



*PRESTATIE-INDICATOREN BIJ DE
SPOEDPOST TE ALMELO, EEN
STAKEHOLDERANALYSE*

G.H. Reinders

Enschede, Augustus 2012

PRESTATIE-INDICATOREN BIJ DE SPOEDPOST TE ALMELO, EEN STAKEHOLDERANALYSE

AUGUSTUS 2012

*GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
FACULTEIT MANAGEMENT EN BESTUUR
UNIVERSITEIT TWENTE*

Auteur

*G.H. Reinders
Student Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente*

Universiteit Twente, eerste begeleider

*Dr. ir. I.M.H. Vliegen
Faculteit Management en Bestuur
Industrial Engineering and Business Information Systems
i.m.h.vliegen@utwente.nl*

Begeleiding ZGT

*M.A. Bruens, MSc
Ziekenhuisgroep Twente
m.bruens@zgt.nl*

Universiteit Twente, tweede begeleider

*Dr. C.J.M. Doggen
Faculteit Management en Bestuur
Health Technology and Services Research
c.j.m.doggen@utwente.nl*

VOORWOORD

Deze scriptie vormt het sluitstuk van mijn bacheloropleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente. In deze opdracht kon de opgedane theorie uit de opleiding in de praktijk worden gebracht, een uitdaging waar ik vooraf naar uitkeek en nu ook met veel plezier op terugkijk.

Graag wil ik hier ook een woord van dank uitspreken. Ten eerste wil ik mijn begeleiders, Ingrid Vliegen, Manon Bruens en Carine Doggen, bedanken voor de tijd die er voor mij is vrijgemaakt en voor de geleverde adviezen. Verder wil ik Janke Snel en Arlette Drost bedanken voor de input bij het opstellen en het versturen van de vragenlijsten en het indelen van de stakeholders. Niels Baas wil ik bedanken voor de adviezen bij het statistische deel en Sieger Henke voor het coderen van de antwoorden die werden gegeven in de open vragen van de vragenlijst. Tot slot wil ik graag de respondenten van de enquête bedanken die op deze wijze aan het onderzoek hebben bijgedragen.

Gert Reinders

Enschede, augustus 2012

SAMENVATTING

In april 2010 is in Almelo de spoedpost geopend, een samenwerkingsverband tussen de Centrale Huisartsen Post Almelo (CHPA) en de spoedeisende hulp (SEH) van ZGT Almelo. De doelstelling van dit onderzoek is om door middel van een stakeholderanalyse inzicht te verkrijgen over de verschillende stakeholders van de spoedpost. De stakeholderanalyse bestaat uit het toekennen van de attributen *macht*, *legitimiteit* en *urgentie* aan de stakeholders. Naast deze analyse is de stakeholders de kans geboden om door middel van een enquête zelf prestatie-indicatoren te prioriteren. Door middel van zowel open als gesloten vragen is er inzicht verkregen in de verschillen tussen de stakeholders. De enquête is alleen verspreid onder de interne stakeholders van de spoedpost; externe stakeholders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg of zorgverzekeraars zijn niet bij dit onderzoek betrokken.

Uit de prioritering van de prestatie-indicatoren komt naar voren dat er verschillen bestaan tussen de stakeholders binnen de CHPA en die binnen de SEH. Er wordt door de stakeholders voornamelijk gekeken naar de eigen werkzaamheden in plaats van naar het opereren van de gehele spoedpost. Een gemeenschappelijke factor tussen de SEH en de CHPA zijn de wachttijden als prestatie-indicator. Wel wordt ook hier voornamelijk gekeken naar de wachttijden die voor de eigen werkzaamheden relevant zijn. Uit de prioritering komt verder naar voren dat binnen de CHPA veel belang wordt gehecht aan de juiste toekenning van urgentiecodes.

Er wordt geadviseerd om toekomstige interventies in eerste instantie te richten op indicatoren die tijdens de enquête als meest belangrijk naar voren zijn gekomen. Het gaat hierbij voornamelijk om het percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord, het percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode horende, wachttijd door een arts is gezien en het percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.

Wanneer er interventies worden ontworpen die invloed hebben op prestatie-indicatoren die volgens dit onderzoek door de stakeholders niet als belangrijk worden gezien, wordt geadviseerd om duidelijke voorlichting te geven aan de stakeholders over het belang van de interventie.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	5
Samenvatting	7
Afkortingen en begrippen.....	11
1. Inleiding.....	13
1.1 Ziekenhuisgroep Twente.....	13
1.2 Centrale Huisartsenpost Almelo	14
1.3 Spoedpost.....	14
1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen.....	15
1.4.1 Afbakening	15
1.5 Leeswijzer	15
2. Theoretisch Kader	17
2.1 Stakeholder	17
2.2 Stakeholdertyperingen.....	17
3. Methoden	21
3.1 Methode van dataverzameling.....	21
3.2 Data-analyse	22
4. Analyse.....	25
4.1 Identificatie en indeling van stakeholders	25
4.2 Enquête	26
4.2.1 Open vragen	27
4.2.2 Gesloten vragen.....	28
5. Conclusies en aanbevelingen.....	33
6. Discussie.....	35
Bibliografie.....	37
Bijlagen	38
Bijlage 1. Afgenomen enquête	38
Bijlage 2. Uitnodiging voor enquête.....	40
Bijlage 3. Volledige ranking van prestatie-indicatoren	41

AFKORTINGEN EN BEGRIPPEN

<i>Binnenloper</i>	-	Patiënt die zich zonder telefonische afspraak meldt bij de huisartsenpost of spoedeisende hulp
<i>CHPA</i>	-	Centrale Huisartsenpost Almelo
<i>HAP</i>	-	Huisartsenpost
<i>SEH</i>	-	Afdeling voor spoedeisende hulp
<i>Spoedpost</i>	-	Samenwerkingsverband tussen de CHPA en SEH, gevestigd in ZGT Almelo
<i>Triage</i>	-	Het proces waarin de zorgvraag van de patiënt wordt beoordeeld en het vervolgtraject wordt vastgelegd
<i>Zelfverwijzer</i>	-	Patiënt die zonder doorverwijzing van een zorgverlener uit de eerste lijn binnenkomt bij de tweede lijn
<i>ZGT</i>	-	Ziekenhuisgroep Twente

1. INLEIDING

In april 2010 is in Almelo de spoedpost geopend, een samenwerkingsverband tussen de Centrale Huisartsen Post Almelo (CHPA) en de spoedeisende hulp (SEH) van ZGT Almelo. Het blijkt dat er een groep patiënten met een acute zorgvraag bestaat die zonder doorverwijzing naar de SEH gaat terwijl ze ook door een huisarts geholpen hadden kunnen worden. Deze situatie leidt tot inefficiëntie en hogere kosten. Met de komst van de geïntegreerde spoedpost is het buiten kantoortijden niet langer mogelijk dat patiënten, zonder doorverwijzing bij de SEH komen.

Dit onderzoek is onderdeel van het ZonMw onderzoeksproject '*Optimale logistiek en patiënten voorkeuren in de acute zorgketen; de huisartsenpost en spoedeisende hulp in één geïntegreerde spoedpost*'. Dit ZonMW-project heeft als doelstelling om te komen tot een geoptimaliseerde inrichting van een spoedpost waarbij de patiënt zonder onnodige vertraging met een optimale inzet van middelen bij de juiste zorgverlener terecht komt, waarbij ook rekening wordt gehouden met de waardering die de patiënt aan factoren in dit acute zorgproces geeft (Doggen, Hans, Snel, Van de Velde, Verheij, & Vliegen, 2010).

