



Hoe kan de tevredenheid over ondersteunende dienstverlening gemeten worden bij hoogopgeleide zorgprofessionals aangesloten bij een service organisatie?

Een service tevredenheidsonderzoek bij huisartsen
aangesloten op regio organisatie Medrie

Eerste begeleider: : Dr. Ir. A.A.M. Spil
Tweede begeleider : Ir. J.C.M. Franken

Lourens Jan Meulink, s1389823
L.J.Meulink@student.utwente.nl
Naut Sybrand Seemann, s1730851
N.S.Seemann@student.utwente.nl

UNIVERSITY OF TWENTE.

Samenvatting

Dit onderzoek betreft het uitvragen van tevredenheid van diensten bij huisartsen aangesloten bij een regio-organisatie. Huisartsen zijn in Nederland afhankelijk van regio organisaties voor ondersteunende diensten. Tevredenheidsonderzoeken van huisartsen en deze organisaties zijn tot op heden niet uitgevoerd. Het benaderen van tevredenheid gaat in dit onderzoek via een tijd en autonomie model, waarbij het model wordt gebruikt om tevredenheid van diensten geleverd door de regio organisatie uit te vragen. Dit model levert inzage in de tevredenheid van huisartsen om de uitgevoerde thema's: dienstenstructuur, ketenzorg, communicatie en ICT/innovatie. Door middels van semi-gestructuurde interviews heeft dit onderzoek de tevredenheid benaderd door bij elke thema tijd en autonomie uit te vragen. Dit onderzoek is bij 5 medewerkers van de regio organisatie en 13 externe geïnterviewde huisartsen en praktijkmanagers. Door middel van een likert scaling en interviewvragen is er bij elk thema een weergave gecreëerd van de tevredenheid. Hierbij kan geconcludeerd worden dat tijd en autonomie goede indicatoren zijn voor het uitvragen van tevredenheid bij huisartsen. Wij adviseren onderzoekers die tevredenheid willen onderzoeken bij dienstverleningen voor (zorg-)professionals om dit model als richtlijn te gebruiken en het verder uit te werken.

Kernwoorden: zorgprofessionals, huisartsen, regio organisaties, tevredenheid, tijd, autonomie, likert-scaling, tijd-autonomie tevredenheidsmodel, dienstverlening



Rapportgegevens

Voor u ligt het rapport van Lourens Jan Meulink en Naut Seemann. Dit rapport is de documentatie van een onderzoek naar tevredenheid van huisartsen die aangesloten zijn bij de regio organisatie Medrie. Medrie heeft bij de Universiteit Twente een onderzoek mogelijkheid aangeboden om een betere beeldvorming te krijgen over de tevredenheid van huisartsen op de dienstverlening en ondersteuning die zij krijgen van Medrie. Dit rapport is resultaat van een tweepersoons bachelorthesis voor de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit twente. Het rapport is geschreven in de periode van Februari 2021 tot Juni 2021 in samenwerking met Medrie. Het rapport wordt aangeboden aan regio organisatie Medrie en de opleiding Gezondheidswetenschappen.

Voor vragen over dit rapport kunt u contact opnemen met L.J. Meulink of N.S.Seemann.

Dit rapport is ontwikkeld door:

Lourens Jan Meulink, s1389823

L.J.Meulink@student.utwente.nl

Naut Sybrand Seemann, s1730851

N.S.Seemannn@student.utwente.nl

Als onderdeel van de opleiding:

Bsc Gezondheidswetenschappen

Faculteit van Technische NatuurWetenschappen(TNW)

Universiteit Twente

Drienerlolaan 5, 7522 NB Enschede

T: 0031 53 489 9111

Info@utwente.nl

Kenmerk: GZW-202025

In opdracht van:

Kwaliteitsadviseur D. Hesselink

Regio organisatie Medrie

Medrie Centraal Bureau

Dr.Klinkertweg 18

8004 DB Zwolle

T: 038 - 455 6 200

Info@Medrie.nl

Onder begeleiding van:

Assistent Professor Dr. Ir. A.A.M. Spil

A.A.M.Spil@utwente.nl

Programma Manager Ir. J.C.M. Franken

J.C.M.Franken@utwente.nl

Voorwoord

Vier maanden geleden begonnen we aan een opdracht die Medrie via de UT aangeboden had. Dit was het begin van een leerzaam en leuk traject waarin we de wereld van regio organisaties en huisartspraktijken van dichtbij konden bekijken. Door de maanden heen hebben we bijna dertig interviews gedaan en veel interessante mensen leren kennen. Ook hebben we veel mogen leren over hoe een samenwerking vanuit verschillende functies soms heel anders ervaren kan worden. Daarmee zijn we ondergedompeld in zee van informatie en naar boven gekomen met onderstaande thesis werk. Wij hopen dat de komende pagina's inzicht bieden in de tevredenheid van de huisartsen en houvast geven voor de toekomst. Hieronder een 2-tal quotes, de redelijk de samenwerking weergeven tussen Naut en Lourens en alle geïnterviewden.

“Ooh, jullie zijn tukkers. Vandaar dat het zo gezellig is. Kom, laten we een biertje doen”

- Geïnterviewd huisarts regio Zwolle -

“We zijn Teams tijgers en Zoom krijgers geworden door de Corona.”

- Lourens -

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Rapportgegevens	2
Voorwoord	3
Inhoudsopgave	4
Introductie	6
Stijgende druk in de eerstelijnszorg	6
Regio organisatie Medrie	6
Probleemstelling	7
Medrie & de huisarts	8
Probleemkluwen	8
Handelingsprobleem	9
Kennisprobleem	10
	10
Theoretisch kader	11
Tijd	12
Autonomie	12
Methodologie	16
Onderzoeksopzet	16
Onderzoeksuitvoering	17
Onderzoeksresultaten	22
Resultaten van de transcripten	22
Dienstenstructuur en ANW	22
Ketenzorg	23
Communicatie	24
ICT en innovatie	25
Tijd/autonomie relatie	25
Intern/extern verschil	26
Thema kwaliteitsonderzoek	27
Resultaten van de belangen schaal	29
Observaties gemiddelden	30
Intern versus extern	31
Analyse	32
Conclusie	34
Discussie	35

Verantwoording kwantitatieve saturatie	35
Aanbevelingen	36
Literatuurlijst	37
Bijlagen	40

Introductie

Om de maatschappelijke relevantie van het onderzoek uit te leggen hebben we eerst een samenvatting van de huidige nationale situatie binnen de eerstelijnszorg. Daarna komt de rol van regio organisatie Medrie in deze situatie en als volgt zullen we uitleggen wat de vraag van onze werkgever is en wat de doelstelling is van ons onderzoek.

Stijgende druk in de eerstelijnszorg

De zorgkosten in Nederland blijven stijgen tot 2040(1). Dit komt voornamelijk door de vergrijzing van Nederland, waarbij de groep ouderen(65+) erg groot wordt in relatie tot andere leeftijdsgroepen. In 2040 zal naar schatting een op de vier Nederlanders 65+ zijn(2). Mensen worden ook ouder, de geschatte leeftijd stijgt van 81.5 naar 86 jaar in 2040. Door de groeiende groep van ouderen verandert de vraag naar zorg ook. Multimorbiditeit komt veel voor bij ouderen, de vraag naar chronische zorg toeneemt en de zorgkosten zullen stijgen(3,4). Om de stijgende vraag van chronische zorg tegemoet te komen zijn centrale organisaties van de Nederlandse eerstelijnszorg bij elkaar gekomen om afspraken te maken. Deze afspraken heten samen het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg(5). De kern van de afspraken is het streven naar en het behouden van toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor iedereen. Om dat doel te bereiken worden op dit moment investeringen gemaakt in de preventieve zorg en in e-Health. Investeren is nodig, omdat met onze huidige aanpak een op de vier Nederlanders in de zorg moet werken in 2040 om de zorgvraag te beantwoorden(6).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) monitort sinds 2019 de ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg en ziet bereidheid, mogelijkheden en steeds meer budget om de eerstelijnszorg te verbeteren. Net zoals het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg ziet de Nederlandse Zorgautoriteit leveren van toegankelijke en kwalitatief goede zorg als uitgangspunt voor het innoveren in de zorg(5,7). Om dit te bereiken moeten op regionale schaal goede afspraken gemaakt worden voor het aanpakken van de zorgvraag. De regio-organisaties hebben een multidisciplinaire rol en nemen voortouw in het bemiddelen van regionale afspraken, financiering, scholing en innovatie. De regio-organisaties faciliteren innovaties, scholing, personeel en meer om de huisarts te ondersteunen. Het doel van de regio-organisaties is de huisarts zoveel mogelijk tijd te geven voor de patiënten. Dit doel wordt bereikt door zaken zoals administratief werk, inkoop, chronische zorg, en organiseren van scholing uit te besteden aan ondersteunend personeel.

Regio organisatie Medrie

Medrie is de regio-organisatie voor de regio's Flevoland, Hardenberg en Zwolle(8). Medrie levert organisatie en infrastructuur voor de huisartspraktijken en ondersteunt de chronische zorg met personeel, innovatiemogelijkheden, geschoold personeel en protocollen. Medrie neemt ook verantwoording voor het organiseren van avond-, nacht- en weekendzorg(ANW), scholingsmogelijkheden, administratieve ondersteuning en ICT ondersteuning. Medrie kijkt ook naar financiering en regionale projecten om zelfredzaamheid van zorgbehoevenden te vergroten met het programma Samenwerken in de Wijk. Door de ondersteuning die Medrie kan leveren kan de huisarts meer tijd overhouden voor contactmomenten met zijn of haar patiënten. Deze organisatie is ook eigendom van verscheidene huisartsen en heeft een eigen vermogen van meer dan zes miljoen euro en ondersteunt met 215 medewerkers ongeveer 280 huisartsen met 600.000 patiënten.(9) De regio-organisatie communiceert continu met de

huisartsen hoe deze services verbeterd kunnen worden. Dit gebeurt op verschillende manieren, onder andere via kwaliteitsteams die vier keer per jaar vergaderen over wat beter kan binnen de huisartsenposten, regio organisaties die elke zes weken vergaderen op strategisch en bestuurlijk niveau en jaarlijkse spiegelbijeenkomsten per regio om te praten over innovaties en verandering. Daarnaast heeft Medrie een klachtenafhandeling via de website, gebruiken huisartsengroepen regionale nieuwsbrieven die om de week gepubliceerd worden en hebben regiomanagers en praktijkmanagers van Medrie veel contactmomenten met huisartsen. Specifieke klachten over financiële regelingen of ICT problemen worden ook vaak direct bij de personen die daarmee werken aangeboden. Deze feedback punten geven een indirect inzicht in de tevredenheid van de huisartsen over de ondersteuning die Medrie biedt door het hele bedrijf heen. Hierin is echter geen overkoepelend beeld wat huisartsen van Medrie vinden. Wat de huisarts van alle services gezamenlijk vindt moet nog op een manier duidelijk gemaakt worden.

Probleemstelling

Medrie wil een overkoepelend beeld van hoe huisartsen de ondersteuning van Medrie ervaren. Hiervoor is in een eerdere poging een survey uitgedeeld aan alle huisartsen. Via een mail was een vragenlijst uitgedeeld over de kwaliteit van de ondersteuning die Medrie levert. De algemene respons op de survey was laag, waardoor deze niet gebruikt kon worden om de huisartsenpopulatie te representeren. Daarnaast was de feedback die uit de survey kwam niet bruikbaar om conclusies uit te trekken. Medrie wil de tevredenheid van huisartsen direct kunnen meten om te gebruiken als richtlijn voor het optimaliseren van de dienstverlening. Hierbij zijn vijf deelvragen aangeboden in de opdrachtbeschrijving die Medrie aanleverde:

“Middels welke methoden kan huisarts tevredenheid worden gemeten?”

“Wat maakt dat respons binnen Medrie laag is?”

“Welke methode past het best bij huisartsen die aangesloten zijn bij Medrie en waarom?”

“Welke frequentie is gewenst om de verbetercyclus te waarborgen?”

“Hoe kan het nieuwe feedback systeem voor het tevredenheidsonderzoek geïmplementeerd worden?”

De vijf bovenstaande deelvragen werden aangeboden met de titel: “Ontwikkelen instrument om huisarts tevredenheid te meten”. De vijf deelvragen richten zich op het samenstellen van een methode of instrument waarmee Medrie de algehele tevredenheid over hun service bij huisartsen kan uitvragen. De centrale vraag van dit onderzoek wordt dan hoe tevredenheid van over de dienstverlening in het geheel goed gemeten kan worden. De onderzoeksvraag die daar goed op aansluit is:

Hoe kan de tevredenheid over ondersteunende dienstverlening gemeten worden bij hoogopgeleide zorgprofessionals aangesloten bij een service organisatie?

Deze hoofdvraag sluit aan op de deelvragen die Medrie heeft en laat ons ook in het algemeen kijken naar hoe we de tevredenheid over ondersteunende dienstverleningen kunnen gaan meten binnen de Nederlandse zorg. Het beantwoorden van de hoofdvraag kan een model opleveren wat mogelijk meer inzicht geeft in tevredenheid over dienstverlening bij professionals in het algemeen.

Medrie & de huisarts

De huisarts staat centraal in de eerstelijnszorg voor de Nederlander. Hierbij wordt de huisarts ook de poortwachter van de zorg genoemd. De eerstelijnszorg is de zorg waar een individu zonder doorverwijzing heen kan. Een persoon kan dan direct een afspraak maken zonder goedkeuring of advies van een medisch specialist. Denk hierbij aan bijvoorbeeld de huisarts, de tandarts of de fysiotherapeut. De huisarts wordt hier de poortwachter in genoemd omdat de huisarts het centrale aanspreekpunt is voor zorgvragen, zorgen en gezondheidsklachten die mensen kunnen ervaren. Dit betekent ook dat de huisarts met veel verschillende soorten patiënten en organisaties te maken heeft. De dienstverlening van Medrie is daarom ook diverser georiënteerd dan een “one size fits all” voor de praktijken.

