

De spoedeisende hulp arts
De opkomst en ontwikkeling van een nieuw specialisme



Hetty van der Kamp

Student 039720

ZOMA, iBMG

Begeleider: Iris Wallenburg

Meelezers: Antoinette de Bont, Jan Klein

20 juni 2012



INHOUD

Afkortingen	3	
Samenvatting	4	
Summary	6	
1	INLEIDING	8
2	THEORETISCH KADER	11
2.1	Professionalisme en professie	11
2.2	Institutionalisme en de ontwikkeling van een nieuw specialisme	13
3	METHODE	16
3.1	Inleiding	16
3.2	Documenten	16
3.3	Interviews	17
3.4	Analyse	18
3.5	Kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit	18
4	OPKOMST en ONTWIKKELING van de SEH arts	20
4.1	Context en opkomst van SEH artsen	20
4.2	Opleiding van de SEH arts	24
4.3	Ontwikkeling van de SEH arts	30
4.4	Verschuivingen op de SEH	32
4.5	Kennisdomein en domeinstrijd	35
4.6	Verschuivingen binnen beroepsverenigingen	38
4.7	Financieel domein	40
4.8	Overheidssturing en acceptatie van de SEH arts	42
5	CONCLUSIE en OVERWEGINGEN	48
5.1	Conclusie	48
5.2	Ontwikkeling tot een medisch specialisme?	49
5.3	Overwegingen	51
6	REFERENTIES	52

Afkortingen

A(G)IO	Arts-assistent in opleiding
A(N)IO	Arts-assistenten niet in opleiding
CVA	Cerebro Vasculair Accident
CCMS	Centraal College Medisch Specialismen
DBC	Diagnose behandel combinatie
EM	Emergency Medicine
EP	Emergency Physician
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
MSCR	Medisch specialisten Registratie Commissie
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
NVA	Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
NVH	Nederlandse Vereniging Heelkunde
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVN	Nederlandse Vereniging voor Neurologie
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
OK	Operatie kamer
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid
SEG	Spoedeisende geneeskunde
SEH	Spoedeisende Hulp
SOSG	Stichting Opleiding Spoedeisende geneeskunde
STZ	Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
VWS	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in hoe medisch specialisten omgaan met de opkomst en ontwikkeling van de SEH arts in een tijd van institutionele veranderingen en wat dit betekent voor de ontwikkeling van het specialisme van de SEH arts.

Dit onderzoek werd uitgevoerd door een medisch specialist in drie soorten ziekenhuizen: een groot niet-academisch ziekenhuis, een kleiner niet-academisch ziekenhuis en een academisch ziekenhuis. Alle ziekenhuizen hadden SEH artsen en boden de opleiding tot SEH arts aan. Er werden voorzitters van beroepsverenigingen van medisch specialisten geïnterviewd, SEH artsen in opleiding, SEH artsen, medisch specialisten en de voorzitter van een Raad van Bestuur. Behalve 25 interviews werd ook documentanalyse uitgevoerd.

De resultaten lieten zien dat de invoering van het specialisme spoedeisende geneeskunde werd gedreven door verschillende parallel lopende en inter-acterende (beleids) ontwikkelingen. Eind vorige eeuw werd de kwaliteit van zorg op de SEH's in Nederland als onvoldoende beoordeeld. De SEH's werden voornamelijk bemand door basisartsen met weinig werkervaring. Er was behoefte aan goed opgeleide SEH artsen. Op advies van traumachirurgen en in overleg met de Raden van Bestuur van de STZ ziekenhuizen werd het Amerikaanse model met een driejarige opleiding in Nederland ingevoerd, in eerste instantie gefinancierd uit eigen middelen en later door VWS

Met de komst van de marktwerking in 2006 werd het voor ziekenhuizen belangrijker om zich te profileren op kwaliteit, veiligheid, innovatie en doelmatigheid. Daarbij paste de door de overheid geëntameerde modernisering van de medische opleidingen. Met deze verschuivingen was het voor de SEH artsen mogelijk aan te haken bij het nieuwe systeem van medische opleidingen en erkende de KNMG het profiel specialisme spoedeisende geneeskunde.