In het kader van het hierboven omschreven ZonMw onderzoeksproject wordt een stakeholderanalyse uitgevoerd. Door middel van een stakeholderanalyse wordt inzicht verkregen in de wensen van, en onderlinge verhoudingen tussen de verschillende stakeholders. Naast deze analyse krijgen de stakeholders ook de kans om zelf prestatie-indicatoren te rangschikken. Het begrip *prestatie* wordt hierbij gedefinieerd als de uitkomsten van het proces die beïnvloedbaar en relevant zijn. In een systeem als de spoedpost met meerdere belanghebbenden is het goed om, voordat prestatiemeting plaatsvindt, belanghebbenden de kans te geven zich uit te spreken over de uitkomsten die zij zinnig achten. Hierdoor blijven ze niet alleen bij het project betrokken maar worden ook alleen die uitkomsten vergeleken die er toe doen (Van Hoorn, Van Houdenhoven, Wullink, Hans, & Kazemier, 2006).

In de volgende paragrafen, 1.1 tot en met 1.3, worden ZGT, CHPA en de spoedpost door middel van enkele karakteristieken geïntroduceerd. In paragraaf 1.4 worden de doelstelling en de onderzoeksvragen omschreven en tot slot is in paragraaf 1.5 de leeswijzer van dit rapport opgenomen.

1.1 ZIEKENHUISGROEP TWENTE

Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) bestaat uit twee ziekenhuizen, één in Almelo en één in Hengelo. Het is een algemeen ziekenhuis met ruim 3.500 medewerkers en een verzorgingsgebied van 300.000 inwoners. ZGT is in 1998 ontstaan uit een fusie tussen het Twenteborg Ziekenhuis in

Almelo en het Streekziekenhuis Midden-Twente in Hengelo (ZGT, z.d.). In tabel 1 zijn enkele andere karakteristieken van ZGT opgenomen.

TABEL 1 CIJFERS ZGT 2010 (ZGT, 2011) & 2011 (ZGT, 2012)

	2010	2011
Omzet	€ 255.661.584,-	€ 246.533.695,-
Medewerkers in loondienst	3.699	3.391
Medisch specialisten	207	212
Polikliniekbezoeken	599.038	609.905
Dagopnamen	47.142	50.657
Opnamen	38.209	36.908
Verpleegdagen	207.704	198.579
Bedden	1.085	1.085
Behandelde patiënten bij SEH		18.173 (Bruens, 2012)

1.2 CENTRALE HUISARTSENPOST ALMELO

De CHPA verzorgt buiten kantooruren, tussen 17.00 uur en 8.00 uur, de diensten van de huisartsen uit de regio Almelo met een totaal verzorgingsgebied van 203.000 inwoners. In 2011 zijn er 30.898 fysieke consulten door de CHPA uitgevoerd (Bruens, 2012). De CHPA is zowel doordeweeks buiten kantoor tijden als in de weekenden en tijdens feestdagen geopend. Er zijn bij de CHPA 85 huisartsen, 35 triage-assistenten en 15 huisartsenchauffeurs werkzaam (CHPA, z.d.).

1.3 SPOEDPOST

In de praktijk blijkt dat veel patiënten zelf naar de SEH gaan zonder eerst een huisarts te consulteren; deze patiënten worden ook wel zelfverwijzers genoemd. Voor de opening van de spoedpost waren 31% van de patiënten op de SEH zelfverwijzers (Bruens, 2012). Verder blijkt dat veel zelfverwijzers bij een huisarts hadden kunnen worden behandeld. De gevolgen hiervan zijn onnodige drukte op de SEH en hogere kosten (Kool, Homberg, & Kamphuis, 2008).

Op 14 april 2010 is de spoedpost, die is gevestigd in ZGT Almelo, geopend, een samenwerkingsverband tussen de CHPA en de SEH van ZGT.

Nu de CHPA en de SEH op dezelfde locatie zijn gevestigd wordt het probleem met de zelfverwijzers buiten kantooruren verholpen. Iedere patiënt dient telefonisch contact op te nemen met de CHPA, tijdens het gesprek wordt bepaald welke zorg de patiënt nodig heeft. Ook patiënten die de spoedpost binnenkomen zonder eerst een afspraak gemaakt te hebben, kunnen niet direct naar de SEH; er vindt eerst triage plaats waarbij het vervolgtraject voor de patiënt wordt bepaald.

1.4 DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

Het meten van prestaties van de spoedpost is alleen nuttig wanneer er factoren gemeten worden die door interventies beïnvloedbaar zijn en daarnaast ook relevant zijn (Doggen, et al., 2010). De relevantie van de te meten factoren of prestatie-indicatoren kan worden bepaald door de verschillende betrokkenen binnen de spoedpost inspraak te geven. Daarnaast zal worden geanalyseerd welk belang de betrokkenen binnen de organisatie hebben.

Voor dit onderzoek is de volgende doelstelling opgesteld:

*HET DOOR MIDDEL VAN EEN STAKEHOLDERANALYSE EN EEN PRIORITERING VAN PRESTATIE-
INDICATOREN IDENTIFICEREN VAN DE RANDVOORWAARDEN VOOR EEN GOEDE PRESTATIEMETING BIJ
DE SPOEDPOST IN ALMELO DIE HET MOGELIJK MAAKT OM GERICHTE INTERVENTIES TE ONTWERPEN
DIE HET FUNCTIONEREN VAN DE PROCESSEN BINNEN DE SPOEDPOST VERBETEREN.*

Om deze doelstelling te realiseren zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. *Welke stakeholders van de spoedpost Almelo kunnen er worden geïdentificeerd en hoe kunnen deze stakeholders worden getypeerd?*
2. *Welke prestatie-indicatoren zijn voor de stakeholders het meest van belang bij het beoordelen van de processen in de spoedpost?*

1.4.1 AFBAKENING

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn bij de spoedpost van ZGT Almelo al meerdere andere onderzoeken uitgevoerd. Zo zijn de patiëntpreferenties reeds in kaart gebracht (Fransman, 2011). Om deze reden zal de patiënt, als stakeholder, in dit onderzoek niet worden benaderd.

1.5 LEESWIJZER

Dit verslag is gericht op het bereiken van de doelstelling zoals deze is geformuleerd in paragraaf 1.4, hierbij worden de genoemde onderzoeksvragen als uitgangspunt gebruikt. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader voor dit onderzoek geschetst. Hierin wordt ingegaan

op het gebruikte typeringsmodel voor de stakeholderanalyse. In hoofdstuk 3 zijn de gebruikte methoden omschreven. In hoofdstuk 4 worden de verschillende stakeholders geïdentificeerd aan de hand van model dat omschreven is in hoofdstuk 2. Daarnaast worden de resultaten van de enquête beschreven. Op basis van deze hoofdstukken zullen in hoofdstuk 5 conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan. Tot slot zullen in hoofdstuk 6 enkele discussiepunten worden besproken.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk zal worden uiteengezet met welke theoretische de stakeholderanalyse is uitgevoerd.

2.1 STAKEHOLDER

De term stakeholder kan op verschillende manieren worden gedefinieerd, waarbij het verschil vooral zit in hoe breed de term wordt opgevat. De term verscheen voor het eerst in een interne nota van het Stanford Research Institute in 1963, hierin werden stakeholders omschreven als 'groepen zonder wiens steun de organisatie zou ophouden te bestaan' (geciteerd uit Freeman & Reed, 1983).

Freeman beschouwt zelf een stakeholder echter als 'een groep of een individu die door het bereiken van de doelen van de organisatie kan worden beïnvloed of juist het bereiken van doelen van de organisatie kan beïnvloeden' (Freeman, 1984).