Om onderzoek te doen naar de tevredenheid van huisartsen over de dienstverlening van Medrie is eerst een overzicht van de dienstverlening nodig. Door verschillende actoren te interviewen die een belangrijke rol spelen in de dienstverlening kan dat overzicht gevormd worden. Het is daarbij belangrijk om actoren uit verschillende regio's en werkplekken te vragen om de verschillen tussen regio's en binnen de organisatie te ervaren. De lijst met welke functies deelgenomen hebben aan de interviews:

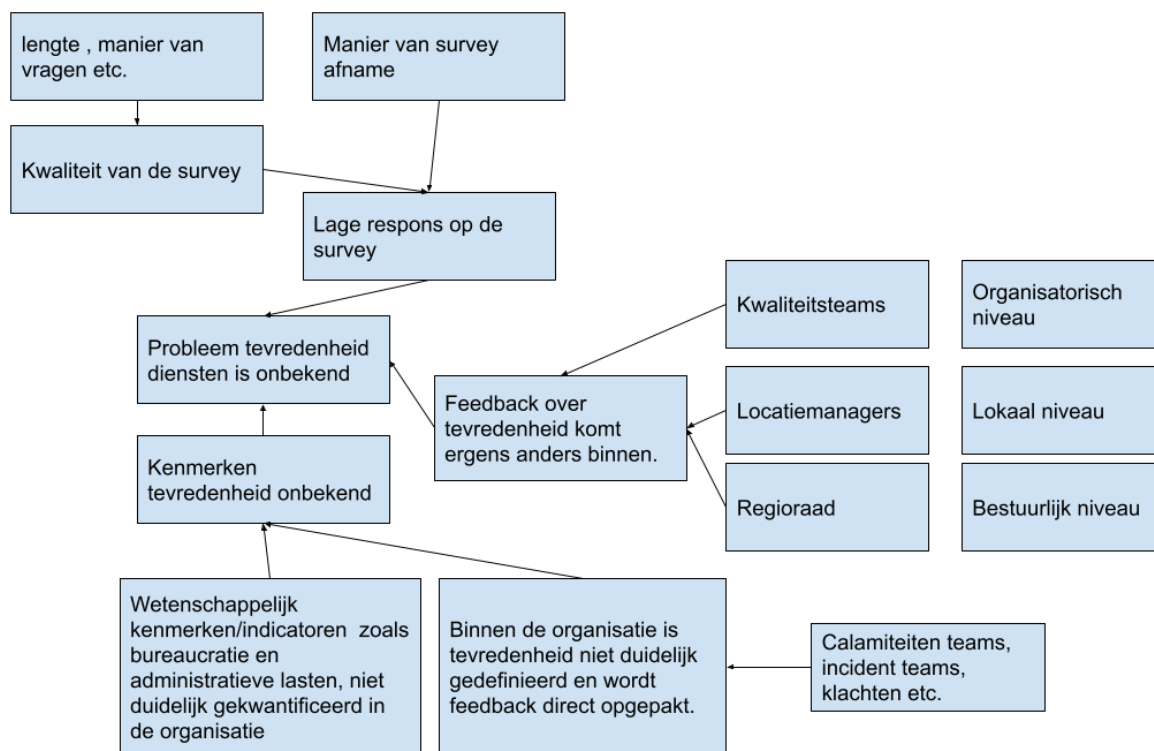
- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Kwaliteitsmedewerkers | 7. Regiomanager Flevoland |
| 2. Voorzitter raad van bestuur | 8. Regiomanager Hardenberg |
| 3. Kwaliteitsadviseur | 9. Bedrijfsbureau Manager |
| 4. Programmamanager Hardenberg | 10. Locatiemanager Huisartsenpost |
| 5. Programmamanager Flevoland | 11. Huisartsen Regio Flevoland/Zwolle |
| 6. Triagepost Manager | |

Huisartsen spreken al veel met personeel in hun directe omgeving over de kwaliteit van service of het welzijn van patiënten. Wat de rol van Medrie is voor een huisartsenpraktijk is niet altijd duidelijk merkbaar. Een voorbeeld hiervan zijn de contractonderhandelingen die Medrie met het Zilveren Kruis doet en facilitaire voorziening van ICT systemen. Andere zaken zijn goed merkbaar, zoals de ANW zorgregeling, ICT ondersteuning bij vragen of de voordelen van dezelfde innovaties in meerdere dagpraktijken tegelijk proberen. De feedback die de huisartsen leveren gaat al vaak via lokale connecties naar direct relevante bureaus of actoren, vragen over vergoeding naar de finance afdeling en inlogproblemen komen bij ICT terecht. Praten over de dienstverlening van Medrie in het geheel wordt ook gedaan en hiervoor zijn ook al continue vergadermomenten. Vier keer per jaar is een kwaliteitsmeting waarin algemene voortgang van de praktijken en omstandigheden verloopt met als focus waar dat beter kan. Daarbij is er ook een jaarlijkse panel meeting en worden binnen Hagro's eens in de zes weken vergaderingen gehouden waar kwaliteitsonderwerpen naar voren kunnen komen.

Probleemkluwen

Aan de hand van de huidige situatie is er binnen Medrie een aantal mogelijke problemen te zien voor de onzichtbaarheid/afwezigheid van huisartsen tevredenheid. Om binnen dit onderzoeksvoorstel het overzicht te houden voor mogelijke oorzaken, is het boek van Hans

Heerkens, Systematisch probleem oplossen toegepast(10). Er is gekeken naar een survey voor de tevredenheid van Huisartsen, waar een lage respons op is geweest en er zijn tal van andere overlegstructuren binnen Medrie voor het organiseren van zorg. Het geschetste probleem kan dus niet per direct binnen de vragenlijst liggen, maar erbuiten in de organisatie. Uit gesprekken met verschillende professionals binnen Medrie lijkt het erop dat feedback binnen de organisatie snel wordt opgepakt, maar nergens wordt gekwantificeerd of gedefinieerd in tevredenheid van diensten. Na 11 oriënterende gesprekken binnen Medrie is het duidelijk geworden, dat er binnen de organisatie feedback wordt opgepakt en verwerkt. Er komen daar een aantal handelingsproblemen voor die niet direct aangepast kunnen worden zoals de feedback, die binnenkomt bij andere actoren. Er zijn een aantal feedback stromen binnen Medrie gericht op de kwaliteitsverbetering en de communicatie. Echter ontbreken sommige aspecten zelfs binnen deze probleemkluwen. Financiën en communicatie zijn beide genoemd door meerdere mensen binnen Medrie, maar kunnen niet worden ingeschaald als directe link in dit model.



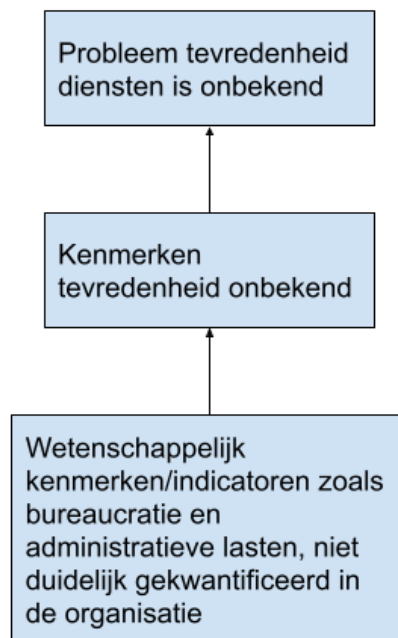
Figuur 1: probleemkluwen huisartsen tevredenheid

Handelingsprobleem

Binnen deze kluwen zijn een aantal handelingsproblemen te zien, dit gaat om het feit dat feedback over handelingen van en door Medrie ergens anders in de organisatie worden opgepakt. In het kader van dit onderzoek lijkt het niet op handelingen die gemakkelijk te wijzigen zijn en daarmee wordt niet gekozen voor de feedback uit verschillende lagen op een andere manier te verkrijgen. Daarnaast lijkt de survey zoals eerder aangegeven niet de beste methode om tevredenheid van de klanten van Medrie te verzamelen.

Kennisprobleem

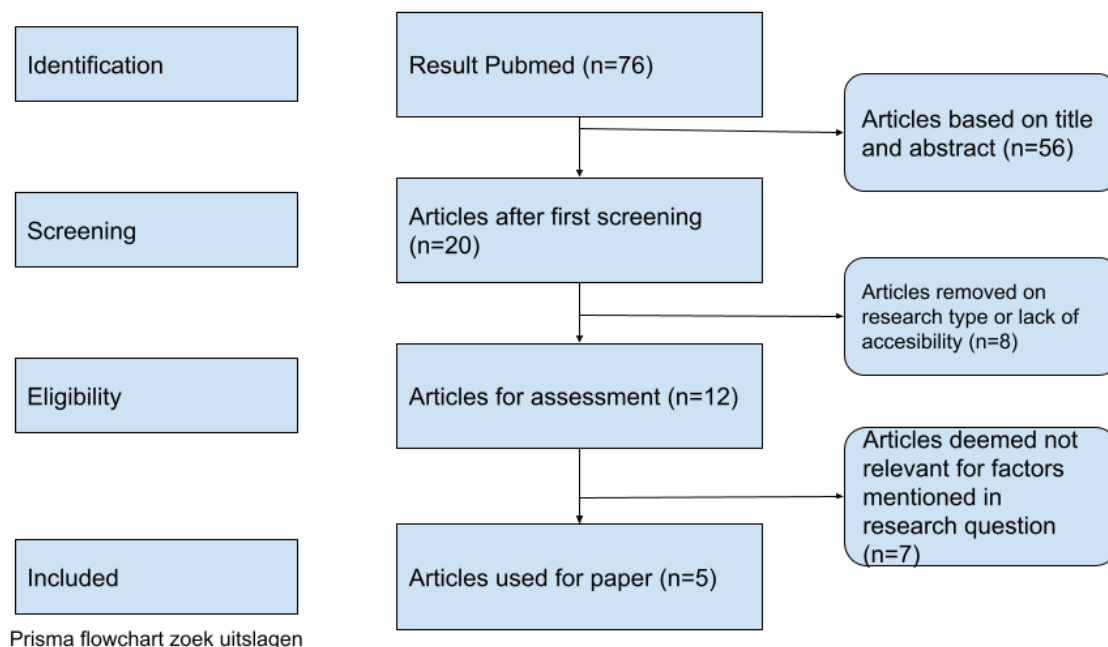
Als er dan binnen dit onderzoek wordt ingezoomd in de kwadrant linksonder bij het probleemkluwen, dan komen bij een vrij duidelijk kennisprobleem uit. Binnen Medrie en zowel in de wetenschap is huisartsen tevredenheid niet direct uitgezet tegen bepaalde indicatoren. Daardoor is het ook moeilijk om tot een goede waarde te komen voor huisartsen tevredenheid als de indicatoren hiervan niet direct vastliggen. Het kijken naar mogelijke indicatoren en deze voor te leggen aan zowel de regio-organisatie als de huisartsen waarvoor zij werkt, kan dit kennisprobleem verhelpen. Deze indicatoren kunnen dan een beeld geven van de huidige meta tussen huisartsen en Medrie. Hiermee wordt het geschetste kennisprobleem opgelost.



Figuur 1a: Probleemkluwen ingezoomd

Theoretisch kader

De term tevredenheid heeft een breed interpretabele betekenis. In de theorie kan dit gaan van satisfaction of patients tot job satisfaction of health care professionals. Echter wordt er nergens binnen de theorie een directe vorm van tevredenheid gevonden voor huisartsen bij een regio organisatie. Voor een interpretabele betekenis binnen dit onderzoek zal dus een constructie gebouwd moeten worden voor de term tevredenheid bij huisartsen(11). De tevredenheid binnen dit onderzoek richt zich dan ook echt op de huisartsen en de diensten van de regio organisatie. Hiervoor kan binnen de literatuur een zoekstrategie worden toegepast. Hierbij wordt de Griffith mini review toegepast in combinatie met het PRISMA schema voor de overzichtelijkheid(12,13), zie afbeelding 1. Binnen deze onderzoeken is gekeken of bepaalde voorwaarde voldeden tot richtpunten of algehele delers voor huisartsen tevredenheid. Verder is binnen deze onderzoeken gekeken naar referenties gebruikt binnen deze papers. Om te kijken naar een vertegenwoordiging van tevredenheid zal er een aantal termen nodig zijn om aspecten uit te filteren. Er zal gekeken worden naar satisfaction/job satisfaction/workload/job pressure voor general practitioners/GP's/first line doctors etc. Dit om te kijken wat invloed heeft op de tevredenheid en welke mogelijkheden daaruit komen. Dit wordt gedaan om een meta analyse te creëren van de term tevredenheid en welke aspecten hierop invloed hebben



Afbeelding 1: PRISMA schema

Er zijn een aantal kenmerken die veelvuldig in onderzoeken zijn genoemd als mogelijke kenmerken/indicatoren voor tevredenheid. Dit gaat van bureaucratie, administratieve lasten, financiën, tijd tekort, tijd besteden aan overbodige zaken. Hieruit blijkt dat veel aspecten dan ook invloed heeft op de tevredenheid van huisartsen. Waarbij deze genoemde positieve en negatieve invloeden heeft. Echter komen hierin een aantal aspecten vaker voor en in z'n geheel meer bekend. Dit zijn aspecten die zowel positieve als negatieve ervaringen kunnen vangen van tevredenheid en de invloed hierop. Bij het uitvragen naar alleen bureaucratie zal een huisarts waarschijnlijk negatief reageren en bij het uitvragen naar tijdswinst voor bij de patiënt positief. Een neutrale indicator zal opgetekend moeten worden om een geleide te zijn voor een afweging binnen de tevredenheid. Aangezien al deze aspecten invloed hebben op de tevredenheid. Uit de explorerende interviews zijn er 2 aspecten, die vaker genoemd werden, het tijdswinst opleveren als service organisatie en de vrijheid van keuzes, die huisartsen hebben die aangesloten zijn bij Medrie. Indien deze uitgangspunten van de serviceorganisatie neutraal worden bekeken betekent dit tijd en autonomie.

Tijd

Uit de zoektermen in de bijlagen is de eerste onderliggende waarde van tevredenheid te halen tijd. Meerdere onderzoeken tonen aan dat meer tijd voor patiënten bij huisartsen zorgt voor betere patiëntentevredenheid, wat leidt tot huisartsen tevredenheid(14,15). Dit kan zowel in positieve zin, maar ook in negatieve zin(16). Dit onderzoek toonde aan dat tijdgebrek binnen de praktijk leidt tot minder tevredenheid in het werk. Deze term tijd kan dus zowel positief als negatief kan leiden tot inzage in de uiteindelijke tevredenheid van huisartsen over diensten bij Medrie. Dit komt ook uit eigen uitspraken van Medrie, dat ze tijdswinst willen leveren voor huisartsen.

Tijd is aangelegenheid die schaars zal worden volgens en dus is tijd een schaars goed, dat goed gebruikt moet worden(17). De vraag of op elke thema tijd even belangrijk is voor de tevredenheid zal dus gesteld moeten worden binnen dit onderzoek.

Autonomie

De tweede term is autonomie geleverd door diensten van Medrie. Autonomie wordt gezien als vrijheid om zelf keuzes te maken als healthcare professional(16,18). Dit kan meerdere effecten hebben zoals versterkt door nieuwe ontwikkelingen zoals beeldbellen en daardoor versterken. Door regionale inkoop van zorgdiensten en organiseren van zorgtaken kan deze ook afnemen. Dit laatste wordt gezien binnen de literatuur als bureaucratie en administratieve lasten(19). Het overnemen van deze lasten heeft impact op de autonomie van de huisarts(16). De vermindering van autonomie van de huisarts door diensten van Medrie kan de tevredenheid over de diensten schaden en het vergroten ervan de tevredenheid versterken, dit staat geciteerd in de kwalitatieve studie uit 2019 waarbij huisartsen uit 8 landen zijn geïnterviewd. Resultaten duiden hier op autonomsche vrije keuze versterken het plezier in het werk(19).

