

COVID-19 versnelt samenwerking in de spoedzorg

Naomi Minderhout, Martine Baksteen, Mattijs Numans, Marc Bruijnzeels, Hedwig Vos

De acute zorg is overbelast en dreigt minder toegankelijk te worden. De coronacrisis heeft scherp duidelijk gemaakt dat de kwaliteit van de acute zorg, zeker in crisistijd, alleen op peil kan blijven als de betrokken organisaties en zorgverleners beter gaan samenwerken. Wij onderzochten welke factoren die samenwerking belemmeren of juist faciliteren, en hoe dat integratieproces in de toekomst beter kan – ook buiten crisistijd.

De organisaties in de acute zorg staan onder enorme druk en dat leidt tot grote problemen, zoals verminderde toegankelijkheid en uitstel van behandelingen.¹⁻⁴ De coronacrisis heeft alle betrokkenen op scherp gezet en dat heeft de samenwerking binnen acutezorgorganisaties een stevige impuls gegeven.^{5,7}

In de regio Den Haag, waar wij ons onderzoek uitvoerden, zijn veel verschillende organisaties actief binnen het acutezorgnetwerk. Er zijn 2 ziekenhuizen met elk een huisartsenpost (HAP) en een afdeling spoedeisende hulp (SEH), en daarnaast een triagecentrum HAP, een meldkamer ambulancedienst, ambulances, HAP-visiteauto's, een crisisdienst voor acute psychiatrie, 5 grote verzekeringsmaatschappijen en 5 grote organisaties in de sector Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Deze veelheid van organisaties kan alleen functioneren als er goed wordt samengewerkt op alle niveaus. Er zijn modellen ontwikkeld om die integratie te toetsen.^{6,8,9} Het Regenboogmodel onderscheidt op alle niveaus (micro, meso en macro) 2 vormen van integratie: functioneel en normatief (zie [figuur 1]). Bij functionele integratie gaat het om zaken als planning, humanresourcesmanagement, informatiemanagement en financieel management.⁸ De normatieve integratie is in het Samenwerkingsmodel uitgewerkt in 6 thema's: (1) gedeelde visie en ambitie, (2) gedeelde belangen, (3) vertrouwen, transparantie en



Verleg de focus naar het overwinnen van uitdagingen in de samenwerking tussen verschillende acutezorgorganisaties.

Foto: AdobeStock

wrijving, (4) affectieve relaties, (5) informele cultuur en (6) leiderschapsrollen.

Ons verkennende onderzoek had tot doel inzicht te krijgen in de mate waarin de samenwerking tussen acutezorgorganisaties in Den Haag verbeterde gedurende de coronacrisis. We hadden 3 onderzoeksvragen:

- welke veranderingen in de samenwerking vonden plaats tijdens de coronacrisis?
- wat waren faciliterende en belemmerende factoren voor samenwerking?
- welke veranderingen in de samenwerking zijn wenselijk om de toegankelijkheid van de acute zorg te verbeteren?

Dit artikel is een praktijkgerichte bewerking van Minderhout RN, Baksteen MC, Numans ME, Bruijnzeels MA, Vos HMM. Effect of COVID-19 on health system integration in the Netherlands: a mixed-methods study. J Am Coll Emerg Physicians Open 2021;2:e12433. Publicatie gebeurt met toestemming.

WAT IS BEKEND?

- De toegankelijkheid en kwaliteit van acute zorg staan al een tijd onder druk.

WAT IS NIEUW?

- De coronacrisis heeft de samenwerking binnen acutezorgorganisaties een stevige impuls gegeven.
- Een gedeeld besef van urgentie is essentieel om tot betere integratie te komen.
- Factoren die samenwerking belemmeren of juist faciliteren, zijn op alle niveaus te vinden.
- Sommige vormen van samenwerking, zoals anderhalvelijnszorg, zijn ook binnen de acutezorgketen goed mogelijk gebleken.