Freeman houdt met zijn definitie ook rekening met actoren die invloed op een organisatie kunnen uitoefenen maar zelf niet noodzakelijk zijn voor het voortbestaan van de organisatie. Door deze brede blik kunnen zowel de stakeholders binnen de organisatie als die buiten de eigen organisatie worden geïdentificeerd. De definitie zoals deze door Freeman is gegeven zal voor dit onderzoek als leidend worden beschouwd.

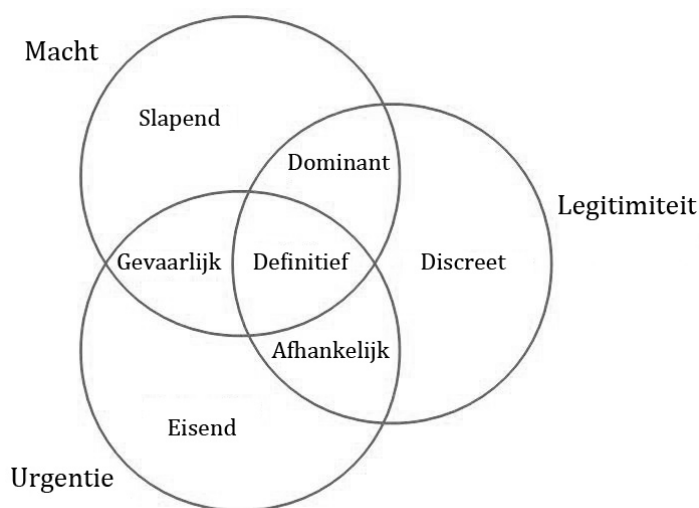
2.2 STAKEHOLDERTYPERINGEN

De brede blik van Freeman op het begrip stakeholder wordt verder ingevuld door methode van Mitchell et al. om verschillende stakeholders te typeren. De relaties tussen de stakeholders van een organisatie kunnen worden getypeerd door ze te beoordelen op de attributen *Macht*, *Legitimiteit* en *Urgentie* (Mitchell, Agle & Wood, 1997).

Aan een stakeholder kan het attribuut *macht* worden toegeschreven wanneer de stakeholder in de positie is om een wil op te leggen zonder dat er effectief tegenwicht wordt geboden. Met het begrip *legitimiteit* wordt bedoeld in hoeverre de wensen van een stakeholder als gewenst, geschikt en juist worden beschouwd. *Urgentie* wordt gedefinieerd als de mate waarin de wensen of eisen van de stakeholder direct de aandacht vragen van de organisatie op basis van de kenmerken tijdgevoeligheid en/of belangrijkheid.

Wanneer bij iedere stakeholder wordt bepaald welke van de attributen van toepassing zijn, kan er een typering aan de stakeholder worden toegekend. Deze stakeholdertyperingen kunnen worden onderverdeeld in drie categorieën, namelijk *latente*, *potentiële* en *gevestigde* stakeholders. Latente stakeholders beschikken over één van de hierboven genoemde

attributen, potentiële stakeholders beschikken over twee attributen en gevestigde stakeholders over alle drie attributen. Groepen of individuen waar geen van de attributen aan kunnen worden toegekend zijn geen stakeholders. De drie bovengenoemde categorieën kunnen verder worden onderverdeeld in subcategorieën zoals zichtbaar in figuur 1 en tabel 3. Deze subcategorieën worden na tabel 3 verder omschreven.



FIGUUR 1 STAKEHOLDERTYPERINGEN (MITCHELL, ET AL., 1997)

TABEL 3 STAKEHOLDERTYPERINGEN (MITCHELL, AGLE, & WOOD, 1997)

Typering	Latent			Potentieel			Definitief
	Slapend	Discreet	Eisend	Dominant	Afhankelijk	Gevaarlijk	Definitief
Attributen							
Macht	+			+		+	+
Legitimiteit		+		+	+		+
Urgentie			+		+	+	+

SLAPENDE STAKEHOLDERS

Slapende stakeholders beschikken alleen over het attribuut *macht*. Deze stakeholders beschikken over de macht om hun wil aan de organisatie op te leggen maar doordat de legitimiteit en de urgentie niet aanwezig zijn blijft de macht van de stakeholder ongebruikt. Echter, vanwege het potentieel dat deze stakeholders een tweede dimensie verwerven, dienen deze stakeholders niet vergeten te worden (Mitchell, et al., 1997). Het ministerie van VWS is een voorbeeld van een slapende stakeholder.

DISCRETE STAKEHOLDERS

Discrete stakeholders beschikken alleen over het attribuut *legitimiteit*. Aangezien deze stakeholders zowel geen macht als urgentie hebben bestaat er de neiging om geen rekening met deze stakeholders te houden. Stakeholders die bijvoorbeeld het maatschappelijk

verantwoord ondernemen bevorderen kunnen tot discrete stakeholders gerekend worden. Het initiatief om iets te doen met de wensen van de stakeholder dient vanuit de organisatie te komen (Mitchell, et al., 1997).

EISENDE STAKEHOLDERS

Eisende stakeholders beschikken over het attribuut *urgentie*. Doordat ze geen legitimiteit of macht hebben zal de organisatie echter niet de noodzaak voelen om rekening met deze stakeholders te houden. Wel kunnen ze als hinderlijk worden ervaren, Mitchell noemt als voorbeeld een demonstrant die helemaal alleen een boodschap naar de organisatie probeert over te brengen (Mitchell, et al., 1997).

DOMINANTE STAKEHOLDERS

Dominante stakeholders beschikken zowel over de attributen *macht* en *legitimiteit*, hierdoor is hun invloed gegarandeerd. De stakeholders bevinden zich in de positie dat ze hun eigen legitieme wensen kunnen opdringen aan de organisatie omdat ze hier de macht voor hebben (Mitchell, et al., 1997).

AFHANKELIJKE STAKEHOLDERS

De wensen van de afhankelijke stakeholders zijn zowel *legitiem* als *urgent*, ze missen echter de macht om invloed uit te oefenen. Deze stakeholders zijn dan ook afhankelijk van andere stakeholders van de organisatie of van de advocatuur om de macht te verkrijgen (Mitchell, et al., 1997).

GEVAARLIJKE STAKEHOLDERS

Gevaarlijke stakeholders beschikken over de attributen *macht* en *urgentie*, deze stakeholders kunnen een dwingende houding tegenover de organisatie aannemen. Voorbeelden van mogelijke acties van gevaarlijke stakeholders zijn wilde stakingen en sabotage door werknemers (Mitchell, et al., 1997).

DEFINITIEVE STAKEHOLDERS

Definitieve stakeholders beschikken over alle attributen, de invloed binnen de organisatie is dan ook groot. Wanneer een stakeholder een legitieme eis stelt aan de organisatie en deze stakeholder ook over macht beschikt dan zal de organisatie al goed naar de eis van de stakeholder kijken. Wanneer de eis ook urgent is, zal het management zeer waarschijnlijk prioriteit geven aan de gestelde eis van de stakeholder (Mitchell, et al., 1997).

3. METHODEN

In dit hoofdstuk worden de bij dit onderzoek gebruikte onderzoeksmethoden omschreven. Hierbij zal in paragraaf 3.1 worden ingegaan op methoden die zijn gebruikt voor de dataverzameling. Verder worden in paragraaf 3.2 de bij de analyse gebruikte methoden omschreven.