Titel	Type	Land(en)
Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. BMJ Open. 2020 May	Review	Denemarken
Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen [The future problems of general practice in Germany: current trends and necessary measures]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019	Expert paper	Duitsland
General practitioners with special interests: An integrative review of their role, impact and potential for the future. Aust J Gen Pract. 2019	Review	Australië
Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. BMC Fam Pract. 2016 Sep 13	Review	Europa
Effects on work ability, job strain and quality of life of monitoring depression using a self-assessment instrument in recurrent general practitioner consultations: A randomized controlled study. Work. 2018	RCT	Europa

Tabel 1: selectie artikelen uit gebruikte zoektermen (N=5 bij prisma)

Verdere bronnen hieronder zijn gehaald uit de bovenstaande artikelen en hadden referentie op de termen van autonomie en tijd.

Titel	Type	Land(en)
Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries.	Cross-sectioneel onderzoek	33 landen in Europa en vergelijkbare westerse culturen
Relations between task delegation and job satisfaction in general practice: a systematic literature review. BMC family practice	literature review	Europa
Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. Annals of family medicine, 17(6), 510–517	Cross-sectioneel onderzoek	Europa
Legitimacy of work tasks, psychosocial work environment, and time utilization among primary care staff in Sweden. Scand J Prim Health Care.	Cross-sectioneel onderzoek	Sweden

Tabel 2:

Deze onderzoeken tonen aan dat autonomie en daarmee de vrijheid om keuzes maken binnen de praktijk als huisarts als mogelijk factor dient voor de tevredenheid van de practitioner sq. huisarts. Als deze aspecten van tijd en autonomie tegenover elkaar worden gesteld, dan zou er een afhankelijke relatie kunnen zijn tot tevredenheid, dit is echter niet gebeurd bij hoog opgeleide functies(20,21). Deze 2 aspecten van tijd en autonomie tegen elkaar afwegen voor een duidelijke verbetering van de werknemer lijkt wel vast te staan in een grotere groep(23). Dit onderzoek gericht op een grote Europese populatie richt zich echter niet op tevredenheid, maar op alternatieve van werk indelingen. Echter is ons onderzoek gericht op een serviceorganisatie die tijdswinst probeert te leveren voor huisartsen zonder hun autonomie te ver aantasten waarbij de tevredenheid van de aangesloten huisartsen zou kunnen worden aangetast. Daarbij kan er een afweging gemaakt worden tussen tijd versus autonomie om een meta analyse te kunnen geven van de tevredenheid over de services.

Dit onderzoek gaat uit van deze 2 termen om het kader van tevredenheid in te richten. Deze termen kunnen gelijk of uiteen uitvallen zodat er beweging op beide lijnen kan zijn over de term tevredenheid. Zodoende kan een inschatting gemaakt worden van de tevredenheid van de huisarts over de diensten van Medrie en kan dit onderzoek een meta analyse maken over tevredenheid. Dus de relatie tussen de kerntaak van Medrie(tijd) en de onafhankelijkheid van huisartsen(autonomie) wordt met elkaar vergeleken. Dit betekent dat voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag de eerste hypothese gesteld kan worden:

H0: Dat tijd en autonomie gebruikt kunnen worden voor het uitvragen van tevredenheid van diensten geleverd door een serviceorganisatie bij huisartsen.

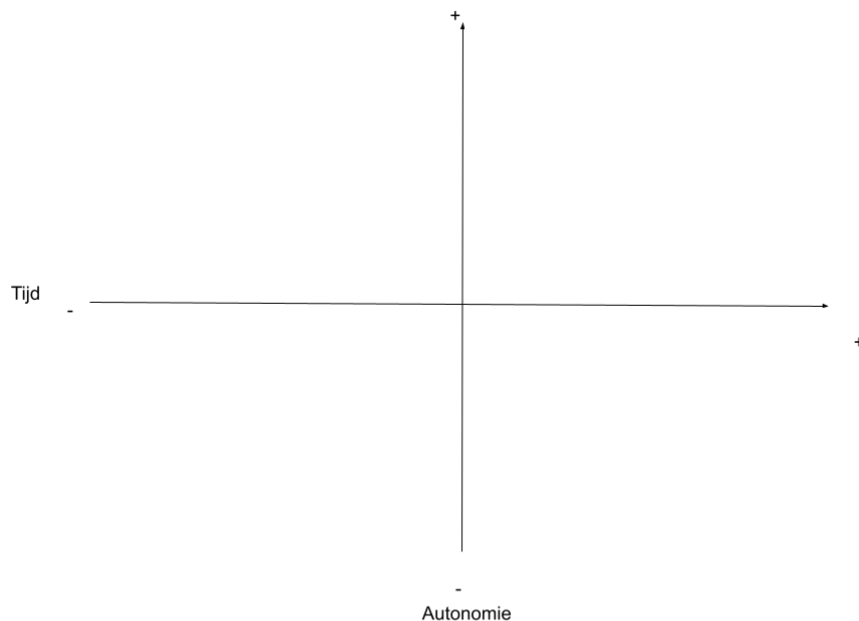
H1: Dat tijd en autonomie niet gebruikt kunnen worden voor het uitvragen van tevredenheid van diensten geleverd door een serviceorganisatie bij huisartsen.

Daarnaast kan de volgende hypothese gesteld worden over de onderliggende relatie tussen tijd en autonomie op het uitvragen van tevredenheid van diensten geleverd door een serviceorganisatie bij huisartsen. Dit is of ze afhankelijk of onafhankelijk invloed hebben op de tevredenheid.

H0: De tijd/autonomie relatie hebben invloed op de tevredenheid van diensten geleverd door een serviceorganisatie bij huisartsen.

H1: De tijd/autonomie relatie hebben geen invloed op de tevredenheid van diensten geleverd door een serviceorganisatie bij huisartsen.

Hiermee creëert bij het accepteren van beide hypothesen 0 het volgende model, waarbij een overzicht van tijd en autonomie een beeld kan geven van de tevredenheid van diensten. Het zogeheten Tijd-en-Autonomie-Tevredenheid Analyses model ofwel TATA model.



TATA- model door Seemann en
Meulink

Afbeelding 2

Methodologie

In de opdracht die Medrie aanbood wordt gevraagd om een nieuwe tool te ontwikkelen voor het meten van de huisartsen tevredenheid.(bijlage 1) De nieuwe tool moet een hogere respons leveren en kwalitatief bruikbaar zijn voor het opstellen van verbeteringsplannen voor de dienstverlening. Het verzoek naar deze tool komt doordat Medrie een hele lage respons kreeg bij het vorige tevredenheidsonderzoek. Daarnaast was de respons die binnen kwam inhoudelijk niet bruikbaar om verbeterplannen te kunnen ontwikkelen. De methode of tool die ontwikkeld moet worden wil een kwalitatief en kwantitatief goed beeld geven van de tevredenheid van huisartsen over de dienstverlening. Om dat te kunnen beantwoorden willen we weten hoe je de tevredenheid van huisartsen over de dienstverlening kan meten. Medrie ondersteunt de huisarts bij meerdere processen. De meningen over de rol van Medrie bij die verschillende processen kan variëren, dus een algemeen beeld of de huisarts tevreden is over alle aangeboden ondersteuning is niet voldoende voor mogelijke verbeterpunten opstellen. Om een goed beeld te krijgen van de tevredenheid over de ondersteunende dienstverlening moet de diversiteit van de verschillende verantwoordelijkheden die professionals hebben meegenomen worden. Het eerste wat we dan eigenlijk moeten weten is hoe een goed beeld over de tevredenheid van de dienstverlening gemaakt kan worden. Daarom is de hoofdvraag van dit onderzoek:

Hoe kan de tevredenheid over ondersteunende dienstverlening gemeten worden bij hoogopgeleide zorgprofessionals aangesloten bij een service organisatie?

Onderzoeksopzet

Om de juiste tool te ontwikkelen moeten we vooraf weten hoe we huisartsen tevredenheid kunnen identificeren en meten. Dit doen we via een vierstappenplan met interviews en een literatuurstudie. De interviews die we daarbij uitvoeren moeten gestructureerd zijn om de transcripten te kunnen coderen naar valide en betrouwbare resultaten. De codering zal open, axiaal en selectief gebeuren.(25) Om gestructureerde interviews met de relevante specialisten te kunnen doen is eerst een literatuurstudie(stap 1) nodig om te kijken wat al bekend en onderzocht is over de tevredenheid van huisartsen. De criteria die uit de literatuurstudie naar voren komen worden meegenomen in oriënterende verkennende interviews met kwaliteitsmedewerkers van de regio organisatie, huisartsen en praktijkmanagers. De verkennende interviews dienen als oriëntatiemiddel om de relatie tussen de huisartsen en de regio organisatie in beeld te brengen. De verkennende interviews geven inzicht in welke relaties lopen tussen de huisartspraktijken en de regio organisatie. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van welke relaties de dienstverlening samenstellen willen we huisartsen, praktijkmanagers en kwaliteitsmedewerkers van Medrie interviewen. (stap 2) Deze drie beroepen zijn gekozen omdat ze alle drie betrokken zijn bij ontwikkelingen van de huisartsen in hun dagelijks beroep. De kennis van de oriënterende interviews en de literatuurstudie worden samengevoegd om een gestructureerd interview te maken gefocust op hoe de tevredenheid van huisartsen gemeten kan worden.(stap 3) Dit gestructureerde interview wordt gebruikt zoveel mogelijk huisartsen, praktijkmanagers en kwaliteitsmedewerkers te interviewen.(stap 4) Medrie heeft de regio's Hardenberg, Zwolle en Flevoland, die samen honderdtwintig huisartsenpraktijken hebben die lid zijn. Alle praktijken

worden telefonisch benaderd voor een interview. De semigestructureerde interviews met de zorgprofessionals en de kwaliteitsmedewerkers zullen gecodeerd worden. Door open, axiaal en daarna selectief te coderen worden relevante statements gegroepeerd om kwalitatief en academisch solide uitspraken te kunnen doen over thema's die bij axiaal coderen naar voren komen.

Onderzoeksuitvoering

Om een tool te ontwikkelen die beter werkt dan de oude opzet van Medrie moest eerst duidelijk gemaakt worden wat de oude setting van Medrie is en wat er al eerder geprobeerd is. Dit is verzameld door middel van literatuuronderzoek over het meten van huisartsen tevredenheid en elf ongestructureerde interviews.

Stap 1: Het literatuuronderzoek is opgezet aan de hand van een Griffith mini review, toegepast met een PRISMA schema om de resultaten overzichtelijk te maken. In dit onderzoek is de term tevredenheid bij huisartsen onderzocht. Via de artikelen die voort kwamen uit het mini review en de onderliggende bronnen waarop de gevonden artikelen zijn gebaseerd kwam naar voren dat huisarts tevredenheid in relatie tot dienstverlening van regio organisaties nog niet eerder onderzocht is. Daarbij werd ook duidelijk dat de term tevredenheid een brede interpretatie heeft. De twee factoren waar Medrie het meest op beïnvloedt zijn tijd en autonomie. Tijd omdat Medrie als doel heeft de huisarts tijd te besparen en autonomie omdat tijdsbesparing betekent dat je taken moet uitbesteden, en daarmee ook voor een deel de controle over hoe dat uitgevoerd wordt. De factoren tijd en autonomie komen vaker naar voren in het mini review uit andere onderzoeken over huisartsen tevredenheid. Omdat de relatie van tijd en autonomie zowel naar voren komt in de mini reviews als in het servicemodel van Medrie wordt dit meegenomen in stap twee.

Stap 2: Daarnaast zijn elf ongestructureerde interviews gehouden met met huisartsen, praktijkmanagers en Medrie kwaliteitsmedewerkers. De gesprekken hadden een oriënterend doel, waarbij kennis van de literatuurstudie toegepast werd om zo veel mogelijk kennis te vergaren over wat de dienstverlening van Medrie precies is en wat de huisarts merkt van de Medrie dienstverlening. Daarin werd open gevraagd om de dienstverlening zo breed mogelijk uit te leggen en een overkoepelend beeld te geven van alles wat Medrie doet. De elf interviews waren met personen met verschillende functies en uit verschillende regio's om een breed beeld te krijgen van alle hoeken van de organisatie. Uit de interviews is naar voren gekomen dat het niet voor iedereen volledig duidelijk is welke services Medrie allemaal aanbiedt. Tijdens de elf oriënterende interviews zijn aantekeningen gemaakt en van de aantekeningen en de informatie die besproken was in de interviews zijn zeven thema's samengevat. Deze zeven thema's zijn verschillende services die Medrie biedt die in de meerderheid van de interviews naar voren kwamen.

Zorginkoop: Medrie organiseert de onderhandelingen en de inkoop voor de huisartsen en de praktijken met zorgorganisatie Zilveren Kruis. Daarbij streeft Medrie naar de juiste vergoedingen voor de huisartsen krijgen. De veranderingen in de vergoedingen worden ook samengevat en gepubliceerd voor duidelijke communicatie.

ICT ondersteuning: Medrie levert ICT pakketten en ondersteuning voor de huisarts. Portavita wordt gebruikt als keteninformatiesysteem en Connect wordt gebruikt als communicatieplatform. In Connect worden ook nieuwe innovaties aangekondigd waar huisartsen aan deel kunnen nemen.

ANW regeling: De Avond, Nacht en Weekend regeling gaat over het uitbesteden van huisartsen shifts. Een praktijkhouder is 24/7 verantwoordelijk voor zijn of haar praktijk maar kan niet 24/7 aanwezig zijn. Daarom worden shifts, vaak de avond- en nachtshifts, uitbesteed aan waarnemers. De waarnemers kunnen in ruil voor een vergoeding de rol van de huisarts overnemen. De huisarts blijft dan wel de eindverantwoordelijke.

Ondersteuning chronische zorg: Medrie regelt de chronische zorg voor de praktijken. Hierbij worden afspraken over doorverwijzingen gemaakt, doelstellingen opgezet, richtlijnen gemaakt en aangeboden, verzekeringswerk gestandaardiseerd en meer. Het doel is zoveel mogelijk de huisartsen ontlasten zodat daar meer tijd is voor persoonlijke behandeling realiseren.

Innovatie ondersteuning: Medrie oriënteert continu naar ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg. Innovaties die mogelijk interessant zijn worden via het Connect portal aangeboden in een nieuwsbericht. De huisartsen die deel willen nemen aan een innovatie kunnen bericht sturen om dan mee te doen.

Personeel, opleiding en Accreditatie: Medrie probeert personeel met een opleiding aan te trekken om de vacatures te vullen. Voornamelijk bij ANW zorg is in sommige gebieden weinig aanbod van waarnemers. Verder helpt Medrie met accreditatieprocessen.

Triagepost: Medrie organiseert de Triage Post in Zwolle en vangt vanaf daar ruim veertig procent van alle gevallen telefonisch af en de rest op de posten. De triagepost dient als beoordelingspunt voor de medische urgentie van de patiënt en kan de patiënt doorverwijzen naar het juiste station om behandeld te worden.