METHODE

Ons onderzoek was een mixed-methods onderzoek met vragenlijstonderzoek en interviews. We selecteerden de eerste 4 stakeholders (een huisarts, een manager van een huisartsencoöperatie en uit beide ziekenhuizen een specialist) en werven via hen weer andere stakeholders. Deze 'sneeuwbalmethode' leidde tot de inclusie van in totaal 22 stakeholders: op macro-

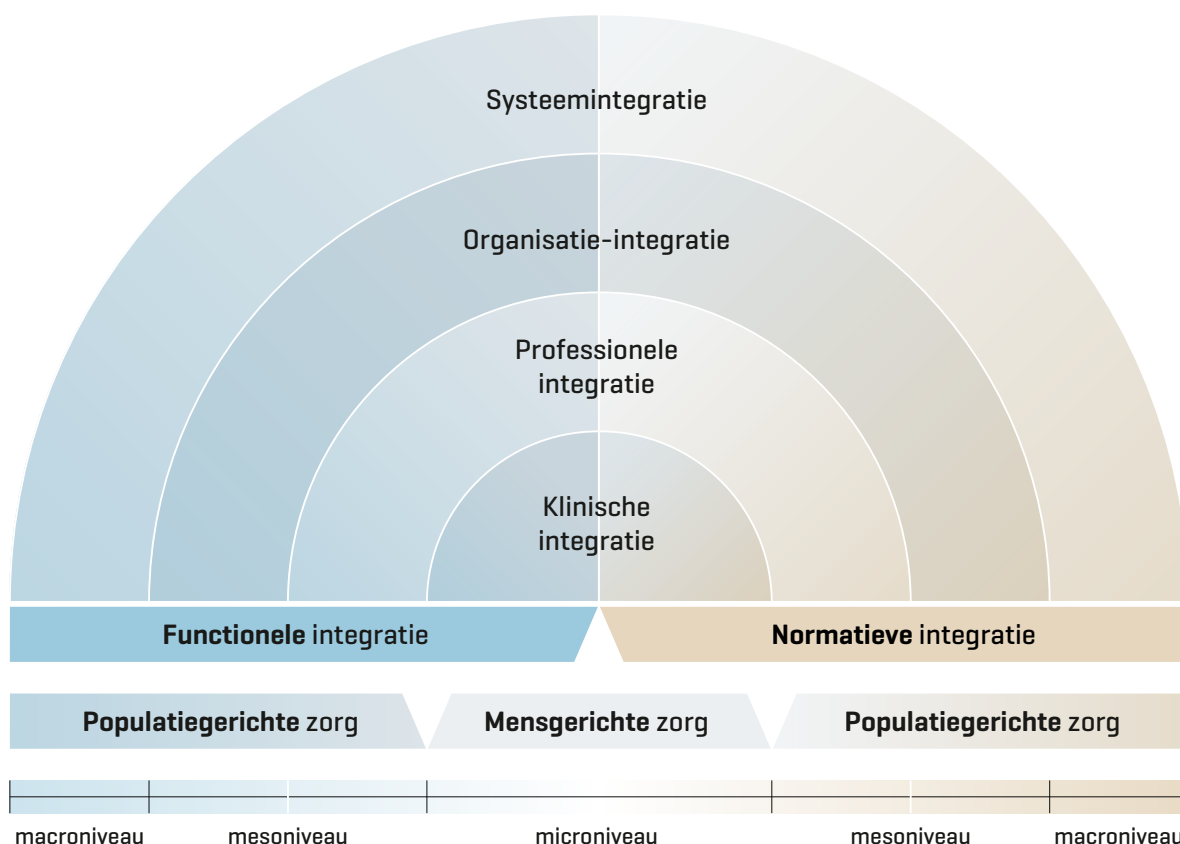
niveau 3 vertegenwoordigers van verzekeringsmaatschappijen, op mesoniveau 4 managers en 5 bestuurders, en op microniveau 10 klinici uit alle acutezorgorganisaties.