3.1 METHODE VAN DATAVERZAMELING

In het onderzoek is gebruik gemaakt van een online enquête als methode voor het rangschikken van relevante prestatie-indicatoren voor de stakeholders die werkzaam zijn bij de CHPA of SEH. Deze enquête, die voor de mogelijke respondenten beschikbaar was van 23 februari 2012 tot 21 maart 2012, is opgenomen in bijlage 1. In deze enquête worden de beoogde respondenten, zie paragraaf 4.2, zowel in een open als in een gesloten vraag verzocht om aan te geven welke prestatie-indicatoren voor hen het meest van belang zijn. In eerste instantie wordt dit gedaan in een open vraag, om inzicht te krijgen in de mening van de respondenten zonder dat ze al in een richting zijn gestuurd door de gesloten vraag.

In het tweede deel van de enquête wordt een lijst met prestatie-indicatoren weergegeven. Bij het samenstellen van de lijst met indicatoren is gebruik gemaakt van een al bestaande lijst met indicatoren voor de HAP en SEH (Markhorst, Calsbeek, & Braspenning, 2009). Naar aanleiding van verschillende gesprekken met betrokkenen bij zowel ZGT, CHPA als Universiteit Twente is besloten dat verschillende indicatoren die zijn genoemd in de lijst van Markhorst, Calsbeek en Braspenning niet in de enquête worden opgenomen. Als voorbeeld kan hierbij de indicator worden genoemd waarbij wordt gevraagd welk percentage van de inwoners per regio per auto de dichtstbijzijnde spoedeisende hulpafdeling van een ziekenhuis en huisartsenpost binnen 30 minuten kan bereiken. Deze factor is echter niet door een interventie beïnvloedbaar, om deze reden is de factor niet opgenomen in de opgestelde lijst met indicatoren. Enkele andere factoren zijn in een aangepaste vorm in de enquête opgenomen. Deze keuzes zijn gemaakt op basis van relevantie voor dit onderzoek en de implementeerbaarheid van mogelijke interventies naar aanleiding van de indicatoren. De bij de enquête gebruikte lijst van 14 prestatie-indicatoren is opgenomen in bijlage 1.

Voor de beantwoording van de gesloten vraag dienen de respondenten uit een gegeven lijst van prestatie-indicatoren door middel van ranking een top vijf van indicatoren samen te stellen. Hiervoor is gekozen omdat bij deze ranking-methode een grotere spreiding in de beantwoording worden verwacht dan bij andere mogelijke methoden zoals een beoordeling op een vijfpuntsschaal (Lieferink, 2011).

De respondenten van de enquête zijn op verschillende plekken binnen de speedpost werkzaam. Hierdoor kan worden aangenomen dat het samenstellen van een ranking voor bepaalde respondenten ingewikkelder is dan voor anderen. Uit onderzoek is gebleken dat een individu gemiddeld 5 tot 9 objecten kan onthouden en onderscheiden wanneer hij of zij een lijst met objecten voor zich krijgt, de lengte van de lijst speelt hierbij geen rol (Miller, 1956). Rekening houdend met het bovengenoemde is er gekozen om de respondenten een top 5 te laten samenstellen zodat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat men de beantwoording te lastig vindt.

Tot slot kunnen de respondenten in een open vraag ideeën voor mogelijke interventies aandragen. De enquête bevat door deze verschillende soorten vragen zowel kwantitatieve als kwalitatieve elementen waardoor een zo volledig mogelijk beeld ontstaat van de opvattingen van de respondenten.

3.2 DATA-ANALYSE

In de enquête, zoals deze is omschreven in paragraaf 3.1, worden de respondenten gevraagd in een open vraag om aan te geven welke prestatie-indicatoren zij het meest van belang vinden. Om uitspraken te kunnen doen over de gegeven antwoorden, zijn alle antwoorden gecodeerd in verschillende, door de auteur opgestelde, categorieën. De auteur is tevens de eerste codeur. Om de betrouwbaarheid van de codes te beoordelen is gebruik gemaakt van Cohen's kappa methode (Cohen, 1960). Cohen's kappa geeft een beeld van de mate van overeenstemming tussen twee personen die een kwalitatief oordeel geven over hetzelfde object. De tweede codeur, een PhD-student bij de vakgroep Developmental BioEngineering aan de faculteit Technische Natuurwetenschappen aan de Universiteit Twente, is niet eerder bij een onderdeel van het ZonMW-onderzoeksproject of de speedpost in aanraking geweest. Wel is de tweede codeur op de hoogte van de betekenis van vaktermen die door de respondenten kunnen worden gebruikt.

Aan de hand van de verdeling die is gegeven door Landis en Koch zal de uitkomst van de berekening van Cohen's kappa worden beoordeeld (Landis & Koch, 1977). Een kappa van kleiner dan 0 wordt de overeenkomst als 'poor' beoordeeld; bij 0-0.20 'slight'; bij 0.20-0.40 'fair'; bij 0.40-0.60 'moderate'; bij 0.60-0.80 'substantial' en tot slot bij een uitkomst van 0.80-1.00 is de beoordeling 'almost perfect'.

In de gesloten vraag worden de respondenten gevraagd door middel van ranking een top 5 van prestatie-indicatoren samen te stellen uit een gegeven lijst van indicatoren. De algemene top 5 wordt bepaald door punten toe te kennen aan de indeling zoals iedere respondent deze heeft gemaakt. Wanneer een respondent een factor niet in de eigen top 5 heeft opgenomen krijgt deze factor 0 punten. Wanneer een factor op de vijfde plek is gezet krijgt deze 1 punt. Iedere

plek hoger in top 5 levert een extra punt op, de nummer 1 krijgt hierdoor 5 punten. Het maximaal aantal punten dat een factor kan halen is vijf maal het aantal respondenten in de te onderzoeken groep ($5 \cdot n$). Naast een algemene top 5 kan er ook een uitsplitsing worden gemaakt tussen de SEH en CHPA of zelfs per stakeholder. De methode van de berekening verandert hierbij niet.

Voor de analyse van de resultaten van de gesloten vraag in de enquête is gebruik gemaakt van SPSS 16.0 en Microsoft Excel 2007. Om te bepalen of er sprake is van significante verschillen tussen de resultaten van twee groepen, bijvoorbeeld tussen de SEH en CHPA is een t-toets toegepast. Ook voor de bepaling van Cohen's kappa is gebruikt gemaakt van SPSS 16.0.

4. ANALYSE

In hoofdstuk 4 zullen in paragraaf 4.1 de mogelijke stakeholders worden beschreven en ingedeeld. Verder worden de resultaten van de enquête weergegeven in paragraaf 4.2.

4.1 IDENTIFICATIE EN INDELING VAN STAKEHOLDERS

Zoals in hoofdstuk 2.3 staat omschreven is de spoedpost een samenwerkingsverband tussen de SEH van ZGT Almelo en de CHPA. In tabel 4 zijn een aantal mogelijke stakeholders opgenomen (Bex, Van den Hurk, & Sterrenburg, 2008). Na de toekenning van de attributen macht, legitimiteit en urgentie zal blijken welke van de genoemde mogelijke stakeholders ook daadwerkelijk een voor dit onderzoek relevante stakeholder van de spoedpost blijken te zijn. Deze toekenning van attributen heeft plaatsgevonden door middel van een overleg tussen de auteur van dit rapport, de directeur van de CHPA, en de zorgmanager van de SEH. In tabel 4 is hiervan het resultaat zichtbaar.