Stap 3: Deze zeven thema's zijn samen met de kennis vanuit de literatuurstudie over autonomie en tijd gebruikt om een gestructureerd interview te maken. De zeven thema's zijn omgezet naar de vier thema's voor het tevredenheidsonderzoek:

- Huisartsenpost & ANW
- Ketenzorg
- Communicatie
- ICT en innovatie

Het omzetten van zeven thema's naar vier thema's is gedaan doordat twee thema's zijn weggelaten, vier thema's zijn samengevoegd naar twee thema's en een thema is toegevoegd. De twee thema's die zijn weggelaten zijn thema zorginkoop en thema personeel, opleiding en accreditatie. Thema zorginkoop is weggelaten omdat zorginkoop voor de dienstverlening van Medrie ook al uitbesteed werd via gezamenlijke regelingen. Hierdoor geven huisartsen aan dat in hun ervaring daar niet veel te zeggen is over tevredenheid of de relatie van tijd en autonomie. Omdat huisartsen in de oriënterende gesprekken al aangeven dat financiën geen invloedrijke factor zijn op hun tevredenheid over de service is besloten deze weg te laten. Het tweede thema dat is weggelaten is personeel, opleiding en accreditatie. Dit thema kwam naar voren in de oriënterende gesprekken omdat veel mensen op de hoogte zijn dat Medrie personeel opleidt en ondersteunt bij accreditaties. Echter werd ook daar aangegeven dat dit proces voor een groot deel bij Medrie ligt en de huisarts zich niet bezighoudt met het opleiden van personeel. Omdat het onderzoek focust op de tevredenheid van huisartsen, en deze aangeven dat dit thema voornamelijk bij Medrie ligt, is het thema losgelaten.

Verder zijn vier thema's samengevoegd naar twee thema's. ICT en Innovatie zijn samengevoegd tot een thema. Deze thema's werden beiden genoemd in de oriënterende gesprekken als aparte thema's, maar inhoudelijk kunnen ze niet van elkaar onderscheiden worden. De innovaties die op dit moment doorgevoerd worden zijn sterk ICT gebaseerd, en de opmerkingen over het thema's ICT zijn voornamelijk gericht op innovaties die daar invloed

op hebben. Omdat deze thema's zo sterk aan elkaar gebonden zijn dat de overlap niet te onderscheiden is, is besloten de thema's samen te voegen tot een thema. De tweede fusie is van het thema ANW regelingen en het thema Triagepost. De triage posten zijn locaties waar ANW diensten plaatsvinden in de regio's waar triageposten gebruikt worden. Niet in alle regio's is een aparte triagepost beschikbaar, maar alles wat over de triagepost gezegd kan worden slaat aan op de ANW diensten. Om die reden is dit samengevoegd tot een thema.

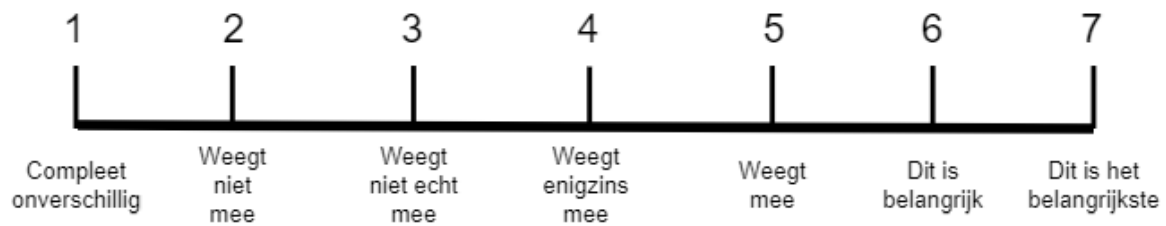
Als laatste is communicatie als thema toegevoegd. Dit werd niet specifiek als thema genoemd in de oriënterende gesprekken omdat communicatie een onderdeel is van alle thema's. In het verwerken van de samenvattingen uit de oriënterende gesprekken kwam naar voren dat apart van de thema's die direct genoemd werden communicatie vaak voorkwam als onderwerp binnen een thema. Omdat communicatie vaker voorkwam in relatie met tijdsbesparing en autonomie, waar de huisartsen ook uitspraken over tevredenheid bij deden, is besloten dit als een apart thema te behandelen.

Met de vier thema's die overblijven kan een interview script gemaakt worden waarbij de rol van autonomie en tijd bij de belangrijke relaties tussen huisartsen en de service van Medrie uitgevraagd worden. Daarmee wordt een beeld van tevredenheid over de dienstverlening gemaakt. Om de deelvragen die Medrie stelt te beantwoorden een vijfde thema toegevoegd over kwaliteitsmetingen doen. In dit thema verzamelen we gegevens over hoe huisartsen benaderd kunnen worden voor deelname aan een kwaliteitsonderzoek. De vier huisarts tevredenheids thema's en het vijfde kwaliteitsthema zorgen voor een interview met zeven stappen. In dit interview worden de vier thema's die huisartsen belangrijk vinden uitgevraagd op tijd en autonomie om de tevredenheid te meten en wordt thema vijf gebruikt om inzicht te creëren in welke samenstellingen een tool moet hebben om huisartsen goed te kunnen benaderen voor het meten van die tevredenheid. Hieronder is een overzicht van de zeven onderdelen van het interview, het volledige interview script zie bijlage 2.

1. Opening/demografie
2. Huisartsenpost & ANW
 - a. Autonomie
 - b. Tijd
3. Ketenzorg
 - a. Autonomie
 - b. Tijd
4. Communicatie
 - a. Autonomie
 - b. Tijd
5. ICT en Innovatie
 - a. Autonomie
 - b. Tijd
6. Kwaliteitsthema
7. Sluit

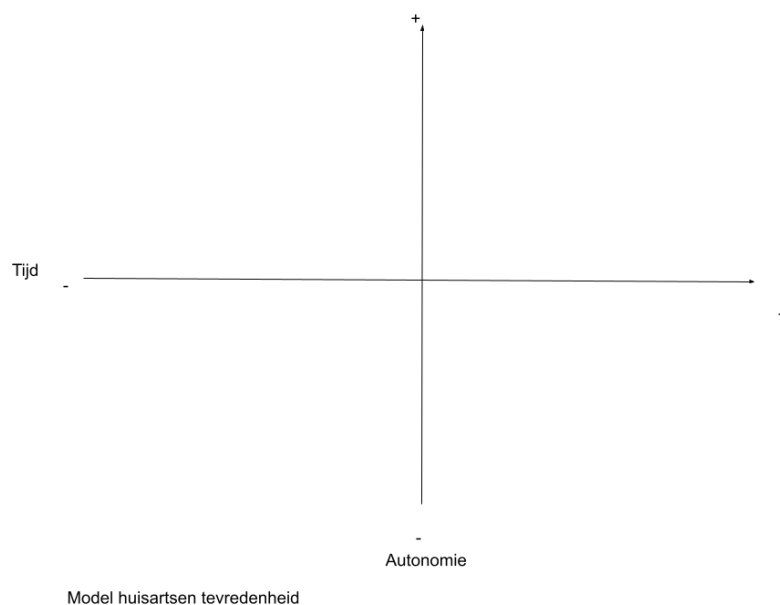
De vier kwaliteitsthema's zijn verdeeld in autonomie en tijd. Om de relatie tussen autonomie en tijd kwantitatief een beeld te geven we bij elk thema voor autonomie en tijd om een cijfer gevraagd. Vanuit de theorie van de Likert scale(26) hebben we een meeteenheid ontwikkeld zoals te zien is in afbeelding 1. Deze meeteenheid is in het interview toegevoegd voor om bij elk thema aan het belang van autonomie en tijd. De numerieke schaal vraagt op een schaal van een tot en met zeven naar hoe belangrijk de geïnterviewde tijd of autonomie ervaart. Hier

wordt niet gevraagd naar hoe goed het op dit moment gaat, maar hoe belangrijk de geïnterviewde autonomie of tijd in het algemeen vindt voor dat specifieke thema.



Afbeelding 1: Belangen Schaal

De resultaten van de schaal in afbeelding 1 worden ingevuld in een as van een tot zeven met vier als middelpunt waarin tijd en autonomie tegenover elkaar gezet worden. De resultaten worden uitgewerkt in tabellen om overzichtelijk berekeningen van gemiddelden en opsommingen weer te geven. De afweging van autonomie tegenover tijd zoals in afbeelding afbeelding 2 weergegeven wordt gaat samenvatten waar de achttien geïnterviewde actoren de relevantie van tijd en autonomie ervaren per thema. De verdeling die uit het overzicht komt kan extra inzicht geven op de kwalitatieve argumenten die uit de gestructureerde interviews zijn gekomen.



Afbeelding 2: Model spectrum tijd tegenover autonomie

Uiteindelijk hebben we achttien mensen kunnen interviewen.(n=18) Vanwege het aantal interviews en de ruim 760 minuten die getranscribeerd moesten worden binnen een tijdsperiode van tien weken is besloten het transcriberen compact te houden. Tijdens de interviews zijn van alle interviews aantekeningen en samenvattingen gemaakt. De opgenomen interviews zijn een aantal keer doorgenomen samen met de samenvattingen om

alle opmerkingen relevant aan de thema's te documenteren voor het coderen. Het coderen gebeurt op drie niveaus: open, axiaal en selectief. Dit proces kan verwerkt worden via het programma ATLAS.TI. (27)

Het coderen is op drie niveaus gedaan. Het eerste niveau is open coderen. Hierin worden citaten gelabeld aan een thema wat het beste bij dit citaat past. Citaten met een overeenkomend thema worden samengevoegd en met elkaar vergeleken tijdens het axiaal coderen. De laatste fase is het selectief coderen. Hierbij worden de citaten binnen een thema gebruikt om een theorie te vormen en deze te onderbouwen.

Voor kwalitatief onderzoek zijn de 18 interviews voldoende om een uitspraak te mogen doen. De gehele bereikbare populatie is benaderd via telefonisch contact om deel te nemen. Volgens het Britse Nationale Centrum van Onderzoeksmethoden is in deze situatie een populatie van 12 mensen voldoende om een wegend beeld te kunnen geven.(30)

Onderzoeksresultaten

De onderzoeksresultaten bestaan uit twee onderdelen, resultaten van de transcripten en resultaten van de belangen schaal. Het eerste onderdeel bestaat uit de verzameling van citaten die uit de achttien interviews coderen. Daarbij worden de citaten per thema aangeboden en worden de citaten verklaard. In het tweede onderdeel van de resultaten zijn de resultaten van de belangen schaal gepresenteerd met verklaringen van de trends in de gegevens.

Resultaten van de transcripten

Dienstenstructuur en ANW

In dit onderzoek verder kijken naar de specifieke thema's en cijfers dan zijn er een aantal aspecten die opvallen en verklaarbaar zijn aan de hand van de gedane uitspraken. Hierin geven de meeste huisartsen, die geïnterviewd zijn voor dit onderzoek, aan dat ze goede autonomie hebben over hun werkzaamheden, maar dat sommige aspecten toch anders verlopen dan gedacht.

“Ik vind dat ik als huisarts op professioneel gebied volledige autonomie moet hebben maar op gebied waar alles geregeld wordt minder autonomie moet hebben”

- praktijkmanager 1

Het is een vrij algehele consensus dat men hier autonomie in wil houden, echter geeft dit op meerdere momenten issue in, welke zaken Medrie moet regelen. De huisarts wil graag autonomie hebben, maar op zekere momenten ook gestuurd worden in zijn werkzaamheden door Medrie. Dit leidt tot spanningsveld. Enkele voorbeelden hiervan zijn

“Het inzetten van de hoeveelheid huisartsen en assistentes op de huisartsenpost, daar wil ik wel wat over te zeggen hebben. Het is een probleem bij name bij de nachtdiensten, de druk op de huisartsenposten bij met name de nachten, treft Medrie maatregelen waar ik het niet altijd mee eens ben en ik heb het gevoel dat ik daar te weinig te zeggen heb.”

- huisarts 1

Dit heeft zowel met Medrie intern te maken in de organisatie van de huisartsenpost, maar ook op andere aspecten komt dit terug,

De nachtdienst, je hebt een visite dokter en een post dokter. De visite doctor doet al het werk en de post doctor mag slapen als het mogelijk is. Maar ik hoor nu de laatste tijd van post dokters die gewoon gaan slapen. En als er naar gevraagd wordt niet willen meewerken want dat kan de visite doctor dan wel doen.

- huisarts 2

Het blijkt dat de vrijheid en autonomie die huisartsen ervaren op de post, kan leiden tot strubbelingen onderling en met gangbare Medrie maatregelen. Dit lijkt niet direct opgepakt te kunnen worden, omdat de autonomie vanuit de huisarts te sterk is.

“Af en toe vraag ik me af of alles echt door de regioraad heen moet. Zelfs als je bijvoorbeeld een stoel wilt vervangen in de wachtkamer moet dat door de regioraad. Dat kost heel veel tijd”

- Medewerker Medrie 1

Over tijd zijn de meningen nog duidelijker. Tijd is een aspect, wat voor veel geïnterviewden belangrijk is. Hierin speelt Medrie een goede rol en werkt eigenlijk als vrij naar behoren.

“Het levert hun zeker tijd op, daar werkt Medrie wel goed in. De huisartsen vinden soms wel dat dat meer kan zijn”

- Medewerker Medrie 1

“Ze nemen werk van de organisatie over, dat doen ze heel goed”

-huisarts 2

Er was slechts een kleine opmerking over planning op de post zelf

Het plannen van een patiënt op de post als je op visite bent, waarbij tijd over is voor de huisarts omdat je bijvoorbeeld sneller terug bent van de visite, het is misschien makkelijker om de patiënt te laten wachten op de post niet de arts.

- Huisarts 1

De algehele consensus is dat tijd belangrijk is en dat hiermee ook goed wordt omgegaan door Medrie. De planningen zijn op orde en men kan tijd aangeven wanneer diensten zijn en omruilen. Het blijkt dat ook de meeste hierin aan het meeste gewicht geven zoals te zien in de themakeuze, waarin de dienstenstructuur op 1 staat bij de meeste. De tevredenheid hierin ligt hem dus in de vrijheid/autonomie en de tijd om dit te plannen. Dit wordt bevestigd door zowel het artikel van Floch, waarin dit werd gequote *“It’s a way of having independence and doing what I want”* en de uitspraak van een van de geïnterviewde.

“Ik denk dat het belangrijk is werkplezier te houden. Als ik in een keurslijf moet stop ik met denken en ben ik klaar. Als ik moet nadenken over mijn werk vind ik dat leuk en krijg ik er meer plezier in” - huisarts 3 .

Er lijkt tussen de huisartsen en Medrie een redelijk duidelijke consensus over de autonomie en tijd binnen de dienstenstructuur. Hierdoor is de tevredenheid over dit thema ook vrij consistent in de interviews. Er zijn in de interviews geen slechte signalen ontvangen over de dienstenstructuur, die oplosbaar zijn binnen de scope van Medrie. De organisatie van de dienstenstructuur door Medrie leidt niet tot een verlaging van tevredenheid op basis van tijd en autonomie.