Ongeveer een week voor de interviews stuurden we de deelnemers een digitale vragenlijst om secundair aan het kwalitatieve onderzoek een basisoverzicht te krijgen van de integratieniveaus tussen de acutezorgorganisaties. De vragenlijst bevatte 23 meerkeuzevragen over de mate van integratie: (1) volledig gesegregeerd, (2) afstemming, (3) coördinatie en (4) volledig geïntegreerd. Elke vraag bestond uit 3 subvragen: hoe was de situatie vóór de coronacrisis, hoe was de situatie tijdens de coronacrisis en wat is de gewenste situatie? De vragen gingen onder andere over triage, het inzetten van de juiste zorgprofessional, visie, interprofessionele educatie en nascholing, informatiemanagement, vertrouwen en leiderschap. De resultaten werden uitgezet op een likertschaal, gerapporteerd als gemiddelde en mediaan en per integratieniveau berekend voor elk van de 3 verschillende situaties.

Voor de interviews maakten we – met hulp van een expert op het gebied van verandermanagement – een lijst met onderwerpen op basis van de 6 thema's uit het Samenwerkingsmodel. De getranscribeerde interviews werden door 2 onderzoekers onafhankelijk van elkaar gecodeerd, gelabeld en geanalyseerd met behulp van speciale software (Atlas.ti). De beide onderzoekers bespraken onderlinge discrepanties en brachten zo

Figuur 1

Regenboogmodel voor geïntegreerde zorg



Figuur: Studio Wiegers

nodig aanpassingen aan. Daarna groepeerden we alle codes opnieuw, waarbij we uiteindelijk uitkwamen op 8 thema's [tabel]. Tot slot bepaalden we voor elk thema op elk niveau of het de samenwerking belemmerde of juist faciliteerde.

RESULTATEN

Na exclusie van 5 vragenlijsten die niet binnen de gestelde tijd waren ingevuld en 3 vragenlijsten van verzekeraars die vragen over de klinische praktijk niet konden beantwoorden, inclusieerden we 14 vragenlijsten voor ons basisoverzicht. Op alle integratieniveaus gaven de respondenten zowel vóór als tijdens de coronacrisis lagere scores aan de samenwerking dan in de gewenste situatie. Alle respondenten waren voorstander van een uitgebreidere samenwerking tussen de acutezorgorganisaties (zie ons originele artikel voor de volledige resultaten).

Tussen juli en september 2020 interviewden we de 22 stakeholders (16 individuele interviews en 3 duo-interviews).

Welke veranderingen in de samenwerking vonden plaats tijdens de coronacrisis?

Een van de ziekenhuizen richtte een COVID-HAP op waarin alle corona-huisartsenzorg uit de regio 24 uur per dag werd opgevangen om de druk op de SEH te verminderen. Zo ontstond op klinisch niveau een intensievere samenwerking tussen huisartsen en specialisten dan in een reguliere HAP, een vorm van anderhalvelijnszorg die in de reguliere huisartsenpraktijk al heel gebruikelijk is.

Een andere nuttige interventie was de plaatsing van een specialist ouderengeneeskunde op de SEH en verbetering van het systeem dat inzicht geeft in de beschikbare capaciteit bij verpleeghuisorganisaties. Beide ingrepen vergemakkelijkten de uitstroom van patiënten.

Ook op professioneel niveau werden verbeteringen doorgevoerd. Al heel vroeg werd een regionaal crisisteam opgericht bestaande uit specialisten van beide ziekenhuizen, huisartsen en managers uit de huisartsencoöperatie. Dit kon zo snel omdat deze samenwerkingsverbanden al bestonden.

Op organisatorisch niveau fungeerde het bestaande Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) als platform voor discussie en besluitvorming tussen bestuurders en beleidsmakers. De landelijke overheid stimuleerde deze overlegorganen om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen regio.

Wat waren faciliterende en belemmerende factoren voor samenwerking?

De respondenten noemden veel factoren die tijdens de coronacrisis een positieve invloed hadden op de samenwerking tussen acutezorgorganisaties, zowel klinisch en professioneel als op systeemniveau. Er waren duidelijke afspraken over werkprocessen, men had vertrouwen in elkaars werk en zorgverleners groeiden dicht naar elkaar toe.