Aangezien spoedeisende geneeskunde een nieuw specialisme is, zijn er (nog) geen SEH artsen die de eigen opleiding kunnen verzorgen. Medisch specialisten, die nu SEH artsen moesten gaan opleiden voelden zich gedwongen mee te werken aan dit min of meer top-down opgelegd systeem en reageerden daarop met een toenemende claim op hun medische autonomie. Uit dit onderzoek bleek ook dat diverse medisch specialisten moeite hadden met de gevraagde ambitieuze competenties van de opleiding. Daarnaast voelden zij zich onvoldoende in staat om collega's op te leiden die een ander socialisatieproces doorliepen dan die zij kenden vanuit hun eigen beroepsgroep (Bosk 1979). Het socialisatieproces bevat vooral informele vormen van controle over het functioneren van de arts-assistent.

De medisch specialisten in het grote niet-academische ziekenhuis waar veel SEH artsen werkten en de financiering door de medische specialisten en de Raad van Bestuur in onderling overleg was geregeld, waren meer positief over de integratie van de SEH arts.

De ontwikkeling van de spoedeisende geneeskunde is aan dezelfde krachten onderhevig als de komst, na 34 jaar onderhandelen, van de geriatrie in 1983. Zo werd de eerste aanzet ook door een medisch specialist gegeven die een coördinerende arts met kennis en kunde wilde. Medisch specialisten maakten toen dezelfde opmerkingen omtrent het nieuwe specialisme als nu terug te vinden in de opmerkingen over de spoedeisende geneeskunde: “te breed en te weinig diep”. Dat de erkenning nu zoveel sneller is verlopen dan bij de geriatrie, heeft met de kritische fase te maken waarin de gezondheidszorg zich momenteel bevindt.

De uiteindelijke ontwikkeling van de SEH arts is afhankelijk van interne en externe factoren. In het eerste scenario blijven SEH artsen profielartsen in dienst van de organisatie. Een klein deel van de SEH artsen zullen hier tevreden mee zijn maar de ambitieuze collega's hebben een ander scenario in gedachte. Dit tweede scenario werd door de meeste SEH artsen als ultiem beschouwd. Zij willen medisch specialist worden. Hoewel het vanuit SEH artsen perspectief een begrijpelijke wens is, zijn er ook tegenkrachten aanwezig. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat zij in hun zorgbeleid streven naar taakherschikking waardoor de zorg goedkoper zal worden. Zij zullen een vijfjarige opleiding en daarmee de toename van het aantal medisch specialisten, dan waarschijnlijk ook niet gaan financieren. De zorgbestuurders hebben belang bij een goed functionerende SEH. De marktwerking maakt het noodzakelijk te streven naar rendement en dat is wellicht beter haalbaar met goedkopere artsen met een driejarige opleiding. De medisch specialisten zullen ook streven naar SEH artsen conform het eerste scenario. Zij zullen voor hun kennis- en financiële domein strijden. Zeer waarschijnlijk zal, binnen de huidige context, spoedeisende geneeskunde een profiel specialisme blijven. Een dynamische interactie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf waarin zij samen keuzes maken voor de opvang van de spoedeisende patiënt zal in belangrijke mate het slagen van de integratie van de SEH arts gaan bepalen.

Summary

The aim of this study was to gain insight into how medical professionals cope with the emergence and development of emergency physicians during institutional change and what this means for the development of the profession of emergency physicians.

This study was performed by a medical specialist in three types of hospitals: a large non-university hospital, a smaller non-university hospital and a university hospital. All hospitals had emergency physicians and offered a training programme for emergency physicians. In total, twenty five interviews were performed with medical specialists, emergency physicians, emergency physicians in training and chairmen of medical associations. Documents were also analysed.

The introduction of emergency medicine as a new medical profession was driven by several parallel and interacting (policy) developments. Late last century, the quality of care at the emergency departments in Dutch hospitals was considered insufficient. The emergency departments were mainly staffed by physicians with hardly any experience. There was a need for well-trained emergency physicians. Trauma surgeons in consultation with the Boards of non-university training hospitals introduced the American three-year training program in the Netherlands, initially financed from hospital resources and later by the Ministry of Public Health.