Ketenzorg

De ketenzorg heeft een aantal duidelijke punten binnen de autonomie en uitspraken vanuit de huisartsen en de praktijkmanagers hierover de meeste huisartsen tonen hun tevredenheid binnen de ketenzorg, terwijl zij een lage autonomie score hanteren.

“Medrie’s voortouw vind ik fijn. Maar ik hoef daar niet veel autonomie in. Ik vind een hoop administratie geneuzel, is niet mijn sterke kant en daarom juist zo fijn dat medrie het doet. Graag samenvatting wat gebeurt en de bedoeling is maar geen hoofdrol spelen is lekker hier.” Huisarts 5

De autonomie is hiervoor de huisarts niet erg belangrijk als het aan de quotes uit de interviews ligt. Dit verschil is ook duidelijk terug te zien in Tabel 2 bij het verschil tussen tijd en autonomie op het gemiddelde.

*“Uiteindelijk moet het tijd opleveren, kwaliteit is ook belangrijk. Gaat vaak hand in hand. Het mag tijd besparen maar mag nooit tijd meer kosten.”
Medrie medewerker 4*

Dit tevredenheid hierover wordt het best benoemd door de huisarts 6 en verklaart de consensus binnen dit thema: *Niet zoveel eigenlijk. Mijn gedachte bij autonomie is dat ik zelf dingen moet regelen en afstemmen. Medrie levert een compleet pakket met wat ik moet afvinken en wat ik daarvoor krijg. Dat ik dan geen werk er meer aan heb vind ik fijn.*

Communicatie

De communicatie vanuit Medrie en hoe onafhankelijk de huisartsen in hun keuze waren om hiermee om te gaan was vrij consistent. De meeste gaven aan hier vrij goed mee om te gaan. Ze namen eigen keuzes om te kijken welke informatie belangrijk voor ze was.

*“Ik denk dat de communicatie vrij duidelijk is, die er nu is.
Ik kijk er niet zo heel vaak op, maar als ik er op kijk dan kan ik alles vinden.”
- huisarts 1*

*“Je moet zelf ook leren je weg te vinden in de communicatie. Ik hoor van collega's ook vaak dat ze te veel mails krijgen en niet gaan lezen, en tegelijk zeuren dat ze niks weten. Je moet niet alles lezen wat op je af komt, maar connect werkt goed(mist betere zoekfunctie) en zelf willen zoeken wat je wilt leren”
- Huisarts 6*

Ze geven hierbij aan dat, indien ze willen altijd goed contact kunnen zoeken met Medrie en dat eigenlijk niemand aangeeft zich beperkt in te voelen. Daarnaast probeert Medrie ook alle communicatie zo efficiënt mogelijk te doen om ervoor te zorgen, dat alle informatie die verstuurd wordt naar de huisartsen tijdig is en niet overvloedig.

“Als het op de goede manier wordt gebracht dan trek ik de conclusie dat ze eruit halen wat ze nodig hadden. Meer tijd is meer onnodige informatie. Effectiviteit is alles in deze tijd. Die berichten worden wel geplaatst, maar er zit ook een filter in met veel dingen die niet doorkomen.”- Medrie medewerker 5

Echter lijkt hierin verwarring te ontstaan tussen product van Medrie en de omgang met de communicatie. Er lijkt een verschil te zitten tussen het communicatie-intranet "Connect" en de communicatie met Medrie. De communicatie met Medrie wordt als positief gezien, snel efficiënt en klantvriendelijk. Het gebruik van Connect werd als gemixt ervaren, men gaf dit product van Medrie weinig te gebruiken en soms kon men hierin nog informatie op terugvinden.

ICT en innovatie

ICT en innovatie is een thema waarin de huisartsen veel autonomie willen hebben, ze geven aan dat dit thema belangrijk is, omdat ICT en innovatie niet altijd een goede historie of dat ze niet meer in staat zijn om hier op te willen doorontwikkelen. Ze willen alleen ontwikkelingen hebben die werken en tijd opleveren en geen tijd kosten. Ze willen een goed voorbereid proces door Medrie, waarbij zij de keuze hebben om er mee door te gaan/beginnen.

"We zijn allemaal overgegaan naar Medicon en Medrie hielp. Vind het wel heel wat invloed te hebben. Het moet niet opgelegd worden. Leg het voor en ik geef de klap erop. Maar wil het ook niet zelf moeten kunnen" - Huisarts 5

Dit geldt voor zowel ICT als innovaties, dat dit soort processen goed moeten worden uitgezocht en voorbereid.

"Je moet heel selectief zijn in het gebruik van innovaties zoals beeldbellen, waarbij sommige dingen geschikt zijn voor afstand. Maar sommige dingen kunnen we niet inschatten op afstand of online inplannen. Ik kan niet zien wat er aan de hand is met de patiënt via een online afspraak. Je skipt hiermee de assistente, terwijl dit een functie heeft omdat de assistente hiermee praat met de patiënt en kan daardoor een betere inschatting maken. Medrie moet hierin uitzoeken wat er wordt aangeboden en hiermee een aantal aanbieders uitzoekt en dit als pakket aanbiedt. " Huisarts 3

Het is daarbij belangrijk dat Medrie en dat is ook het besef binnen de organisatie, dat deze keuze, dus goed wordt voorgelegd en voorbereid.

*"We willen ze verleiden, ze moeten niks.
We bieden ze opties licht, medium, large, ze hebben keuzes."
- Medrie medewerker 2*

Tijd/autonomie relatie

Zoals eerder aangegeven staan tijd en autonomie niet los van elkaar. Dit blijkt echter niet direct terug te komen in de literatuur. Er zijn echter meerdere geïnterviewden die aangeven dat deze twee dingen niet los van elkaar staan en dat hierbij de een invloed heeft op de

ander. Deze tijd en autonomie relatie is belangrijk voor het in kaart brengen van de huisartsen tevredenheid, want dit zou aantonen dat je nooit beide tegelijk kan hebben

“Hier wordt wel tijd in gewonnen, niet het maximale maar dat is ook niet mogelijk als je autonomie wilt behouden”

- praktijkmanager 1

“De tijd die je wint ten opzichte van de autonomie die je verliest. Dat is nog wel een goed evenwicht”

-Huisarts 4

Dit komt overeen met eerdere opmerkingen dat er ondanks tevredenheid een spanningsveld ontstaat rond deze twee thema's, hierbij zou er nooit de een volledig nagestreefd kunnen worden, zonder de ander te negeren. Deze relatie is echter binnen elk thema weer anders en de nuances liggen hierbij soms ook verder uit elkaar. Zoals de data uit de numerieke schaal laat zien, ziet men binnen de ketenzorg een veel groter verschil tussen tijd en autonomie en worden hierover ook veel duidelijker uitspraken gedaan, zowel door Medrie als huisartsen en praktijkmanagers. Dit betekent niet direct uit de interviews dat men ontevreden is over de verdeling van tijd en autonomie, er is echter sprake van een grotere afstand van de huisarts tot de ketenzorg. De afstand van de huisarts tot de ketenzorg is een opmerking die door alle geïnterviewden wordt gedeeld.

Dat loopt goed autonoom binnen de praktijk, de praktijkondersteuner redt zich prima en is volledig autonoom.

- Huisarts 1

Ze besparen me bijna teveel tijd.

- Huisarts 2

Deze algehele verdeling komt het beste naar voren in ketenzorg en ICT/innovatie. In uitspraken is er duidelijk verschil, waarbij ketenzorg zoals eerder vermeld redelijk autonoom geregeld wordt door Medrie en tijdswinst oplevert. Het tegenovergestelde gebeurt bij ICT en innovatie, waarbij ze in de data hetzelfde worden gewaardeerd, maar er andere verwachtingen zijn voor Medrie.

Intern/extern verschil

Binnen dit onderzoek zijn zowel externe als interne mensen gevraagd om feedback te geven op tijd en autonomie, dit leidt tot een aantal inzichten die cijfermatig een kleine inzicht geven in verschil tussen het belang van bepaalde aspecten (zie bijlagen verschil extern/intern). Belangrijke opvallendheid is dat de Medrie als service organisatie de autonomie van de huisartsen hoger inschat, dan de huisartsen zelf hun eigen autonomie scoren binnen bepaalde thema's. Tevens kan het model gebruik worden om vergelijkingen te maken tussen inschatting van de regieorganisatie en de huisarts als service ontvanger. Door een inschatting te maken van de autonomie en tijd binnen de thema's kon er geconcludeerd worden dat Medrie niet te

ver durft in te treden op de autonomie van de huisarts. Beginnend daarmee is de quote van huisartsen:

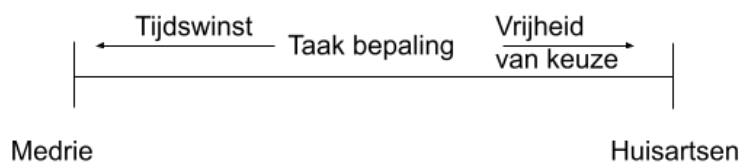
“Die eisen die gesteld worden aan ons werk, maken dat je dit niet meer in je eentje kunt.” - Huisarts 2

“ze hebben het gevoel dat ze mee moeten in systemen, terwijl dat gefaciliteerd wordt door Medrie, niet opgelegd want Uitrollen is not done in deze wereld, dat is eng” - Medrie medewerker 2

en

““Er moet meer duidelijkheid komen, wat mag Medrie beslissen en waar hebben zij de achterban voor nodig. Ik denk dat daar gewoon duidelijke afspraken over moeten komen.” medrie medewerker 1

Deze 3 uitspraken van 3 verschillende mensen geven een autonomie verschil weer in de taakverdeling tussen Medrie en de huisartsen een spanningsveld zie figuur 1, waarbij Medrie duidelijk voorzichtig is om verder te gaan.



Figuur 1: intern/extern

Hierbij is Medrie van mening, dat ze als serviceorganisatie te veel impact hebben op de vrijheid van keuze bij de huisartsen. Waarbij taak bepaling hierin breed is geïnterpreteerd als een taak of dienst geregeld of mogelijk geregeld door Medrie.

Thema kwaliteitsonderzoek

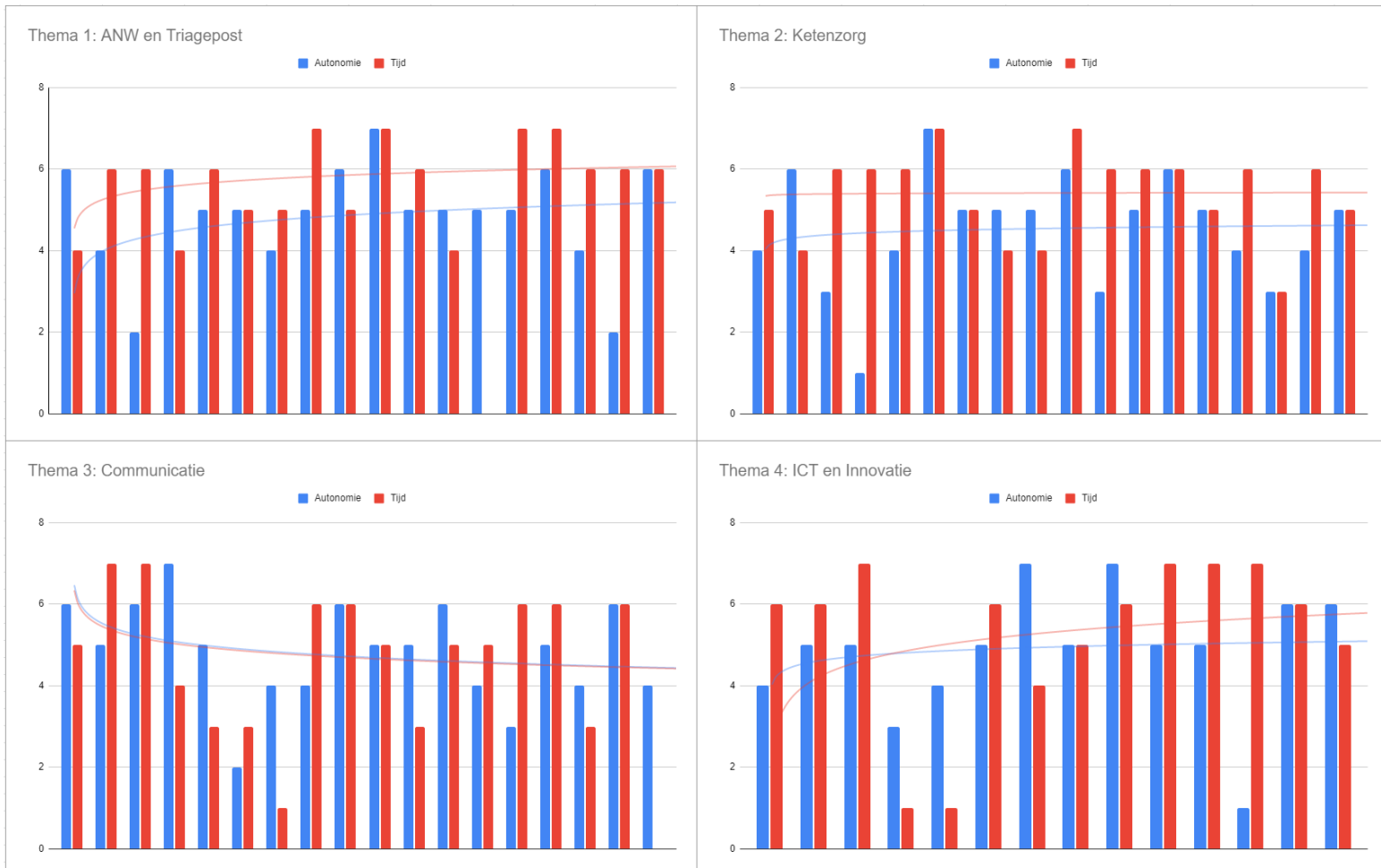
Het gebruik van dit model en de interviews die hieruit volgde, zijn voor Medrie belangrijk om een aantal deelvragen te beantwoorden. Een groot deel van de geïnterviewden gaf hierin aan dat dit een fijn formaat is om uit te vragen of de tevredenheid van bepaalde thema's.

“Er wordt mij nooit gevraagd wat vind je van deze dienst, eerlijk gezegd hoef ik dat niet. Je krijgt wel eens van die automatische mails over klanttevredenheid. Die vragen hoeveel sterren geef je het en ik denk donder op”

Deze vorm van een 45 minuten interview werd gezien als preferent boven vragenlijsten. Het liefst gebeurd dit minimaal 1x per 2 jaar. De meeste gaven aan dat beeldbellen een makkelijke omgeving is om dit tussen consulten en planning met minimale tijd invasie te kunnen plannen. Het lijkt ook het best binnen Medrie te vallen, omdat geïnterviewden aangeven zich hierbij gehoord te voelen. Het lijkt goed om de feedback en de verbeterpunten hiervan terug te koppelen aan de geïnterviewden. Alle geïnterviewden waren geïnteresseerd in de uitkomsten van dit rapport.