Er waren echter ook organisatorische en communicatieve barrières, zoals inmenging in elkaars werk en gebrek aan duidelijk beleid. Sommige zorgverleners gaven aan dat ze op de werkvloer weinig contact hadden waardoor de drempel

Tabel

Normatieve integratie: thema's volgens het Samenwerkingsmodel en in de interviews

Samenwerkingsmodel	Interviews
1 Gedeelde visie en ambitie	Toekomstperspectief
2 Gedeelde belangen	Interesse
3 Vertrouwen, transparantie en wrijving	Vertrouwen*
4 Affectieve relaties	Interactie*
5 Informele cultuur	Communicatie*
6 Leiderschapsrollen	Leiderschap
- [Nieuw]	Zorgverdeling*
- [Nieuw]	Bekostiging

* Zie [infographic].

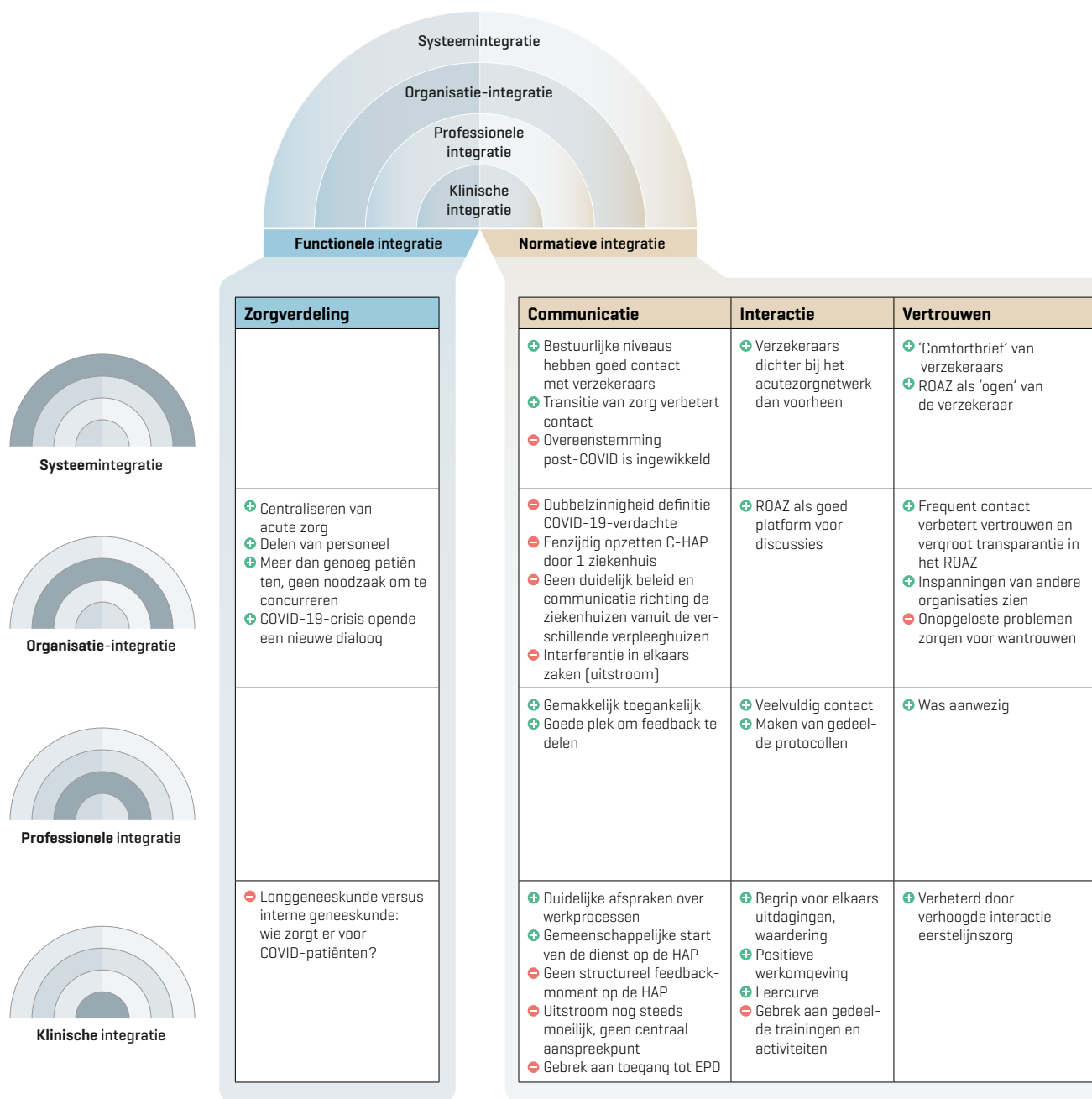
om hulp te vragen soms te hoog was. Zo was er op de HAP geen dienststart waarin alle betrokkenen (verpleegkundig specialisten, huisartsen van dienst, postassistenten) zich aan elkaar voorstellen. Met name verpleegkundig specialisten gaven toe dat ze soms sneller geneigd waren een patiënt door te verwijzen naar de SEH omdat de drempel een huisarts te consulteren te hoog was. Verpleegkundig specialisten kunnen op drukke momenten huisartsen ontlasten door bijvoorbeeld een patiënt met een hechtwond over te nemen, maar dan moet wel bij alle huisartsen bekend zijn dat zij hiervoor bekwaam en beschikbaar zijn. Gezamenlijk een dienst starten of gezamenlijke nascholingen organiseren waren tips die de geïnterviewden meegaven. In [figuur 2] zijn voor 4 thema's de faciliterende en belemmerende factoren op klinisch, professioneel, organisatorisch en systeemniveau uitgelicht.