TABEL 4 LIJST MET MOGELIJKE STAKEHOLDERS MET DE TOEKENNING VAN ATTRIBUTEN

<i>Mogelijke stakeholders</i>	<i>Macht</i>	<i>Legitimiteit</i>	<i>Urgentie</i>	<i>Stakeholdertypering</i>
Patiënt met acute zorgvraag		+	+	Afhankelijk
Huisarts	+	+	+	Definitief
Doktersassistent		+		Discreet
SEH verpleegkundige		+		Discreet
Physician Assistent HAP/SEH		+		Discreet
Arts-assistent		+		Discreet
Medisch specialist	+	+	+	Definitief
Manager HAP	+	+	+	Definitief
Manager SEH	+	+	+	Definitief
Ambulancepersoneel				
Receptionist		+		Discreet
Apotheek				
Diagnostische afdelingen		+		Discreet
Raad van Bestuur	+	+	+	Definitief
Naburige ziekenhuizen		+		Discreet
Zorgverzekeraar	+	+	+	Definitief
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	+	+	+	Definitief
Landelijke huisartsenvereniging (LHV)				
Gemeente		+		Discreet
Ministerie van VWS	+			Slapend

Na de toekenning van de attributen blijkt dat zeven stakeholders als definitieve stakeholders worden geclassificeerd, deze hebben zowel de attributen macht en legitimiteit als het attribuut urgentie toegekend gekregen. Dit betreft de volgende stakeholders: huisarts, medisch

specialist, manager HAP, manager SEH, Raad van Bestuur, zorgverzekeraar en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In deze groep kan het onderscheid gemaakt worden tussen stakeholders die werkzaam zijn bij de CHPA of SEH en stakeholders die op een andere wijze betrokken zijn. Wanneer deze stakeholders bepaalde wensen of eisen hebben ligt het voor de hand om hier prioriteit aan te geven boven de wensen of eisen van andere stakeholders.

Na de toekenning van de attributen wordt verder duidelijk dat het ambulancepersoneel, de apotheek en de landelijke huisartsenvereniging niet als stakeholders worden gezien.

Behalve de patiënt en het ministerie van VWS zijn de overige stakeholders discreet. Het initiatief om iets te doen met de wensen van deze stakeholders dient vanuit de organisatie te komen.

4.2 ENQUÊTE

De enquête zoals besproken in hoofdstuk 3.1 en zoals weergegeven in bijlage 1 is verzonden op 23 februari 2012 en is gesloten op 21 maart 2012. In tabel 5 staan de stakeholders genoemd waaraan de enquête is verzonden met daarbij de respons per groep. Hierbij zijn alleen de volledig ingevulde enquêtes meegenomen. Ook bij de verdere analyse zijn de onafgeronde enquêtes niet meegenomen. Van de gestarte enquêtes is 63% afgerond, hieruit kan echter niet worden geconcludeerd dat de overige 37% de enquête niet heeft ingevuld. Uit de data komt naar voren dat verschillende respondenten de enquête hebben geopend om deze enkele momenten later te sluiten en op een later moment de enquête opnieuw hebben geopend om deze volledig in te vullen.

TABEL 5 RESPONS OP ENQUÊTE PER STAKEHOLDER

<i>stakeholders</i>	<i>n</i>	<i>respons n (%)</i>	
Huisarts	100	35	(35%)
Doktersassistent	33	13	(39%)
Leiding CHPA	7	1	(14%)
Leiding SEH	3	2	(67%)
Specialist	14	3	(21%)
Verpleegkundige (SEH)	23	7	(30%)
Arts-assistent (SEH)	20	8	(40%)
Receptionist	17	3	(18%)
<i>Totaal</i>	<i>217</i>	<i>72</i>	<i>(33%)</i>

4.2.1 OPEN VRAGEN

Bij vraag 2 van de enquête, zie bijlage 1, is de respondenten in een open vraag gevraagd om een top 5 van prestatie-indicatoren samen te stellen. Alle respondenten hebben ten minste 2 indicatoren genoemd, van alle respondenten hebben er 27 (38%) een volledige top 5 samengesteld. Door deze verschillen is het niet mogelijk om de antwoorden van de verschillende stakeholders met elkaar te vergelijken. Wel kan er een beeld worden gegeven van de indicatoren die het vaakst werden genoemd. Hiervoor zijn alle antwoorden gecodeerd naar 8 categorieën, zie tabel 6.

TABEL 6 CATEGORIEËN

Categorieën	
1	Kwaliteit van zorg
2	Kwaliteit van triage
3	Kwaliteit van het personeel
4	Wacht- en doorstroomtijden
5	Bereikbaarheid en toegankelijkheid
6	Samenwerking
7	Tevredenheid bij patiënt en personeel
8	Overig

De codering is onafhankelijk van elkaar uitgevoerd door de auteur (A) en een tweede externe codeur (B). In tabel 7 zijn de resultaten van dit proces opgenomen. In de licht gearceerde gebieden staan de aantallen reacties waarbij de beide codeurs in overstemming zijn over de toewijzing aan de betreffende categorie.

TABEL 7 MATE VAN OVERSTEMMING TUSSEN CODEURS BIJ CODERING VAN RESPONS ENQUÊTE

		Codeur B								Totaal
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Codeur A	1	22		3	1				1	27
	2	1	17					1		19
	3			17				1	3	21
	4		3		41				2	46
	5					22			3	25
	6	1	1		1		37	1		41
	7							38	4	42
	8	6	5	5	2	2	5	6	30	61
Totaal		30	26	25	45	24	42	47	43	282

Aan de hand van de gegevens uit tabel 7 is vervolgens Cohen's kappa bepaald, zie tabel 8.

TABEL 8 COHEN'S KAPPA

	Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Kappa	0.762	0.028	32.694	.000
N of Valid Cases	282			

Zoals zichtbaar in tabel 8 volgt uit de mate van overeenstemming tussen de beide codeurs een kappa van 0.762. Deze waarde geeft aan dat de mate van overeenstemming als 'substantial' oftewel als aanzienlijk kan worden beschouwd (Landis & Koch, 1977).

De categoriën 'wacht- en doorstroomtijden', 'tevredenheid bij patiënt en personeel' en 'samenwerking' worden door de respondenten veel genoemd. Verder kan worden geconcludeerd dat er een grote verscheidenheid is tussen de gegeven antwoorden, gezien het open karakter van de vraag lag dit echter ook de lijn der verwachtingen.

4.2.2 GESLOTEN VRAGEN

Bij vraag 4 van de enquête, zie bijlage 1, is de respondenten, zie tabel 5, in een gesloten vraag gevraagd om een top 5 van prestatie-indicatoren samen te stellen. Iedere respondent heeft bij de beantwoording van de vraag de genoemde methode van ranking correct toegepast, iedere top 5 is compleet. Hierdoor is het mogelijk om te bepalen wat de top 5 van prestatie-indicatoren is. Het resultaat is zichtbaar in tabel 9, hierin staat het totaalresultaat en een uitsplitsing van de resultaten naar de CHPA en de SEH. Een verdere uitsplitsing van de resultaten is niet uitgevoerd vanwege het kleine aantal respondenten waaruit de groepen bestaan. De tabel waarbij van alle factoren de percentages worden genoemd is opgenomen in bijlage 3.

Zoals in paragraaf 3.2 staat omschreven kan iedere factor maximaal $5 \cdot n$ aan punten krijgen bij de beoordeling. De gemiddelde score per indicator zoals weergegeven in tabel 9 is berekend door het aantal behaalde punten te delen door de groepsgrootte.