Resultaten van de belangen schaal

In de interviews zijn bij de thema's huisartsenpost & ANW, ketenzorg, communicatie en ICT en innovatie naar een score gevraagd. De score gaat in een spectrum van een tot en met zeven en weerlegt hoe belangrijk de geïnterviewde de besproken dimensie in het algemeen ervaart. Dit betekent dat er achttien statements zijn van verschillende relevante specialisten over wat belangrijk ervaren wordt. Een overzicht van alle geleverde gegevens is te vinden in bijlage 3 en de resultaten van de tabel zijn weergegeven in kolomdiagrammen per thema in afbeelding 1.



Afbeelding 1: De vier thema's zijn visueel weergegeven in de 7 punten belangen schaal. Daarbij is met een logaritmische tool de trend tussen tijd en autonomie doorberekend. De trends tonen de verschillen in de afwegingen tussen tijd en autonomie naarmate meer interviews afgenomen worden.

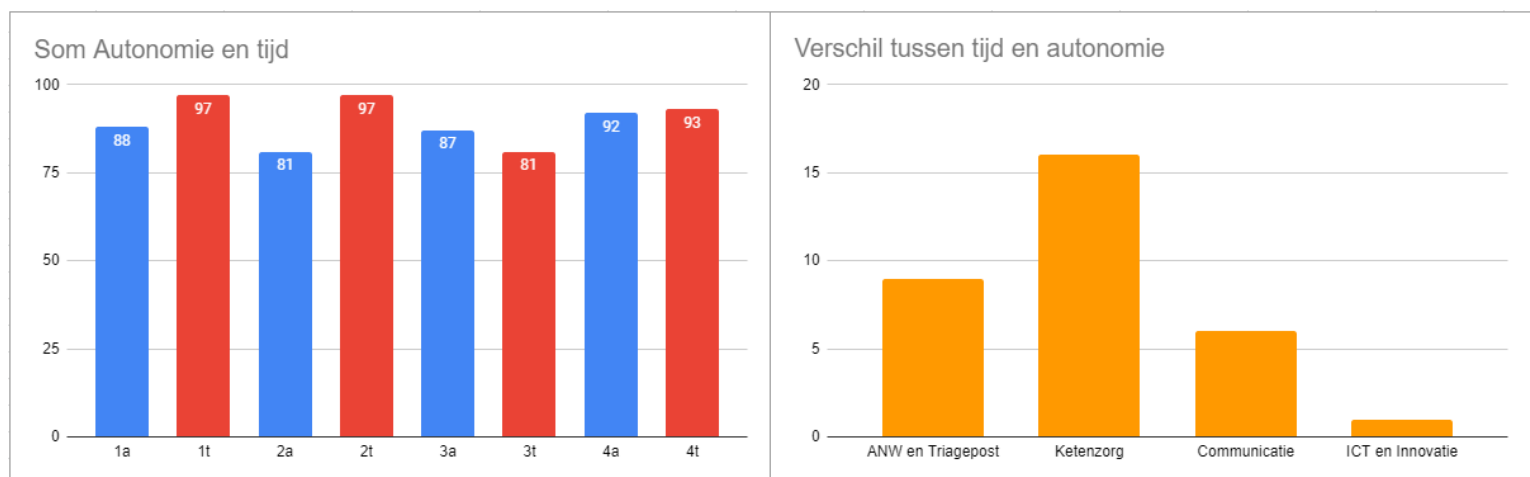
In de kolomdiagrammen van afbeelding 1 is voor elk thema een overzicht beschikbaar over de scores van tijd en autonomie. In thema's ANW en Triagepost en Ketenzorg ligt tijd hoger dan autonomie. Dit betekent dat regelingen waarin de huisartsen autonomie voor een deel moeten afstaan om meer tijdswinst te behalen voorkeur hebben op dit moment. Voor het thema Communicatie lopen de afwegingen van tijd en autonomie gelijk tegen elkaar op. Dit kan verklaard worden doordat de twee aspecten bij communicatie niet tegenover elkaar maar naast elkaar staan. De tijdsbesparing en het belang van tijd in communiceren wordt gestuurd door de autonomie van de huisartsen en praktijkmanagers. Zodra teveel communicatie binnenkomt kunnen ze in eigen autonomie afwegen, welke communicatie niet meer

meegenomen wordt. Binnen het thema ICT en Innovatie kan het verschil in belangen het meeste uiteen lopen. Tijdsbesparing is binnen ICT en Innovatie het belangrijkste. De ICT en de innovatiemogelijkheden moeten tijdsbesparend zijn. Wanneer het meer tijd kost om ICT of een innovatie te gebruiken wordt deze negatief ervaren. Wanneer de tijdsbesparing gehaald is wordt gekeken naar voorkeuren. Keuzes kunnen maken is belangrijk maar niet belangrijker dan de vraag op tijdsbesparing.

Observaties gemiddelden

De gegevens van de tabel in bijlage 3 zijn in de tabel van bijlage 4 samengevat in totalen. Het maximaal mogelijk haalbare gemiddelde hier is 126, met een gemeten gemiddelde van 89.5. Doorerekend naar de belangen schaal scoort dit een gemiddelde van 5.04 over alle uitgesproken belangen, wat het gemiddelde classificeert als label 5 uit de belangen schaal: “weegt mee”. De belangen schaal heeft geen thema’s gehad die de deelnemers in het algemeen onbelangrijk vonden. Alle vier de thema’s hebben invloed op de tevredenheid van huisartsen en praktijkmanagers.

In afbeelding 1 is af te lezen dat in thema ANW en Triagepost en in thema Keten zorg de tijd hoger scoort dan de autonomie. Dit is ook weer terug te zien in afbeelding 2 hieronder. Tijd scoort bij zowel thema ANW en triagepost als bij ketenzorg het hoogste van alle scores. Tijdsbesparende regelingen zijn bij deze thema’s het meest invloedrijk op de tevredenheid van de huisartsen en de praktijkmanagers. Thema Communicatie is het enige thema waar autonomie hoger scoort dan tijd. Dit kan verklaard worden doordat in dit thema de aspecten van tijd en autonomie naast elkaar staan in plaats van tegenover elkaar. De autonomie binnen thema communicatie geeft mogelijkheid tot tijdsbesparing. De huisartsen en de praktijkmanagers kunnen met hogere autonomie zelf meer beslissen hoeveel tijd ze hier aan willen besteden. Binnen thema ICT en Innovatie is het verschil in gemiddelden het kleinste. Dit is bijzonder aangezien de scores binnen dit thema ook het meeste uiteen lopen. Bij dit thema is het verschil mogelijk te verklaren in het verschil wat het Medrie personeel of de huisartsen en praktijkmanagers ervaren. Hiervoor moeten eerst de verschillen tussen deze twee groepen uitgewerkt worden.

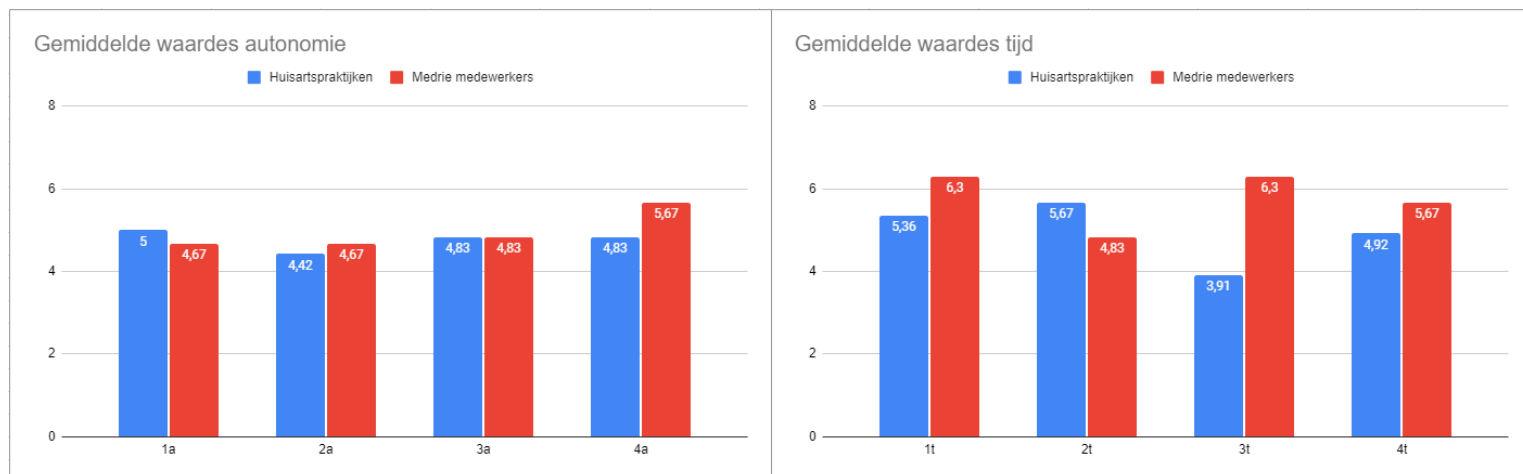


Links afbeelding 2: De som van de scores van autonomie(blauw) en tijd(rood) per thema.

Rechts afbeelding 3: De verschillen tussen de totaalscores van autonomie en tijd per thema.

Intern versus extern

In de tabel van bijlage 3 worden de gegevens weergegeven die de geïnterviewde specialisten konden geven. Een deel van de specialisten werkt bij Medrie en een deel van de specialisten werkt bij een huisartsenpraktijk. In de tabellen in bijlagen 5 worden de gegevens van de Medrie medewerkers en de praktijkmanagers en huisartsen gesplitst weergegeven. In bijlage 5 worden de gegevens van de medewerkers van Medrie vergeleken met de gegevens van de praktijkmanagers en de huisartsen. Dit is ook visueel weergegeven in afbeelding 4.



Afbeelding 4: De gemiddelden in autonomie(links) en tijd(rechts).

De verschillen tussen de scores van autonomie liggen bij huisartsenpraktijken en Medrie redelijk gelijk per thema. Het grootste verschil, wat nog steeds niet heel ver uit elkaar ligt, zit in de autonomie van thema ICT en innovatie. Medrie medewerkers denken meer aan de autonomie van de huisartsenpraktijken in tact houden bij het innoveren. Dit ligt waarschijnlijk bij de service kant van de Medrie medewerkers. Huisartsenpraktijken hebben keuze welke innovaties ze willen, Medrie kan het alleen zo mooi mogelijk maken om aan te bieden. De Medewerkers van Medrie zijn in die relatie meer georiënteerd op de ervaren autonomie van de huisarts. Verder zijn de verschillen tussen Medrie en de huisartspraktijken nagenoeg gelijk.

Binnen de scores van tijd is wel verschil in mening te zien. De Medrie medewerkers scoren tijd belangrijker dan autonomie bij drie op de vier thema's, alleen bij ketenzorg niet. Ze scoren over het algemeen hoger dan de huisartsen. Dit is verklaarbaar door hun positie als dienstverlener. Tijd scoort hoger dan autonomie bij de huisartsen, dat Medrie medewerkers dan ook ervaren dat huisartsen tijd erg belangrijk vinden sluit daarop aan. In het thema Communicatie scoren de huisartsen lager dan bij de andere thema's. Dit komt doordat de tijd die huisartsen en praktijkmanagers kwijt zijn aan communicatie gevolg is van hun autonomie om dat zelf te mogen sturen. Medrie heeft vanuit de service positie een rol om communicatie zo kort en bondig mogelijk te houden, en scoort daarom ook hoger dan de huisartsen bij communicatie.

Analyse

Als alle resultaten worden geanalyseerd, dan kan er aangenomen worden dat huisartsen redelijk tevreden lijken over de algehele situatie met Medrie. Echter zijn er een aantal thema's waarin Medrie moet gaan kijken naar verbeteringen. Hierbij moeten en kunnen ze niet te bang voor het inperken van autonomie bij Huisartsen. Dit leidt te makkelijk tot verdunning van de diensten. Het voorbeeld hiervan is ICT en het aanleggen van nieuwe innovaties. Goede innovaties moeten in samenspraak, maar gestuurd worden door Medrie om grotere uitrol te kunnen garanderen. Het gebruik van voorlopers voor mogelijke nieuwe innovaties kan leiden tot nieuw gebruik van ICT en innovaties, maar doordat er niet gestuurd is naar een mogelijke collectieve aanpak leidden tot slechts enkele projecten, die na enkele jaren uitsterven of bij de early adopters alleen worden toegepast, wat leidt tot grotere verschillen bij de aangesloten huisartsen. Doordat er niet altijd heldere keuzes of complete "goede" ICT producten worden geleverd leidt dit ertoe dat huisartsen zich vasthouden aan de autonomie, die ze hebben, omdat ze bang zijn om in dit thema tijd te verliezen door nieuwe producten.

Het tweede punt is de ketenzorg geleverd door Medrie. De tevredenheid van de huisartsen lijkt hierin groot, omdat het redelijk autonoom van de huisartsen loopt en tijdswinst oplevert. Dit brengt echter een gevaar met zich mee voor de praktijkhouder en Medrie. Zoals een van de huisartsen zei; *Misschien moet je wel zeggen 10% van de patiënten zeg ik zelf, je moet je vakbekwaamheid niet kwijtraken*. De huisarts blijft hier wel echter verantwoordelijk voor en hierbij moet Medrie ervan zeggen, dat het niet te makkelijk moet gaan. Het ontzorgen en regelen van deze zorg moet niet op de lange duur ten koste gaan van deze ketenzorg. De autonomie van de huisarts moet hierin worden gegarandeerd om langdurige tevredenheid te kunnen bewerkstelligen.

Het derde punt is dat de dienstenstructuur op lange termijn onhoudbaar kan worden. De tevredenheid van de geleverde diensten door Medrie is hierop in orde, echter is er een vlak waarin Medrie hierin niet goed kan acteren. De autonomie van de huisarts is namelijk vrij beperkt. De huisarts moet deze diensten draaien en is hier verantwoordelijk voor. Dit betekent dat een grote impact heeft op het privéleven van de huisarts. Dit is ondanks alle zaken van Medrie, waarbij de ondersteuning hiervan goed is geregeld. Wat hierbij opvalt is de kleine zaken hierin het verschil maken. Kwaliteit van het bed waarin geslapen kan worden, de aanwezigheid van een avondmaaltijd of zelfs de afwezigheid van een pasje voor de arts in opleiding. Medrie kan hierin echter geen leidende rol hebben. De huisartsen zijn hier autonoom in en dit kan leiden tot stress op de post en extra diensten bij onderbezetting. De huisartsenpost lijkt verder goed te functioneren, maar zou voor de toekomst bestendiger gemaakt moeten worden.

Daarbij lijkt communicatie een vertekend beeld te geven binnen dit model. Dit omdat bepaalde aspecten binnen communicatie door elkaar lopen zoals vermeld in de resultaten. Alle andere thema's zijn diensten van Medrie en communicatie is hiervan een mix(product Connect en communicatie met Medrie verder). Hierdoor is er een splitsing van tevredenheid. Waarbij 2 aspecten ontstaan, die niet gemixt beantwoord worden en niet naast elkaar kunnen worden gelegd. Het interview had hierbij beter kunnen uitvragen over de dienst Connect en niet over de communicatie. Hierdoor is er niet direct een goede conclusie te maken over de tevredenheid van huisartsen.

