvraag

Hoe zou u de ontwikkeling van de SEH-artsen in dit ziekenhuis kunnen typeren?

Inleidingsvraag

- Hoe is de functie van SEH arts tot stand gekomen?

Ontwikkeling SEH arts

- wat was de aanleiding voor de keuze om met SEH artsen te gaan werken?
- wie kwam er in uw ziekenhuis met het voorstel?
- wie waren er betrokken bij het tot stand komen van de functie van SEH arts en wat was hun rol in dat proces?
- bent u zelf betrokken bij de medische zorg op de spoedeisende hulp? Op welke manier?
- hoe beoordeelden specialisten deze ontwikkeling? Noodzaak, kans, uitdaging?
- Welke taken zijn er over gedragen aan de SEH artsen?
- Welke bevoegdheden hebben SEH artsen gekregen? En hoe heeft zich dit in de loop van de tijd uitgebreid? Bijv. naar 24 uren aanwezigheid? Zijn daarmee taken/ verantwoordelijkheden veranderd?
- Welke patiënten worden gezien door de SEH arts, welke niet? Wanneer komt de specialist in consult? Zijn hier afspraken over? Verschilt dit tussen personen?
- Welke taken en bevoegdheden zijn niet overgedragen? Wat was daarvoor de reden?
- Vindt er nog steeds een verschuiving van taken en bevoegdheden plaats? Zijn er gevoeligheden wat taakverdeling betreft?
- Wie draagt de eindverantwoordelijkheid over acute zorgpatiënten?
- Kunt u aspecten noemen die de komst van de SEH arts bevorderden?
- Kunt u aspecten noemen die de komst van de SEH arts belemmerden?
- Zijn er aspecten die de ontwikkeling van de SEH arts bevorderen?
- Zijn er aspecten die de ontwikkeling van de SEH arts belemmeren?
- voordelen en nadelen aan deze werkwijze.
- verschillende visies op komst en rol SEH arts?

Interne actoren

- Welke rol speelden de medisch specialisten in de komst en ontwikkeling van de SEH arts?
- Welke rol speelde de medische staf?
- Had de raad van bestuur een rol in de komst en ontwikkeling van de SEH arts? Zo ja, welke?
- Had het management van de SEH een rol in de komst en ontwikkeling van de SEH arts?
- In hoeverre was er belangstelling van alle partijen voor de eerste opvang door SEH artsen?
- Kwam de SEH arts er (mede) onder invloed van externe partijen of was het meer een interne afweging?

externe actoren

- In hoeverre waren beroepsverenigingen (KNMG) betrokken bij de komst en ontwikkeling van de SEH arts?
- welke rol speelden externe partijen hierin: VWS, IGZ?
- In hoeverre was overheidsbeleid hierin sturend of bepalend?
- Welke rol speelde de zorgverzekeraar?

contextuele factoren

- Was of is er ziekenhuisbeleid over de spoedzorg, waarin de SEH arts een plaats kreeg of paste?
- In hoeverre speelde kwaliteitsbeleid een rol in de komst en ontwikkeling van de SEH arts?
- In hoeverre is financiering van belang (geweest) voor de komst en verdere ontwikkeling van de SEH arts?
- In hoeverre is de organisatie van de spoedzorg geschikt voor het functioneren van de SEH arts? Welke rol speelt 24uurs aanwezigheid hierin?
- In hoeverre is het veld van topklinische ziekenhuizen passend voor de komst en (door)ontwikkeling van SEH artsen?

(Door)ontwikkeling

- hoe gaat de ontwikkeling volgens u verder?
- In hoeverre bent u als specialist tevreden met de constructie van SEH arts in de spoedzorg en eerste opvang van patiënten?