In 2006, the governmental introduction of a regulatory health-care system emerged the importance for hospitals to supply high quality efficient care. The government also initiated modernization of the medical professional training. With this shift, it was possible for the emergency physicians to join the new medical training system. After introduction of the new training program, the Royal Dutch Society of Medicine accepted emergency physicians as 'profile' specialists but not as medical specialist.

As emergency medicine is a new specialty, there are (still) no emergency physicians qualified as head of the training programme for their own residents. Until then, emergency physicians have to be trained by medical specialist. The results of this study showed that most medical specialists felt top-down forced to do so and they reacted by increasing their medical claims for autonomy. This study also showed that several medical specialists had problems with the ambiguous competences introduced in the training program. In addition, they felt incapable to train emergency physician residents as they were only used to train and socialize according to their own specialist culture (Bosk 1979).

A better integration of the emergency physicians was established in the large non-academic hospital. This was due to the choice of the Board to employ enough emergency physicians to cover twenty four hours of care and to the positive interaction between the Board and the medical staff.

Thirty years ago, geriatrics was introduced as a new medical specialty, after thirty four years of conflict. The integration of the emergency physician took less time to be implemented because of the financial stage to which health care is currently located

The final development of the emergency physician is subject to internal and external factors. Two scenarios are possible; in the first scenario, emergency physicians remain 'profile' doctors employed by the organization. A small part of the emergency physicians will be satisfied with this, but their ambitious colleagues have a second scenario in mind. They want to become a medical specialist. From the emergency physician perspective this desire is understandable, but there are conflicting forces present. The Ministry of Public Health has indicated that in their persuasion 'profile' specialists will make care cheaper. They don't want to finance a five-year training program and thereby increase the number of medical specialists. The hospital Board aims for efficiency which is perhaps more feasible with cheaper 'profile' doctors. The medical specialists also prefer emergency physicians according to the first scenario. They will fight for their knowledge and financial domains. Most likely, within the current context, emergency physicians remain 'profile' specialists.

A dynamic interaction between the Board and the medical staff in their choices for emergency medicine will largely determine the success of the integration of the emergency physician.

1 Inleiding

Sinds enkele jaren bestaat in Nederland de opleiding tot Spoedeisende Hulp (SEH) arts. Waar voorheen vooral basisartsen of jongste assistenten de SEH bemanden, ontstond een sterke behoefte aan meer ervaren artsen die een betere kwaliteit van zorg konden bieden en in vaste dienst werkten. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) in Amsterdam was de bakermat van het initiatief om in 1996 te starten met een lokale opleiding voor SEH artsen (NVSHA 2009). Dit initiatief werd opgepakt door andere Topklinische Ziekenhuizen (STZ) die hun spoedeisende hulpverlening wilden verbeteren. Aansluitend werden vanaf 2000, samen met andere STZ ziekenhuizen, landelijk SEH artsen opgeleid. De opleiding voor de SEH arts werd ingericht naar Amerikaans model en in eerste instantie gefinancierd uit eigen middelen en later door VWS (NVSHA 2009, de Vries & Luitse 1999). Deze bewegingen leidden in 1999 tot de oprichting van een beroepsvereniging voor SEH artsen; de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen en in 2004 tot de Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG).

Het lokale initiatief van de STZ ziekenhuizen en een academisch ziekenhuis, kreeg in 2004 ondersteuning van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ 2004). De IGZ bracht een rapport uit met de titel "Haastige spoed niet overal goed", waarin zij haar bezorgdheid uitsprak over de zorg op de spoedeisende hulpafdelingen in Nederland. Aangespoord door het inspectierapport heeft de KNMG een regeling getroffen voor de SEH artsen door erkenning als 'profiel specialisme' in het 'Toetsingskader profielen' die op 12 juli 2008 in werking trad (Toetsingskader 2008). Achtergrond van deze regeling is de borging van de kwaliteit van medische vervolgopleidingen die niet erkend zijn als specialisme en daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen. Een profiel ligt qua 'niveau' in tussen de basisarts en de specialist. Hoewel dus in eerste instantie de behoefte aan kwaliteitsverbetering lokaal werd verwoord en vormgegeven, is de SEH arts geïnstitutionaliseerd geraakt. Dat betekent echter nog niet dat de SEH arts als zelfstandig arts functioneert.