Welke veranderingen in de samenwerking zijn wenselijk om de toegankelijkheid van de acute zorg te verbeteren?

Een suggestie van de deelnemers was om op de HAP een vaste groep huisartsen te laten werken, zodat die korte lijntjes kunnen opbouwen met het verdere personeel van de HAP en de specialisten van het ziekenhuis. Deze groep zou dan het aanspreekpunt kunnen zijn voor huisartsen die minder vaak op die post werken. Veel van onze respondenten, zowel in de eerste als in de tweede lijn, zouden graag zien dat de anderhalvelijnszorg binnen het acutezorgnetwerk ook na de coronacrisis wordt gecontinueerd, en dat het erg nuttig zou zijn om ook specialisten ouderengeneeskunde en psychiaters daarin op te nemen. Sommigen gingen nog een stap verder en droomden van een gemeenschappelijk loket voor acute zorg, maar sommige organisaties vonden het een stap te ver gaan als de huisartsencoöperatie alle diensten zou bundelen in 1 acutezorgorganisatie. Deelnemers wilden vooral betere integratie van de elektronische patiëntendossiers (EPD's) en zouden ook meer willen investeren in digitale oplossingen voor triage en consultatie. Andere wenselijke maatregelen die meerdere deelnemers noemden, betroffen investeringen in interprofessioneel onderwijs, bespreking van calamiteiten samen met alle betrokken

Figuur 2

Faciliterende en belemmerende factoren op klinisch, professioneel, organisatorisch en systeemniveau



Figuur: Studio Wiegans

organisaties en voortzetting van de structurele overleggen tussen professionals na de coronacrisis.

BESCHOUWING

COVID-19 heeft alle stakeholders binnen acutezorgorganisaties (waaronder huisartsen) op scherp gesteld en de integratie van acute zorg in sommige aspecten versneld. Ons onderzoek laat zien dat betere integratie ook binnen de veelheid van acutezorgorganisaties mogelijk is wanneer alle organisaties het gevoel van urgentie en onderlinge afhankelijkheid delen. Voor een goed geïntegreerd acutezorgnetwerk zijn op alle niveaus verbeteringen nodig. We hebben een aantal faciliterende en

belemmerende factoren geïdentificeerd die aangepakt kunnen worden. Een voorbeeld is de anderhalvelijnszorg op de COVID-HAP, waarvan onze respondenten graag zouden zien dat die permanent werd. Anderhalvelijnszorg wordt al veelvuldig toegepast in de dagpraktijk, maar kan dus ook in de acute zorg een nuttige bijdrage leveren.