TABEL 9 HOOGST BEOORDEELDE INDICATOREN BIJ SEH EN CHPA

<i>Groep</i>	<i>Top 5</i>	<i>Gemiddelde score</i>
CHPA + SEH n = 69	1. Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	3.01
	2. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	2.09
	3. Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	1.74
	4. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.36
	5. De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	1.10
CHPA n = 49	1. Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	3.76
	2. Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	2.20
	3. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	2.16
	4. Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	1.45
	5. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.14
SEH n = 20	1. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.90
	1. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	1.90
	3. De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	1.85
	4. De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose.	1.60
	5. De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de spoedpost (totale doorlooptijd).	1.55

In tabel 9 is zichtbaar dat er een aanzienlijk verschil is tussen het aantal respondenten bij de SEH en CHPA. Hierdoor heeft de CHPA ook een grotere invloed op de algemene top 5. Aangezien er bij de SEH minder respondenten zijn, 49 bij de CHPA tegen 20 bij de SEH, is dit een te verwachten resultaat. Er kan verder geconcludeerd worden dat de stakeholders binnen de CHPA eensgezinder zijn over de prioriteit van de verschillende indicatoren in vergelijking met de stakeholders binnen de SEH. De scores bij de CHPA liggen immers verder uiteen.

Met de gegevens die uit de enquête zijn verkregen kan ook worden bepaald in hoeverre de resultaten tussen de SEH en CHPA daadwerkelijk van elkaar verschillen. Door middel van een t-

toets met een significantieniveau van 0.05 is bepaald of er een significante afwijking bestaat tussen de scores die de factoren hebben gehaald. In tabel 10a zijn de factoren zichtbaar waarbij door middel van de t-toets een significant verschil tussen de gemiddelden is waargenomen. De betreffende waarden voor de significantie zijn in de tabel gearceerd. In tabel 10b zijn de niet-significantie resultaten opgenomen.

TABEL 10A STATISTISCHE VERGELIJKING TUSSEN DE RESULTATEN BIJ SEH EN CHPA

	Equal variances assumed?	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	Yes	121.730	.000	3.723	67	.00	1.44898	.38917
	No			5.853	48.000	.00	1.44898	.24754
Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	Yes	.103	.749	5.240	67	.00	2.55510	.48762
	No			5.264	35.687	.00	2.55510	.48543
Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	Yes	11.997	.001	3.425	67	.00	1.60408	.46838
	No			4.052	52.813	.00	1.60408	.39587
Percentage telefonische adviezen op de CHPA waarbij de fiatting (goedkeuring van het advies) binnen 1 uur plaatsvindt door de (regie)arts.	Yes	9.514	.003	1.498	67	.14	.32857	.21938
	No			2.146	64.877	.04	.32857	.15312
De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	Yes	3.498	.066	-2.520	67	.01	-1.05408	.41831
	No			-2.237	28.191	.03	-1.05408	.47122
De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose.	Yes	30.728	.000	-4.091	67	.00	-1.29388	.31631
	No			-3.178	23.268	.00	-1.29388	.40719
De wachttijd die voor patiënten ontstaat tijdens de doorstroming vanuit de SEH naar andere afdelingen van het ziekenhuis.	Yes	27.110	.000	-3.175	67	.00	-.89592	.28216
	No			-2.341	21.897	.03	-.89592	.38276
De aanwezigheid en beschikbaarheid van apparatuur zoals de CT.	Yes	28.972	.000	-3.250	67	.00	-1.12347	.34570
	No			-2.430	22.247	.02	-1.12347	.46230

TABLE 10B STATISTISCHE VERGELIJKING TUSSEN DE RESULTATEN BIJ SEH EN CHPA

	Equal variances assumed?	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	Yes	4.998	.029	-1.686	67	.10	-.75714	.44895
	No			-1.518	28.859	.14	-.75714	.49879
Percentage patiënten op de SEH waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	Yes	3.288	.074	-.836	67	.41	-.27143	.32449
	No			-.703	25.889	.49	-.27143	.38594
Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachtijd door een arts is gezien.	Yes	2.170	.145	.501	67	.62	.26327	.52521
	No			.476	31.875	.64	.26327	.55256
Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een specialisme bij de SEH de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was.	Yes	1.609	.209	.449	67	.66	.14184	.31561
	No			.524	50.924	.60	.14184	.27071
De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de spoedpost (totale doorlooptijd).	Yes	11.301	.001	-2.236	67	0.03	-.83571	.37378
	No			-1.894	25.280	0.08	-.83571	.45194
De aanwezigheid en beschikbaarheid van extra diensten zoals de apotheek.	Yes	1.006	.319	-.435	67	.67	-.11020	.25328
	No			-.399	29.827	.69	-.11020	.27615

Een aantal van de factoren die aan de respondenten zijn voorgelegd hebben voornamelijk betrekking op de CHPA terwijl anderen juist vooral betrekking hebben op de SEH. Uit tabel 10a en 10b blijkt dat er vooral bij deze factoren significante verschillen zijn. Hieruit valt te concluderen dat de stakeholders vooral naar de eigen werkzaamheden kijken en niet zozeer naar de gehele spoedpost.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Dit verslag is het resultaat van een stakeholderanalyse bij de spoedpost van ZGT Almelo en een inventarisatie van de prestatie-indicatoren die deze stakeholders van belang achten. In dit hoofdstuk zal een conclusie worden geformuleerd aan de hand van de antwoorden op de deelvragen die in paragraaf 1.4 staan weergegeven. Daarnaast zullen er aanbevelingen aan deze conclusie worden gekoppeld die betrekking hebben op het ZonMw project waar dit onderzoek deel van uitmaakt.

In paragraaf 1.4 staan de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Welke stakeholders van de spoedpost Almelo kunnen er worden geïdentificeerd en hoe kunnen deze stakeholders worden getypeerd?*
- 2. Welke prestatie-indicatoren zijn voor de stakeholders het meest van belang bij het beoordelen van de processen in de spoedpost?*

Uit de stakeholderanalyse blijkt dat de spoedpost 17 stakeholders heeft, hiervan zijn er 7 als definitieve stakeholder getypeerd. Dit zijn de huisarts, medisch specialist, manager HAP, manager SEH, Raad van bestuur, zorgverzekeraar en de IGZ.

Uit de enquête, met een respons van 33%, blijkt dat de respondenten zowel bij een open als bij een gesloten vraagstelling aangeven wachttijden een belangrijke indicator te vinden. Hoewel dit bij de gesloten geen verrassing is kijkend naar de keuzemogelijkheden, hebben de respondenten ook zelf in de open vraag duidelijk aangegeven dit een belangrijk aspect te vinden. Ondanks dat er tussen de SEH en CHPA verschillen zijn bij de prioritering van de verschillende factoren die betrekking hebben op wachttijden, kan geconcludeerd worden dat dit onderwerp zeer geschikt is voor het creëren van interventies die breed gedragen zullen worden.

Verder wordt er vooral bij de CHPA veel waarde gehecht aan het percentage patiënten waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode is toegekend. Vanwege de positie die de huisartsen volgens de stakeholdertypering binnen de organisatie bekleden en het feit dat deze groep wat betreft het aantal personen de grootste stakeholder is, wordt aanbevolen aandacht te schenken aan dit onderwerp. Medewerking aan mogelijke andere interventies zou schade op kunnen lopen als een mogelijk probleem met de toekenning van urgentiecodes zou worden genegeerd.

Verder kan uit de prioritering van de prestatie-indicatoren geconcludeerd worden dat de stakeholders voornamelijk kijken naar de eigen werkzaamheden. Dit kan mogelijk negatieve gevolgen hebben bij de implementatie van interventies. Wanneer een interventie de medewerking van zowel CHPA als SEH vereist maar bijvoorbeeld slechts alleen de CHPA ten goede komt, dan kan het lastig zijn om bijvoorbeeld de specialisten op de SEH bij het proces te

betrokken te houden. Omgekeerd geldt uiteraard hetzelfde. Wanneer er een interventie wordt ontworpen die invloed heeft op prestatie-indicatoren die volgens dit onderzoek door geen van de stakeholders als belangrijk worden gezien, wordt geadviseerd om duidelijke voorlichting te geven aan de stakeholders over het belang van de interventie.