Met de komst van erkenning van een driejarige opleiding voor SEH artsen ontstond een brede discussie tussen voor- en tegenstanders over de nieuw ontstane professie van SEH artsen. SEH artsen zouden weinig of juist veel toegevoegde waarde hebben (Maas 2007, Gans 2008). Daarnaast werd een domeinstrijd beschreven met huisartsen en met andere medisch specialismen zoals kindergeneeskunde en interne geneeskunde (Melchior 2006, Schilder 2007). Holmes, een Amerikaanse arts en betrokken bij de ontwikkeling van de SEH opleiding in Nederland stelt in 'Emergency Medicine' dat: "Emergency physicians are not 'real' specialists; only cardiologists can understand hearts; only anesthesiologists can safely give sedating drugs; only pediatricians are qualified to treat children; the 3 year emergency medicine training program is inadequate" (Holmes 2010). Hoewel Kathan &

Offenbeek op beperkte schaal hebben onderzocht of de komst van de SEH arts een verschuiving van de grenzen binnen het speelveld van de medische beroepsgroep heeft bewerkstelligd was hun conclusie niet eenduidig (Kathan & Offenbeek 2011). Als niet-medisch professionals, voelden de auteurs zich niet in staat de 'waarde' van de SEH arts te beoordelen.

Behalve de discussie over domeinafbakening en opleiding werd de vraag gesteld of SEH artsen eigenlijk wel medisch specialisten zijn, immers de Nederlandse standaardduur voor de opleiding tot medisch specialist bedraagt 5-6 jaar (Schilder 2009). In de kern is een medisch specialisme een afgrensbaar vakgebied, met een eigen wetenschappelijk terrein en eigen opleiders. Hoewel de NVSHA op termijn aan deze eisen denkt te kunnen voldoen, is daar nu nog geen sprake van. De opleiding heeft nu een driejarig curriculum dat lokaal kan worden ingevuld mits voldaan wordt aan de eisen 'modernisering vervolgoopleidingen' van het Centraal College Medisch specialisten (Curriculum SEH opleiding 2008). Daarnaast wordt de opleiding vorm gegeven door medisch specialisten van andere vakgebieden, omdat er nog onvoldoende ervaren SEH artsen zijn om zelf de opleiding te kunnen verzorgen.

Naast overwegingen omtrent duur van de opleiding en het ontbreken van de status 'medisch specialist' zijn er nog enkele belangrijke institutionele verschuivingen te benoemen die een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling van de SEH arts. De afgelopen jaren is de relatie tussen medisch specialisten en de Raden van Bestuur van ziekenhuizen veranderd onder invloed van de introductie van een nieuw zorgstelsel gebaseerd op gereguleerde concurrentie (Putters et al. 2009). De medische beroepsgroep wordt steeds meer aangesproken op productiecijfers en doelmatigheid. Het zelfregulerende vermogen van de medisch specialisten wordt in toenemende mate uitgedaagd door exogene ontwikkelingen. In het complexe stelsel van de gezondheidszorg vindt een voortdurende onderhandeling plaats tussen betrokken actoren die hun belangen verdedigen.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoe medisch specialisten omgaan met de opkomst en ontwikkeling van de SEH arts in een tijd van institutionele veranderingen en wat dit betekent voor de ontwikkeling van het specialisme van de SEH arts.

De centrale onderzoeksvraag luidt: Welke actoren en institutionele processen spelen een rol bij de ontwikkeling van het specialisme spoedeisende geneeskunde (SEG) en wat betekent dit voor de vorming van de professie van de SEH arts?

Om te komen tot een beantwoording van de hoofdvraag zullen de volgende deelvragen worden beantwoord:

- 1) Hoe wordt de opleiding SEH arts in diverse ziekenhuizen vormgegeven en welke actoren zijn hierbij betrokken?
- 2) Hoe kijken betrokken medisch specialisten (Heelkunde, Interne, Anesthesiologie, Kindergeneeskunde en Neurologie), binnen de betreffende ziekenhuizen aan tegen de opleiding en het bestaan van SEH artsen?
- 3) Wat betekent de komst van het specialisme SEH arts voor de beroepsverenigingen Heelkunde, Interne, Kindergeneeskunde en Neurologie en zijn er verschuivingen van werkzaamheden ontstaan?
- 4) Welke institutionele en contextuele veranderingen zijn van invloed op de ontwikkeling van het specialisme SEH arts?