Op organisatorisch niveau waren er veel factoren die de integratie belemmerden. Voorbeelden zijn de dubbelzinnigheid van de definitie 'COVID-19-verdacht', gebrek aan duidelijk beleid en communicatie tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen, verkeerde afstemming van prioriteiten tussen de verschillende organisaties of onopgeloste problemen die leiden tot wantrouwen.

De geïnterviewden noemden allerlei praktische mogelijkheden om deze barrières te slechten. Zo zou een dienstopening op de HAP de drempel wegnemen om elkaar om hulp te vragen.

Functionele barrières, zoals het ontbreken van een gedeeld of open EPD en het gebrek aan adequate financiering, zijn tijdens de pandemie niet opgelost. Dit riep bij de geïnterviewden de vraag op of de nu gerealiseerde extra integratie van acutezorgorganisaties de gezondheidscrisis zal overleven.

Een beperking van ons onderzoek is dat het een verkennend onderzoek was met slechts 1-2 stakeholders per niveau per organisatie. Verder is de validiteit van onze vragenlijst niet zeker vanwege het lage aantal antwoorden en het ontbreken van significante verschillen tussen de 3 uitgevraagde perioden. De vragenlijst was echter slechts bedoeld als basisoverzicht en de uitkomst is daarom ondergeschikt aan de kwalitatieve resultaten. Een laatste beperking is dat het onderzoek is uitgevoerd in een stadsregio met een veelvoud aan acutezorgorganisaties, wat tot versnippering kan leiden. De resultaten kunnen in andere regio's dus heel anders zijn.

Meer onderzoek naar de integratie van het acute zorgnetwerk is nodig, op grotere schaal, in verschillende regio's en met meer betrokken stakeholders per organisatie. In dat onderzoek zou ook het patiëntenperspectief aan bod moeten komen.

CONCLUSIE

De drijvende kracht achter de gegroeide samenwerking tussen

acutezorgorganisaties tijdens de coronacrisis leek een groot, gedeeld gevoel van urgentie te zijn om de beste patiëntenzorg te kunnen bieden. Ons advies is om na de coronacrisis de focus te verleggen van het overwinnen van de crisis naar het overwinnen van uitdagingen in de samenwerking tussen verschillende acutezorgorganisaties. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan acute zorg 2017. Utrecht: NZA, 2017. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3650_22/1/. Geraadpleegd 2 februari 2018.
2. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Scheers RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1 - concept, causes, and moral consequences. *Ann Emerg Med* 2009;53:605-11.
3. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med* 2011;18:1358-70.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Minderhout RN, Baksteen MC, Numans ME, Bruijnzeels MA, Vos HM. COVID-19 versnelt samenwerking in de spoedzorg. *Huisarts Wet* 2022;65(10):23-7. DOI:10.1007/s12445-022-1561-4. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, LUMC-Campus Den Haag: R.N. Minderhout, aioto: r.n.minderhout@lumc.nl. M.C. Baksteen, student; prof. dr. M.E. Numans, huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. M.A. Bruijnzeels, huisarts, hoofd docent huisartsgeneeskunde; dr. H.M. Vos, huisarts, hoofd huisartsopleiding. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W nu ook te volgen via social media

Huisarts en Wetenschap is nu ook te volgen via LinkedIn, Facebook, Instagram en Twitter. Hier houden wij u op de hoogte van de nieuwste artikelen en ontwikkelingen op wetenschappelijk gebied. Ook kunt u uw kennis bijspijkeren én testen via vakinhoudelijke casuïstiek en nascholing. Deel vooral ook relevante artikelen met vrienden, familie en collega's.

Reageer, like en volg Huisarts en Wetenschap via uw favoriete kanaal.

Scan de QR-code om direct bij het juiste kanaal te komen.