De vragen die Medrie stelde in de onderzoeksopdracht kunnen beantwoord worden met de gegevens uit de interviews. De onderstaande antwoorden zijn het advies van dit rapport op de vragen die medrie gesteld heeft.

“Middels welke methoden kan huisarts tevredenheid worden gemeten?”

De voorkeur voor huisartsen ligt bij een gesprek. Dit kan via beeldbellen en kan een op een of in groepen gedaan worden. De gemiddelde herhaling van een gesprek is eens in de twee jaar voor een gesprek van dertig tot maximaal vijfenveertig minuten. Directe vragen naar tevredenheid geven niet voldoende uitdaging als vraag voor huisartsen om zich uitgedaagd te voelen dieper de materie in te duiken tijdens de interviews. Daarom wordt aangeraden tijd en autonomie te gebruiken als bewegingspunten. Hierdoor kunnen deelnemers hun tevredenheid op verschillende manieren bekijken, wat resulteert in meer feedback over wat de huisartsen tevreden maakt over een bepaalde dienstverlening.

“Wat maakt dat respons binnen Medrie laag is?”

De survey was schriftelijk verspreid. Veel huisartsen hebben aangegeven dat veel mail die ze ontvangen niet goed binnenkomt i.v.m. spamfilters, overvloedige communicatie en prioriteiten moeten stellen wat ze wel en niet willen lezen. De kans dat een survey dan aankomt is klein, en vragen en surveys via de mail komen ook in excessen voor bij huisartsen waardoor vaker de keuze gemaakt wordt om niet deel te nemen aan een survey.

“Welke methode past het best bij huisartsen die aangesloten zijn bij Medrie en waarom?”

Via een persoonlijk gesprek, beeldbellen of fysiek is minder belangrijk. De huisartsen hebben voorkeur aan een fysiek gesprek maar begrijpen dat beeldbellen gemakkelijker is wanneer meerdere huisartsen persoonlijk benaderd moeten worden.

“Welke frequentie is gewenst om de verbetercyclus te waarborgen?”

Eens in de twee jaar. Deel de resultaten en het verbeterplan met de deelnemers van het onderzoek, alle 18 deelnemers gaven aan dit graag te willen. Verder adviseren we dat niet elke twee jaar iedereen geïnterviewd moet worden. De organisatie heeft intern al veel feedback systemen waar veel huisartsen tevreden mee zijn. Het beste is een open uitnodiging sturen en het in vergaderingen melden als agendapunt dat huisartsen en praktijkmanagers zich kunnen aanmelden voor een gesprek. Mochten niet voldoende mensen reageren dan is telefonisch contact opnemen met de praktijken de beste oplossing.

“Hoe kan het nieuwe feedback systeem voor het tevredenheidsonderzoek geïmplementeerd worden?”

Over anderhalf jaar opnieuw de thema's definiëren in samenwerking met een kleine groep huisartsen. Op basis van de thema's opnieuw in tijd en autonomie interviews afnemen bij huisartsen in een zo divers haalbare populatie qua regio's, leeftijd en geslacht.

Conclusie

Uit dit onderzoek zijn een aantal dingen te concluderen over de invloed en de relaties van tijd en autonomie en tevredenheid van de huisartsen. Daarbij zijn bij een aantal thema's tijd of autonomie naar voren gekomen bij thema's die Medrie oppakt.

De autonomie bij de ketenzorg is laag, maar de tevredenheid is hoog, dit kan alleen maar als Medrie de zaken hierbij goed regelt en goed organiseert voor de aangesloten huisartsen, hiermee winnen ze tijd voor de huisartsen. De tegengestelde reactie vindt plaats bij autonomie, hierbij willen huisartsen dat zaken goed worden geregeld, maar zolang dit niet gebeurt, dan willen ze de autonomie hierover behouden. Bij beide is er sprake van een relatie tussen de mogelijke tijdswinst die het levert zoals bij de ketenzorg en de mogelijke tijdswinst die het kan leveren als het goed werkt zoals bij de ICT en innovatie. Er is de sprake van een wisselwerking tussen tijd en autonomie binnen deze thema's, waarbij Medrie te voorzichtig omgaat om verdere autonomie over te nemen, terwijl tijdswinst en tevredenheid te behalen is. Dit is ook te zien vanuit het intern en extern verschil van Medrie(intern) en de huisartsen en praktijkmanagers(extern).

Bij de dienstenstructuur(ANW) is een meer gemiddelde consensus te vinden tussen tijd en autonomie en lijkt er een redelijke tevredenheidsgraad behaald te zijn met kleine mogelijke verbeteringen. Dit lijkt in z'n geheel te komen, doordat de ANW meer embedded is en onderliggende protocollen moeilijker te veranderen zijn.

Het thema communicatie geeft duidelijk dat tijd en autonomie ook minder belangrijk gevonden kunnen worden voor tevredenheid van diensten. Bij communicatie werden wel aspecten aangegeven die invloed hadden op de tevredenheid, maar het algehele belang lag hier toch lager voor de tevredenheid. Hierbij is sprake van een groot verschil tussen Medrie en de huisartsen. Medrie is bang om te over communiceren en waardeert dit ook zo.

De algehele invloed en relatie van tijd en autonomie op de tevredenheid van huisartsen en praktijkmanagers aangesloten bij Medrie lijkt redelijk bewezen door dit onderzoek. De relatie van deze twee aspecten lijken een goede meta-analyse te kunnen leveren van aangesloten zorgprofessionals bij een regieorganisatie. Voor Medrie betekent dit dat ze in goede consensus, meer autonomie kunnen overnemen bij ICT en innovatie zolang dit maar, altijd meer tijdswinst oplevert dan autonomie verliest.

De gestelde hypotheses in het theoretisch kader kunnen hiermee aangenomen worden. Het TATA-model geschetst in dit onderzoek geeft een analyse op de tevredenheid van huisartsen aangesloten bij een regio organisatie zoals Medrie. Tevredenheid kan doormiddel van tijd en autonomie worden uitgevraagd bij huisartsen en er bestaat een redelijk bewijs dat tijd en autonomie een afhankelijke relatie hebben tot tevredenheid bij huisartsen. Het TATA-model zou echter verder gevalideerd moeten worden, vanwege de beperkte sample size. Het lijkt er wel op, dat dit een basis tool kan zijn in het analyseren van tevredenheid van deze hoogopgeleide autonome professionals. Deze basistool is daarmee waarschijnlijk ook geschikt voor andere beroepsgroepen. Verder onderzoek naar de tevredenheid zou zowel kunnen bij verpleegkundigen in de gezondheidszorg, de impact van autonomie en tijd op docenten en professoren.

Tevredenheid van huisartsen kan volgens dit onderzoek benaderd worden door tijd en autonomie te gebruiken als indicator van tevredenheid over bepaalde diensten. Service organisaties kunnen daarmee voor aangesloten hoogopgeleide professionals tevredenheid uitvragen door middel van de waardering tijd en autonomie.

Discussie

Er zijn een aantal aspecten binnen dit onderzoek, die opvallen en meegenomen moet worden. Het eerste aspect is dat voor dit onderzoek alle huisartsen van Medrie zijn benaderd om mee te doen aan dit onderzoek, helaas heeft slechts een beperkt gedeelte van de populatie gereageerd. Dit door middel van de huisarts zelf of de praktijkmanager, doordat dit slechts 12 externe respondenten waren kan er een vertekend beeld ontstaan van de aangesloten praktijken bij Medrie. Doordat dit onderzoek uitgevoerd is in de staart van de COVID-crisis is er een hoge druk op de huisartsenpraktijken. Huisartsenpraktijken die in het algemeen hun zaken beter hebben georganiseerd, kunnen daardoor meer tijd hebben om te reageren en mee te werken aan dit onderzoek. Hierdoor kan een analyse geschetst worden door het model in dit onderzoek, dat slechts slaat op praktijken, die beter georganiseerd zijn, omdat ze in tijden van crisis in staat zijn om te reageren op onderzoeksvoorstellen.

Het tweede aspect is dat de onderzoekspopulatie niet divers genoeg is over de aangesloten regio's, geslacht en populatie leeftijd. Er is zware vertegenwoordiging vanuit Zwolle en beperkte respons uit Flevoland en Hardenberg. Nu zijn deze regio's ook zo verdeeld, maar rekening mee houden dat leeftijd in Flevoland hoog was en in Hardenberg gemiddeld, geeft dit een licht vertekend beeld van de populatie van Medrie. Daarnaast is er een oververtegenwoordiging van mannelijke huisartsen tegenover slechts 1 vrouwelijke huisarts. Daarentegen was er slechts 1 mannelijke praktijkmanager en 3 vrouwelijke praktijkmanagers. Interview saturatie was wel bereikt, maar de populatie was niet optimaal representatief. Om die reden zijn demografische gegevens niet verder uitgewerkt binnen de resultaten.

Dit model is gericht op de service vanuit een regio organisatie op aangesloten huisartsen, maar zou geadopteerd kunnen worden voor andere organisaties, die services leveren aan hoog opgeleide autonome professionals. Mogelijke voorbeelden hiervan zijn wetenschappers, zoals hoogleraren en vakgroepen en de universiteiten waarbij zij toebehoren. Specialisten en ziekenhuizen kan ook een combinatie zijn voor mogelijk vervolgonderzoek voor de impact van tijd en autonomie. De beperking hierin schuilt dat er slechts is gekeken naar tijd en autonomie als neutrale deler, andere delers zijn niet uitgevraagd(bijv. Financiën, kwaliteit van zorg). Mochten deze noodzakelijk zijn, dan kunnen niet direct meegenomen worden in dit model.

Verantwoording kwantitatieve saturatie

Voor de kwalitatieve validiteit is lastig te zeggen of deze valide is of niet. Bij het berekenen van de juiste sample size op een populatie van ongeveer 300* mensen met een foutmarge van 5% en een betrouwbaarheidsinterval van 95% zouden 169 mensen deel moeten nemen. Dit is niet haalbaar voor dit onderzoek. Met 18 van de ongeveer 300 mensen die reageren is het huidige foutmarge van dit onderzoek bij een betrouwbaarheidsinterval van 95% al 22.38%. Op basis daarvan kan gezegd worden dat de kwantitatieve data niet valide is, echter is kwantitatieve representatie een vaker voorkomend probleem binnen onderzoek bij gezondheidsorganisaties.(29) We kunnen volgens de sample size berekeningen niet zeggen dat het kwantitatieve deel valide is. We raden alsnog aan mogelijke conclusies uit de kwantitatieve data mee te nemen in het advies.

*Het getal 300 is een schatting gebaseerd op de ongeveer 280 huisartsen samen met de praktijkmanagers, regiomanagers en personeel van Medrie wat in aanmerking komt voor dit onderzoek.

Aanbevelingen

Dit betekent dat er een tweetal aanbevelingen gedaan kan worden voor dit rapport : een wetenschappelijke en praktijk aanbeveling. De praktijk analyse voor Medrie is geeft duidelijk resultaat. Op basis van het model kan er een aantal aspecten zijn waarna gekeken moeten worden voor de tevredenheid:

- **Toekomstbestendiger maken van de huisartsenpost.**
- **Duidelijke ICT-/innovatiestrategie.**
- **Het voorkomen van vertraagde vooruitgang in de ketenzorg.**

Voor het wetenschappelijke aspect zijn er ook een 3-tal aanbevelingen:

- **Het toepassen van dit model in een andere groep hoogopgeleide professionals in combinatie met een serviceorganisatie.**
- **Het onderzoeken van toevoegingen van indicatoren aan dit model zoals kwaliteit van zorg, waarbij relaties zoals kwaliteit van zorg en tijd ontstaan.**
- **Het valideren van dit model in een andere regio organisatie bij huisartsen.**

Literatuurlijst

1. Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, VTV2018, Trendskenario's, Zorguitgaven
<https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>
2. Volksgezondheidszorg.info, Bevolking, Cijfers & Context, Bevolkingsomvang, Prognose bevolkingsomvang, bevolkingsopbouw 1950-2018 en prognose 2019-2060
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/bevolking/cijfers-context/bevolkingsomvang#node-prognose-bevolkingsopbouw>
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Volksgezondheid Toekomst verkenning "Een gezond vooruitzicht", juni 2018
<https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2018-0030.pdf>
4. Volksgezondheidszorg.info, Chronische aandoeningen en multimorbiditeit, Cijfers & Context, Huidige situatie, publicatie van 07-01-2021
<https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts>
5. Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022, getekend op 11 juli 2018
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>
6. De juiste zorg op de juiste plek, wie durft?, Rapport Taskforce De juiste zorg op de juiste plek, 01-04-2018
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
7. Nederlandse Zorgautoriteit, Monitoring Contractering Huisartsenzorg 2020, versie 1 gepubliceerd op 06-04-2020
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_304821_22/1/
8. Regio organisatie Medrie, website versie 04-03-2021
<https://www.medrie.nl/over-medrie>
9. Medrie, Bestuursverslag 2019, opgehaald op 04-04-2021
<https://www.medrie.nl/bestuursverslag>
10. Hans Heerkens, Arnold van Winden, Systematisch managementproblemen oplossen, 2017
<https://research.utwente.nl/en/publications/systematisch-managementproblemen-oplossen>

- 11.** Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2002 Dec;11 PMID: 12468698; PMCID: PMC1758017
- 12.** Griffiths P. (2002). Evidence informing practice: introducing the mini-review. *British journal of community nursing*, 7(1), 38–39. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2002.7.1.9435>
- 13.** [BMJ](#) (OPEN ACCESS) Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. [BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71](#)
- 14.** Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries. PMID: 33066776; PMCID: PMC7565810.
- 15.** van den Hombergh, P., Künzi, B., Elwyn, G. et al. High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 9, 118 (2009).
- 16.** Long L, Moore D, Robinson S, Sansom A, Aylward A, Fletcher E, Welsman J, Dean SG, Campbell JL, Anderson R. Understanding why primary care doctors leave direct patient care: a systematic review of qualitative research. *BMJ Open*. 2020 May 12;10(5):e029846. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029846. PMID: 32404383; PMCID: PMC7228506.
- 17.** van den Bussche H. Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen [The future problems of general practice in Germany: current trends and necessary measures]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2019 Sep;62(9):1129-1137. German. doi: 10.1007/s00103-019-02997-9. PMID: 31420714.
- 18.** Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicenter qualitative research by the European general practice research network. Published 2019 Aug 9. doi:10.1186/s12875-019-0985-9
- 19.** Petersson EL, Wikberg C, Westman J, Ariai N, Nejati S, Björkelund C. Effects on work ability, job strain and quality of life of monitoring depression using a self-assessment instrument in recurrent general practitioner consultations: A randomized controlled study. *Work*. 2018;60(1):63-73. doi: 10.3233/WOR-182717. PMID: 29733038; PMCID: PMC6027947.
- 20.** Saragih, Susanti. (2011). The Effects of Job Autonomy on Work Outcomes: Self Efficacy as an Intervening Variable. *International Research Journal of Business Studies*. 4. 203-215. 10.21632/irjbs.4.3.203-215

- 21.** Lott, Yvonne. (2014). Working Time Autonomy and Time Adequacy. What if Performance is all that counts?. WSI Discussionpaper.
- 23.** Lott, Y. (2015). Working-time flexibility and autonomy: A European perspective on time adequacy. *European Journal of Industrial Relations*, 21(3), 259–274.
<https://doi.org/10.1177/0959680114543604>
- 24.** Hans Heerkens, Arnold van Winden, Systematisch managementproblemen oplossen, 2017
<https://research.utwente.nl/en/publications/systematisch-managementproblemen-oplossen>
- 25.** Miles, Matthew B. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook* / Matthew B. Miles, A. Michael Huberman, Johnny Saldaña, Arizona State University. — Third edition
- 26.** Ch. Platis, P. Reklitis, S. Zimeras, Relation between Job Satisfaction and Job Performance in Healthcare Services, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 175, 2015, Pages 480-487, ISSN 1877-0428, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>.
- 27.** Atlas.ti: The Qualitative Data Analysis
<https://atlasti.com/>
- 28.** Baker, Sarah Elsie and Edwards, Rosalind (2012) How many qualitative interviews is enough. Discussion Paper. NCRM.
- 29.** Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S. et al. Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *BMC Med Res Methodol* 18, 148 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>

Bijlagen

Bijlage 1: onderzoeksoopdracht Medrie

Titel: Ontwikkelen instrument om Huisartstevredenheid te meten

Achtergrond informatie:

Medrie is een regio-organisatie voor huisartsen in de regio's Flevoland, Hardenberg en Zwolle.