Na dit inleidend hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk het theoretisch kader geschetst waarin het begrip professie aan de orde komt en twee theorieën over professionalisering worden besproken. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de institutionele inbedding waarbinnen de medische beroepsgroep zich beweegt. De komst van het medisch specialisme geriatrie aan het eind van de vorige eeuw zal als illustratie dienen om de verbintenis tussen domeinstrijd en institutionalisme aan te geven. In het derde hoofdstuk zal de kwalitatieve onderzoeksmethode worden beschreven. In het vierde hoofdstuk zullen data vanuit de documentanalyse en citaten uit de interviews worden gecombineerd met het theoretisch kader en gegevens uit de literatuur. Hoofdstuk 5 is een weergave van de conclusie in reflexie op de gegevens uit hoofdstuk 4.

2 Theoretisch kader

Het theoretisch kader is gebaseerd op Eliot Freidson's 'Profession of medicine' (1970) en Abbott's 'The system of professions' (1988). Zowel Freidson als Abbott schrijven over het ontstaan van een professie en professionalisering maar vanuit een iets ander perspectief. Freidson schrijft vanuit een functionele benadering; hoe professioneel gedrag een functie heeft die uiteindelijk ten goede komt aan de groep. Abbott gebruikt een systeembenadering. Dit wil zeggen dat veranderingen binnen het systeem gevolgen hebben voor aangrenzende professies. De sociologie van professionals richt zich vooral op de professionals en heeft minder oog heeft voor institutionele processen. Om die te kunnen begrijpen wordt gebruik gemaakt van de van institutionele theorie. Ter illustratie van de verbinding tussen institutionalisme en de opkomst van een nieuw specialisme wordt het boek van Karin Bijsterveld aangehaald over de komst van het medisch specialisme geriatrie aan het eind van de vorige eeuw (1996). Deze theoretische achtergronden vormen de basis van waaruit de ontwikkeling van een professie en de domeinstrijd van de SEH arts begrepen kan worden.

2.1 Professionalisme en professie

In 1934 verscheen het eerste overzichtswerk over professionalisme, waarbij professionalisering beschreven werd als een natuurlijk proces dat berustte op de functionele aanname van het organiseren van beroepsgenoten en op hun positie als deskundige. De asymmetrie in deskundigheid (tussen professionals en cliënten) vereiste van de cliënt dat hij vertrouwen stelde in de professional. Van professionals werd verwacht dat zij zowel de cliënt als de collega's respecteerden (Carr-Saunders Wilson 1934, Abbott 1988).

Zesendertig jaar later beschreef Freidson dat zelfregulering en autonomie kenmerken zijn van professionalisme (Freidson 1970). Hij gaat uit van een kennis asymmetrie tussen professionals en cliënten. De maatschappij geeft erkenning aan professionals en verleent hen autonomie. Professionals moeten de eigen beroepsgroep opleiden, reguleren en controleren. Professionele autonomie is gebaseerd op het hebben van "skills and knowledge", het niet nodig hebben van supervisie en hanteren van een eigen regulatorisch systeem (ibid.). De basis voor het professioneel handelen is een systematische theoretische en praktische fundering; er is een wetenschappelijke beroepsopleiding, er is een beroepsvereniging met bevoegdheidsverklaring en registratie, de beroepsvereniging heeft een beroepscode en een schorsingsbevoegdheid, het beroep is wettelijk beschermd, er is maatschappelijke erkenning, resulterend in de autoriteit van de professional, per professie is

er een 'wij gevoel' en een eigen jargon (vaak ook een eigen tijdschrift en eigen congressen en symposia).