Er wordt geadviseerd om toekomstige interventies in eerste instantie te richten op indicatoren die tijdens de enquête als meest belangrijk naar voren zijn gekomen. Het gaat hierbij voornamelijk om percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord, het toekennen van de juiste urgentiecodes, het snel starten van de fysieke triage bij binnenkomst en de lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien. De resultaten van de enquête bij de SEH liggen veel dichterbij elkaar dan bij de CHPA, hierdoor kunnen aanbevelingen niet scherp worden geformuleerd. Er wordt geadviseerd om door middel van bijvoorbeeld een inspraakmoment de wensen en meningen van de medewerkers van de SEH duidelijk te krijgen.

6. DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat er verschillen bestaan bij de prioritering van prestatie-indicatoren tussen de betrokkenen van de SEH en de betrokkenen van de CHPA. Hoewel de totale respons op de enquête (33%) niet tegenvallend is kan wel de vraag worden opgeworpen of de resultaten te generaliseren zijn. Enkele stakeholders bestaan uit slechts enkele personen, wanneer daarvan minder dan de helft de enquête invult kunnen er moeilijk duidelijke conclusies worden getrokken. Om deze reden is de prioritering ook niet verder uitgesplitst dan de huidige uitsplitsing naar SEH en CHPA. Hierdoor is een koppeling tussen de stakeholdertyperingen en prioritering lastig.

Desondanks zijn de resultaten wel degelijk relevant. Uit de stakeholderanalyse is gebleken dat er zowel interne als externe stakeholders zijn die de attributen macht, legitimiteit en urgentie bevatten. Daarnaast is gebleken dat er bij 8 factoren significante verschillen tussen de SEH en de CHPA bestaan bij de prioritering. Deze verschillen zijn dermate duidelijk dat mag worden verwacht dat deze verschillen ook bij een hogere respons blijven bestaan.

Uit de open vraag naar prestatie-indicatoren werd de factor samenwerking vaak genoemd. Het is hierbij niet duidelijk of hier door iedereen hetzelfde onder wordt verstaan. Door een enkele respondent werd in de toelichting gezegd dat hierbij gedacht zou moeten worden aan een gemeenschappelijke koffiekamer terwijl in een andere toelichting een huisarts spreekt over de wens van een intensievere samenwerking met de specialist. Door het gebrek aan achtergrondinformatie kan niet worden geconcludeerd hoe er over en weer over de huidige samenwerking wordt gedacht. Mogelijk zou dit door middel van gezamenlijke inspraakmomenten of een multidisciplinair duidelijk kunnen worden.

BIBLIOGRAFIE

- Bex, P. M. H. H., Van den Hurk, J. J. F. M., & Sterrenburg, J. P. (2008). Meting lasten huisartsen, onderzoek naar de lasten door administratieve handelingen en inhoudelijke verplichtingen voor huisartsen.
- Bruens, M. A. (2012) Informatie verkregen tijdens een gesprek.
CHPA. (z.d.). Informatie Retrieved 15 december, 2011, from <http://www.chpa.nl/pages/default.asp?articleid=147010>
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37-46. doi: 10.1177/001316446002000104
- Doggen, C. J. M., Hans, E. W., Snel, J. E., Van de Velde, D., Verheij, H. J. W., & Vliegen, I. M. H. (2010). Optimale logistiek en patiënten voorkeuren in de acute zorgketen; de huisartsenpost en spoedeisende hulp in één geïntegreerde spoedpost. Enschede: Universiteit Twente.
- Fransman, C. T. M. (2011). *Patient and community preferences for out-of-hours emergency care using best-worst scaling*. Universiteit Twente, Enschede.
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic management : A stakeholder approach*. Boston, Mass.: Pitman.
geciteerd uit Freeman, R. E., & Reed, D. L. (1983). Stockholders and Stakeholders - a New Perspective on Corporate Governance. *California Management Review*, 25(3), 88-106.
- Kool, R. B., Homberg, D. J., & Kamphuis, H. C. (2008). Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Health Services Research*, 8, 225. doi: 10.1186/1472-6963-8-225
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Lieferink, M. A. (2011). *Validating a Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) framework for health care decision making*. Universiteit Twente, Enschede.
- Markhorst, J., Calsbeek, H., & Braspenning, J. (2009). Publieke indicatoren acute zorg door huisartsenposten en spoedeisende hulpafdelingen. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), UMC St Radboud.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological review*, 63(2), 81-97.
- Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Van Hoorn, A., Van Houdenhoven, M., Wullink, G., Hans, E., & Kazemier, G. (2006). Een nieuw stappenplan voor benchmarking. *Management executive*, 48-51.
- ZGT. (2011). ZGT in beeld '10|'11 Retrieved 15 december, 2011, from <http://zgt.nl/Site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=cc3dad9-b1d3-40d3-878f-4db1859c92e3>
- ZGT. (2012). ZGT in beeld 11|12 Retrieved 14 augustus, 2012, from <http://zgt.nl/Site/loader/loader.aspx?DOCUMENTID=fe3d9b55-8d11-4bc9-bf6e-24d21b30a280>
- ZGT. (z.d.). Organisatie Retrieved 15 december, 2011, from <http://zgt.nl/default.aspx?DocumentID=9fe64afd-b2f1-48c3-a99e-c8b20cb48f41>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. AFGENOMEN ENQUÊTE

Prestatie-indicatoren spoedpost

In deze korte vragenlijst, die ongeveer 10 minuten van uw tijd kost, kunt u aangeven welke factoren u het meest van belang vindt bij het meten van de kwaliteit van de spoedpost. Het gaat hier niet om de medische kwaliteit maar om de organisatorische inrichting van de spoedpost. Mede aan de hand van uw reactie kunnen in de toekomst gerichte voorstellen worden gedaan om de kwaliteit en het functioneren van de spoedpost verder te verbeteren.

* 1. Wat is uw functie?

- ☐ Huisarts
☐ Doktersassistent
☐ Leiding CHPA
☐ Leiding SEH
☐ Specialist
☐ Verpleegkundige (SEH)
☐ Arts-assistent (SEH)
☐ Receptionist
☐ Anders (geef nadere toelichting)

* 2. Om de kwaliteit van zorg en het functioneren van de spoedpost te meten, zijn allerlei factoren van belang. Deze factoren worden ook wel prestatie-indicatoren genoemd.

U kunt in onderstaande velden aangeven wat u het meest belangrijk vindt bij het bepalen van de kwaliteit van de spoedpost. Hierbij geldt dat de eerst genoemde factor het meest belangrijk voor u is, en de laatste het minst belangrijk.

We willen u vragen ten minste twee factoren te noemen, het invullen van meer factoren wordt gewaardeerd.

Het meest belangrijk:

2:

3:

4:

Het minst belangrijk:

3. Hier heeft u de ruimte om een toelichting te geven op uw keuze:

Prestatie-indicatoren speedpost

***4. Hieronder vindt u een lijst met factoren waarmee kwaliteit gemeten zou kunnen worden. Enkele factoren kunnen overeen komen met hetgeen u op de vorige pagina heeft genoemd.**

Welke vijf factoren vindt u het meest belangrijk? U kunt dit aangeven door bij deze top vijf van factoren een cijfer, van 1 tot en met 5, toe te kennen.

De factor die u cijfer 1 geeft is hierbij het meest belangrijk. Aan de factoren buiten de top5 hoeft u geen cijfer toe te kennen, deze vakjes kunt u leeg laten.