We faciliteren, ondersteunen, organiseren en vernieuwen de huisartsenzorg.

Missie

Medrie werkt voor huisartsen. Wij initiëren, stimuleren en ondersteunen samenwerking in het werkgebied van Medrie. Met elkaar dragen wij bij aan duurzame zorg en gezondheid. Wij signaleren kansen en helpen vernieuwingen te realiseren.

Medrie faciliteert huisartsen op twee gebieden. De ANW-zorg (avond, nacht en weekend zorg, oftewel de huisartsenposten en de triagepost) en de Chronische Zorg (o.a. vasculair risicomanagement (VRM), Diabetes, chronische obstructieve luchtweginfecties (COPD) en Ouderenzorg).

Probleem:

De huisarts is de 'afnemer' van diensten van Medrie. Medrie heeft geen inzicht in de tevredenheid van de huisartsen over de dienstverlening en ondersteuning aan hen.

Tevredenheid meten middels digitale vragenlijsten levert vaak een lage respons op. Medrie zoekt naar een methode/tool om de tevredenheid te meten met niet alleen een hoge respons maar ook kwalitatief goede input waarmee verbeteracties in gang gezet kunnen worden.

Doel van de opdracht:

(Hoofdvraag en individuele vragen)

Op welke manier kan Medrie de huisarts tevredenheid over hun dienstverlening meten?

- Middels welke methoden kan (huisarts)tevredenheid worden gemeten?
- Wat maakt dat respons binnen Medrie laag is?
- Welke methode past het best bij Medrie en waarom?
- Welke frequentie is gewenst om de verbetercyclus te waarborgen?
- Implementatie van het tevredenheidsonderzoek middels tool (gekozen of ontwikkeld)

Methodes:

(suggestie voor onderzoeksmethode(s), bijvoorbeeld interviews, survey, kostenanalyse etc.)

Interviews, evt. focusgroep, kosten-batenanalyse, survey

Voorstel groepsgrootte: 2

Eindproduct:

Tool om de huisarts tevredenheid over de dienstverlening van Medrie frequent en adequaat te meten bij zowel de Chronische Zorg als de ANW-zorg. Vervolgens ook het meten van de tevredenheid d.m.v. de ontwikkelde tool onder huisartsen in de Medrie regio.

Bijlage 2: Vragenlijst gestructureerde interviews

Semi-gestructureerde vragenlijst Huisarts of praktijkmanager:

Alle vragen moeten op volgorde en per district volledig beantwoord worden. Je kan niet naar het volgende thema zonder alle vragen voldoende beantwoord te hebben bij de geïnterviewde.

Introductie

Demografisch identificeren

Doelstelling is een demografische beschrijving krijgen van het individu. Begin met het uitleggen van het doel van het onderzoek en stel daarna de volgende vragen:

“Welkom en bedankt voor interesse tonen in ons onderzoek. Ons doel is het identificeren van de belangrijkste indicatoren die bij de service van Medrie horen. Hierbij willen we u vragen stellen.

Wat is uw Naam?

Welke functie(s) heeft u?

Welke leeftijd bent u?

In welke regio bent u (voornamelijk) werkzaam?

Hoeveel uur per week werkt u gemiddeld?

Heeft u een eigen praktijk?

[Zo Ja?]

Hoeveel medewerkers heeft u?

Hoeveel patiënten behandelt u?

[Zo Nee?]

Werkt u bij een praktijk?

Functioneert u (fulltime) als waarnemer?

In welke regionale vergadergroepen doet u mee?

[Zo ja?] Waarom doet u dit?

[Zo Nee?] Waarom doet u dit niet?

Wilt u werkzaam blijven in uw huidige regio?

Hoe lang gebruikt u al de dienstverlening van Medrie?

Waarom heeft u voor de dienstverlening van Medrie gekozen?

introductie thema's

“We gaan vier thema's langs over de dienstverlening van Medrie waarbij we willen kijken naar tijdswinst en autonomie binnen dat thema. Hierbij vragen we af en toe naar een beoordeling op een schaal van een tot zeven. De schaal representeert hier:

1: Dit is compleet onverschillig

2: Dit weegt niet mee

3: Dit weegt niet echt mee

4: Dit weegt enigszins mee

5: Dit weegt mee

6: Dit is belangrijk

7: Dit is het belangrijkste

Thema 1: Huisartsenposten & ANW

Autonomie

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw autonomie binnen de regelingen van de ANW zorg en huisartsen?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de ANW zorg regelingen en de huisartsenposten?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Tijd

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw tijdsmanagement binnen de regelingen van de ANW zorg en huisartsen?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de ANW zorg regelingen en de huisartsenposten?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Thema 2: Ketenzorg

Autonomie

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw autonomie binnen de regelingen van de Ketenzorg?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de Ketenzorg?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Tijd

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw tijdsmanagement binnen de regelingen van de Ketenzorg?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de Ketenzorg?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Thema 3: Communicatie

Autonomie

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw autonomie binnen de regelingen van de Communicatie?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de Communicatie?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Tijd

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw tijdsmanagement binnen de regelingen van de Communicatie?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de Communicatie?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Thema 4: ICT en Innovatie

Autonomie

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw autonomie binnen de regelingen van ICT en innovatie?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan de ICT en innovatie?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Tijd

Likert schaal: Op de schaal van een tot zeven, hoe belangrijk vindt u uw tijdsmanagement binnen de regelingen van ICT en innovatie?

Waarom geeft u het dit cijfer?

Wat vindt u het belangrijkste aan ICT en innovatie?

Wat vindt u het minst belangrijk?

Thema 5: Benaderen kwaliteitsthema's

Van welke feedback cycli bent u op dit moment op de hoogte?

[zo ja?]Wat vindt u op dit moment van die feedback cycli?

Hoe ziet u de feedback cycli in de toekomst graag voor u?

Hoe wilt u het liefst benaderd worden voor een feedback sessie?

Hoe vaak (in maanden of jaren) wilt u graag over de service in het algemeen feedback invullen?

Hoe lang mag een feedbacksessie voor u duren?

Hoe lang mag een feedback survey van u ongeveer zijn?

Bent u geïnteresseerd in rapporten van wat met de feedback gedaan wordt?

Sluiting

Welk van de genoemde thema's vindt u over het algemeen het belangrijkste?

Waarom vindt u dit?

Welk van de genoemde thema's vindt u op dit moment het belangrijkste?

Waarom vindt u dit?

Vindt u autonomie of tijd het meest belangrijk?

Hebben we nog indicatoren gemist die u heel belangrijk vindt?

Heeft u in het algemeen nog iets wat u wilt aandragen?

We danken u voor uw tijd.

Bijlage 3:

#interview	1a	1t	2a	2t	3a	3t	4a	4t	T / A	Themakeuze	Intern/Extern	vergaderg roepen
1	6	4	4	5	6	5	4	6	T	1	E	4
2	4	6	6	4	5	7	5	6	A	1	I	5
3	2	6	3	6	6	7	5	7	Beide	4	I	5
4	6	4	1	6	7	4	3	1	T	1	E	2
5	5	6	4	6	5	3	4	1	A	1	E	4
6	5	5	7	7	2	3	5	6	-	-	E	3
7	4	5	5	5	4	1	7	4	A	4	E	5
8	5	7	5	4	4	6	5	5	T	1	I	5+
9	6	5	5	4	6	6	7	6	A	1	I	5+
10	7	7	6	7	5	5	5	7	T	4	E	3
11	5	6	3	6	5	3	5	7	T	4	E	2
12	5	4	5	6	6	5	1	7	A	1	E	1
13	5	-	6	6	4	5	6	6	T	1	E	1
14	5	7	5	5	3	6	6	5	T	1	I	5+
15	6	7	4	6	5	6	6	5	T	1	I	5+
16	4	6	3	3	4	3	5	4	T	1	E	3
17	2	6	4	6	6	6	7	7	T	1	E	2
18	6	6	5	5	4	-	6	3	A	3	E	0

Tab res 1: Deze tabel geeft alle gegens weer die uit de interviews gekomen zijn. Hierin staat 1a voor autonomie in thema een en 1t voor tijd in thema een en zo door. De T/A kolom geeft antwoord op of de geïnterviewde tijd of autonomie in het algemeen het belangrijkste vond. De themakeuze geeft aan welk thema het belangrijkste ervaren wordt. Hierin is thema 1 ANW en Triagepost, 2 Ketenzorg, 3 Communicatie en 4 ICT en innovatie. Intern of extern geeft aan of het gaat om interne Medrie medewerkers(I) of externe Praktijkmanagers of Huisartsen(E) aan de regio organisatie Medrie. Vergadergroepen geeft aan aan hoeveel verschillende interdisciplinaire vergaderingen de geïnterviewde deel neemt

Bijlage 4: Tabel met opsomming en doorgerkende gemiddelden

	1		2			3			4			5			
	1a	1t	g.	2a	2t	g.	3a	3t	g.	4a	4t	g.	Gem.	g.a.	g.t.
Totaal	88	97	92.5	81	97	89	87	81	84	92	93	92.5	89.50	87	92
verschil	-1.5	7.5	3.0	-8.5	7.5	0.5	-2.5	-8.5	5.5	2.5	3.5	3.0	-	-	-

afstand a/t	9	9	-	16	16	-	6	6	-	1	1	-	8	5	5
Gem.	4.89	5.39	5.14	4.50	5.39	4.95	4.83	4.76	4.80	5.11	5.17	5.14	5.01	4.83	5.18
Versc hil g.	-0.12	0.38	0.13	-0.51	0.38	-0.06	-0.18	-0.25	-0.21	0.10	0.16	0.13	-	-	-
afstand g. a/t	0.5	0.5	-	0.89	0.89	-	0.07	0.07	-	0.06	0.06	-	0.38	0.35	0.35

Tab. res 2: Deze tabel is een opsomming van de cijfers uit (tab res 1). De tabel bestaat uit vijf groepen van drie kolommen. De a staat voor autonomie in elke kolom, de t voor tijd. De thema's worden zoals hieronder staat gerepresenteerd. De rijen geven de som van alle cijfers(totaal), verschil tussen totalen binnen thema(verschil), de afstand tussen autonomie en tijd binnen het thema(afstand a/t), gemiddelde score (gem.), verschil in gemiddelde score (verschil g.) en het verschil tussen de gemiddelde scores binnen de thema's (afstand g. a/t) weer.

1: Huisartsenpost en ANW

2: Keten zorg

3: Communicatie

4: ICT en Innovatie

5: Totale opsomming 4 thema's

Bijlage 5: Gegevens gescheiden in Medrie medewerkers en de huisartsen en praktijkmanagers.

#interview	1a	1t	2a	2t	3a	3t	4a	4t	T / A	Thema keuze	Intern extern	vergadergro epen
2	4	6	6	4	5	7	5	6	A	1	I	5
3	2	6	3	6	6	7	5	7	Beide	4	I	5
8	5	7	5	4	4	6	5	5	T	1	I	5+
9	6	5	5	4	6	6	7	6	A	1	I	5+
14	5	7	5	5	3	6	6	5	T	1	I	5+
15	6	7	4	6	5	6	6	5	T	1	I	5+
Totaal	28	38	28	29	29	38	34	34	-	-	-	-
Gem.	4.67	6.3	4.67	4.83	4.83	6.3	5.67	5.67	-	-	-	-

Tabel res 3: Data van personeel in Dienst van Medrie.

#interview	1a	1t	2a	2t	3a	3t	4a	4t	T / A	Thema keuze	Intern extern	vergadergro epen
1	6	4	4	5	6	5	4	6	T	1	E	4
4	6	4	1	6	7	4	3	1	T	1	E	2
5	5	6	4	6	5	3	4	1	A	1	E	4
6	5	5	7	7	2	3	5	6	-	-	E	3
7	4	5	5	5	4	1	7	4	A	4	E	5
10	7	7	6	7	5	5	5	7	T	4	E	3
11	5	6	3	6	5	3	5	7	T	4	E	2
12	5	4	5	6	6	5	1	7	A	1	E	1
13	5	-*	6	6	4	5	6	6	T	1	E	1
16	4	6	3	3	4	3	5	4	T	1	E	3
17	2	6	4	6	6	6	7	7	T	1	E	2
18	6	6	5	5	4	-**	6	3	A	3	E	0
Totaal	60	59*	53	68	58	43**	58	59	-	-	-	30
Gem.	5	5.36*	4.42	5.67	4.83	3.91**	4.83	4.92	-	-	-	2.5

Tabel res 4: Data van huisartsen en praktijkmanagers

*Geïnterviewde gaf aan geen uitspraak te kunnen doen over dit segment. Hierdoor zijn de gemarkeerde getallen niet volledig representatief vergelijkbaar met de rest.

**Aangeven van deze waarde is niet gebeurd tijdens dit interview. Hierdoor zijn de gemarkeerde getallen niet volledig representatief vergelijkbaar met de rest.

	1a	1t	2a	2t	3a	3t	4a	4t	Gem.
I totaal	28	38	28	29	29	38	34	34	258
I gem.	4.67	6.3	4.67	4.83	4.83	6.3	5.67	5.67	5.37
E totaal	60	59*	53	68	58	43**	58	59	463
E gem.	5	5.36*	4.42	5.67	4.83	3.91**	4.83	4.92	4.87
Vers. gem.	0.43	0.94	0.25	0.84	0	2.39	0.84	0.75	0.5

Tabel res 5