Vanaf 1977 verscheen literatuur waarbij 'machtsbenadering' op de voorgrond stond (Berlant 1975, Larson 1977, Illich 1977). Deze stroming was met name geïnteresseerd in de externe sociale consequentie van de medische professionals vanuit status en machtsinvloed. Zij vonden dat professionals bovenal macht wilden uitoefenen. Cliënten werden afhankelijk en professionals beperkten het probleemoplossend vermogen van de cliënten. Professionals zouden ervan uit gaan dat zij door het hebben van kennis en autoriteit beter konden bepalen wat het probleem was (Illich 1977:29). Professionals beriepen zich op een eigen kennisdomein die buitenstaanders niet beheersten en waar de cliënt geen zeggenschap over had.

In 1988 verscheen het boek van Andrew Abbott: "The system of professions". Hij begint zijn boek met de zin dat 'professies de wereld domineren' en dat er ambivalentie bestaat over de wenselijkheid daarvan. Het bestaan van de medische professie wordt door sommigen gezien als een mogelijkheid van vooruitgang en ontwikkeling zoals de uitvinding van Pasteur of Anthonie van Leeuwenhoek. Voor anderen staat de monopolie positie van de beroepsgroep meer op de voorgrond. Abbott beschrijft in het concept van professionalisme hoe deze ontstaat door training, indoctrinatie en controle binnen de beroepsgroep, hoe zij hun domein beschermen en hoe externe krachten op het systeem inwerken.

Abbott stelt dat een professie zich ontwikkelt vanuit de behoefte aan experts (Abbott 1988). De kracht van experts wordt gevormd door het expert kennissysteem en het abstraherende vermogen om oude problemen op een nieuwe manier vorm te geven (Ibid: 30). In de medische professie is alleen de arts bevoegd om een gezondheidsprobleem te classificeren, de oorzaak te achterhalen en de behandeling in te stellen. Bij deze beroepsgroep verloopt dit proces van gevolgtrekking via exclusie. Gevolgtrekkingen kunnen complex zijn en het beheersen van dit proces is kenmerkend voor medici. Het hebben van deze kennis legitimeert de uitvoering van het artsenberoep.

De werkzaamheden van beroepsuitoefenaars worden begrensd door de bevoegdheden van een beroepsgroep. In de Engelstalige literatuur wordt dit "jurisdiction" genoemd. Bevoegdheden worden verkregen via voortdurende interactie tussen beroepsgroepen. De omvang van de bevoegdheid is afhankelijk van de kracht van de beroepsvereniging, de wensen van de beroepsgroep, de politieke en wettelijke mogelijkheden en de mate van dominantie. Indien er concurrentie binnen het systeem van toewijzing bestaat ontstaat een domeinstrijd.

Abbott stelt dat bevoegdheid een min of meer exclusieve claim is. Door het claimen van een bevoegdheid wordt de publieke opinie gevraagd in te stemmen met de exclusieve rechten. De vorderingen kunnen monopolistisch van aard zijn, met het recht op disciplineren

of onbeperkte werkgelegenheid, controle van de professionele opleiding, werving, enz. Publiekelijk toegekende bevoegdheid geeft legitimatie van de werkzaamheden en autoriteit. Legitimiteit verandert niet snel. Vanuit de politieke en publieke arena worden er wel krachten uitgeoefend op de taakomschrijving van de professionals.

Elk beroep is onderhevig aan veranderingen. Oudere beroepsgroepen staan meer onder druk om zich aan te passen aan de vraag uit de markt waardoor specialisatie en competitie binnen die beroepsgroep. Elke verandering of specialisatie heeft invloed op de bevoegdheden van anderen. Ook externe (sociale en politieke) krachten hebben invloed op taken en bevoegdheden. Het is belangrijk om te weten hoe professionele taken gevormd worden en waar kwetsbaarheden liggen (Abbott 1988).

Behalve de twee professionaliseringstheorieën van Freidson en Abbott, zal in de volgende alinea het institutionele perspectief worden uitgelegd. Dit is belangrijk omdat het institutionele perspectief begrijpelijk maakt vanuit welke achtergrond ontwikkelingen ontstaan en hoe in verloop van de tijd belangen en context richting kunnen geven aan veranderingen. De institutionele theorie laat zien dat er veelal geen grote veranderingen optreden door historisch gegroeide patronen en structuren die gedrag vormen.