- | | |
|---|----------------------|
| - Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord. | <input type="text"/> |
| - Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord. | <input type="text"/> |
| - Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend. | <input type="text"/> |
| - Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de speedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers). | <input type="text"/> |
| - Percentage patiënten op de SEH waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend. | <input type="text"/> |
| - Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien. | <input type="text"/> |
| - Percentage telefonische adviezen op de CHPA waarbij de flatterring (goedkeuring van het advies) binnen 1 uur plaatsvindt door de (regie)arts. | <input type="text"/> |
| - Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een specialisme bij de SEH de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was. | <input type="text"/> |
| - De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien. | <input type="text"/> |
| - De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose. | <input type="text"/> |
| - De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de speedpost (totale doorlooptijd). | <input type="text"/> |
| - De wachttijd die voor patiënten ontstaat tijdens de doorstroming vanuit de SEH naar andere afdelingen van het ziekenhuis. | <input type="text"/> |
| - De aanwezigheid en beschikbaarheid van apparatuur zoals de CT. | <input type="text"/> |
| - De aanwezigheid en beschikbaarheid van extra diensten zoals de apotheek. | <input type="text"/> |

5. Hier kunt u aangeven hoe u terugkijkt op de door u zelf genoemde factoren, in relatie met de lijst van factoren zoals die op de vorige pagina werd gegeven. Daarnaast kunt u ook andere opmerkingen plaatsen.

6. Hier kunt u ideeën aandragen die volgens u de organisatie van de speedpost zullen verbeteren.

7. Als u de resultaten van deze enquête wilt ontvangen kunt u uw e-mailadres invoeren.

BIJLAGE 2. UITNODIGING VOOR ENQUÊTE

Geachte heer/mevrouw,

Sinds april 2010 vormt de CHPA samen met de SEH van ZGT Almelo, de spoedpost. Momenteel wordt er in samenwerking met de Universiteit Twente een onderzoek uitgevoerd om te komen tot de optimale inrichting van de spoedpost.

Om de prestaties van de spoedpost goed te kunnen meten is het wenselijk om iedereen binnen de organisatie hierbij te betrekken. In deze korte vragenlijst, die ongeveer 10 minuten van uw tijd kost, kunt u aangeven welke factoren u het meest van belang vindt bij het meten van de kwaliteit van de spoedpost. Het gaat hier niet om de medische kwaliteit maar om de organisatorische inrichting van de spoedpost. Mede aan de hand van uw reactie kunnen in de toekomst gerichte voorstellen worden gedaan om de kwaliteit en het functioneren van de spoedpost verder te verbeteren.

Deze online vragenlijst bestaat uit vijf pagina's met in totaal zeven vragen. Op de eerste pagina kunt u uw functie invoeren, dit is van belang voor de analyse van de resultaten. Op de tweede en derde pagina wordt u gevraagd naar de factoren die voor u het meest van belang zijn. Op de vierde pagina is er de mogelijkheid om verdere informatie over uw keuzes te geven of andere opmerkingen te plaatsen. Tot slot heeft u de mogelijkheid om zelf ideeën aan te dragen die volgens u de organisatie van de spoedpost zal verbeteren. De enquête is volledig anoniem.

Wanneer u de resultaten van de enquête wenst te ontvangen, kunt u dit op de laatste pagina van de enquête aangeven, hiervoor dient u dan wel uw e-mailadres in te voeren.

Bij vragen kunt u altijd contact opnemen.

Wij willen u alvast bedanken voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Link naar enquête: <http://www.surveymonkey.com/s/PY5KSQL>

Met vriendelijke groet,

Gert Reinders en Manon Bruens

Gert Reinders

e: g.h.reinders@student.utwente.nl

Manon Bruens

e: m.bruens@zgt.nl

BIJLAGE 3. VOLLEDIGE RANKING VAN PRESTATIE-INDICATOREN

<i>Groep</i>	<i>Top 5</i>	<i>Score</i>
CHPA + SEH n = 69	1. Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	3.01
	2. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	2.09
	3. Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	1.74
	4. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.36
	5. De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	1.10
	6. Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	1.03
	7. De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de spoedpost (totale doorlooptijd).	0.96
	8. De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose.	0.68
	9. De aanwezigheid en beschikbaarheid van apparatuur zoals de CT.	0.65
	10. Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een specialisme bij de SEH de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was.	0.55
	11. De aanwezigheid en beschikbaarheid van extra diensten zoals de apotheek.	0.52
	12. Percentage patiënten op de SEH waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	0.51
	13. De wachttijd die voor patiënten ontstaat tijdens de doorstroming vanuit de SEH naar andere afdelingen van het ziekenhuis.	0.46
	14. Percentage telefonische adviezen op de CHPA waarbij de fiattering (goedkeuring van het advies) binnen 1 uur plaatsvindt door de (regie)arts.	0.33
CHPA n = 49	1. Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	3.76
	2. Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	2.20
	3. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	2.16
	4. Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	1.45
	5. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.14
	6. De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	0.80

SEH n = 20	7. De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de spoedpost (totale doorlooptijd).	0.71
	8. Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een specialisme bij de SEH de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was.	0.59
	9. De aanwezigheid en beschikbaarheid van extra diensten zoals de apotheek.	0.49
	10. Percentage telefonische adviezen op de CHPA waarbij de fiatting (goedkeuring van het advies) binnen 1 uur plaatsvindt door de (regie)arts.	0.43
	10. Percentage patiënten op de SEH waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	0.43
	12. De aanwezigheid en beschikbaarheid van apparatuur zoals de CT.	0.33
	13. De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose.	0.31
	14. De wachttijd die voor patiënten ontstaat tijdens de doorstroming vanuit de SEH naar andere afdelingen van het ziekenhuis.	0.20
	1. Percentage patiënten waarbij de fysieke triage binnen 5 minuten is gestart na binnenkomst op de spoedpost (voor de CHPA alleen bij binnenlopers).	1.90
	1. Percentage patiënten dat na classificatie binnen de, bij de urgentiecode behorende, wachttijd door een arts is gezien.	1.90
	3. De lengte van de wachttijd voor de patiënt voordat hij of zij door een arts is gezien.	1.85
	4. De wachttijd voor de patiënt tussen het moment dat hij door de arts is gezien en de diagnose, bijvoorbeeld de tijd tussen de röntgenfoto en diagnose.	1.60
	5. De totale tijd die de patiënt doorbrengt op de spoedpost (totale doorlooptijd).	1.55
	6. De aanwezigheid en beschikbaarheid van apparatuur zoals de CT.	1.45
	7. Percentage telefonische spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 30 seconden wordt beantwoord.	1.20
	8. De wachttijd die voor patiënten ontstaat tijdens de doorstroming vanuit de SEH naar andere afdelingen van het ziekenhuis.	1.10
	9. Percentage patiënten op de SEH waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	0.70
	10. Percentage telefonische oproepen naar de CHPA waarbij achteraf blijkt dat de juiste urgentiecode was toegekend.	0.60
	10. De aanwezigheid en beschikbaarheid van extra diensten zoals de apotheek.	0.60
	12. Percentage patiënten waarbij na melding van de vraag om een specialisme bij de SEH de specialist binnen 10-15 minuten aanwezig was.	0.45
	13. Percentage telefonische adviezen op de CHPA waarbij de fiatting (goedkeuring van het advies) binnen 1 uur plaatsvindt door de (regie)arts.	0.10
	14. Percentage telefonische niet-spoedoproepen naar de CHPA dat binnen 2 minuten wordt beantwoord.	0.00