2.2 Institutionalisme en de ontwikkeling van een nieuw specialisme

In deze paragraaf zal worden uitgelegd waarom het zo moeilijk is om een nieuw medisch specialisme te introduceren. Vanuit de institutionele theorie worden de padafhankelijkheid en de traagheid van het systeem uitgelegd en hoe externe factoren daarop in kunnen werken. Daarna zal vanuit de inzichten van Abbott worden ingegaan onder welke omstandigheden een nieuw specialisme zich kan ontwikkelen. Aansluitend zal de komst van de geriatrie als voorbeeld gesteld worden om aan te geven hoe institutionele verschuivingen plaats kunnen vinden.

De opkomst en ontwikkeling van een nieuw medisch specialisme kan worden begrepen vanuit de institutionele theorie. Het nieuwe institutionalisme verklaart hoe instituties waarde creëren voor individuen en hoe zij invloed hebben op de ontwikkeling van de samenleving. De diep verankerde machtspatronen bij het institutionalisme leiden tot padafhankelijkheid, wat wil zeggen dat het gedrag en de keuzen van sociale actoren worden gekanaliseerd vanuit de instituties welke het verloop en de uitkomsten van het handelen van deze actoren bepalen (Hemerijck 1993, Helderma et al. 2005). Anders geformuleerd wil padafhankelijkheid zeggen dat een gebeurtenis afhankelijk is van het voorgaande (Mahoney 2000). Dus elke stap in de keten is afhankelijk van een voorgaande stap. Verandering van padafhankelijkheid is een geleidelijk proces van kleine continue veranderingen (Helderma et al. 2005). Alleen een kritiek moment kan de paden openstellen

voor snellere verandering (ibid.). Zo kan bijvoorbeeld in Engeland, bij verandering van de politieke machthebber, het gezondheidszorgsysteem veranderen. Of bij een faillissement van de staat zoals in Griekenland het geval is kan eveneens een snelle verandering doorgevoerd worden. Vanuit padafhankelijkheid functioneren professionals autonoom; vanuit de historie hebben zij zelfregulerende macht. Zij bezitten de kennis, hebben de bevoegdheid (jurisdictie) en de bescherming van de beroepsgroep (Scott 2008).

Het laatste decennium is er een transformatie gaande van de institutionele inbedding van medische professionals. De stijgende zorgkosten werken als externe factor in op het bestaande systeem. In het bestaande systeem ontstaat institutionele wrijving (Helderman et al. 2005). De medische professionals, de overheid, en andere actoren strijden om hun positie en hun belangen.

Een nieuw specialisme kan volgens Abbott op twee manieren ontstaan (1988). Ten eerste kan een nieuw specialisme ontstaan doordat nieuwe werkzaamheden of taken zich vormen door technologische ontwikkelingen of door veranderingen in het organisatiebeleid waarbij taken worden herschikt. Ten tweede kan een nieuw specialisme ontstaan door overname van bestaande taken. Dit kan doordat de bevoegdheid over een werkgebied wordt geclaimd door een andere groep of doordat professionals geen interesse meer hebben in een bepaalde patiëntengroep of specifieke taak. Een goed voorbeeld van het ontstaan van een nieuw specialisme vanuit het claimen van bevoegdheden is het ontstaan aan het eind van de vorige eeuw van de geriatrie in Nederland (Bijsterveld 1996).

Bijsterveld beschrijft hoe de eerste aanzet tot oprichting van het nieuwe specialisme Geriatrie vanuit Engeland haar intrede deed (ibid.:127). In Engeland werden “talrijke ouderen die tevoren nog apathisch in bed lagen weer redelijk gezond en actief na reactiveringsbehandeling”. Dit veranderende inzicht om ouderen te activeren in plaats van hen te demobiliseren werd door de internist Schreuder in Nederland geïntroduceerd. De ‘gedachte van Schreuder’ was nieuw in de jaren vijftig. Hij probeerde een eigen werkterrein voor geriateren af te bakenen door het bijzondere karakter van ouderdom te verbinden aan het belang van specifieke kennis en kunde van de geriater (ibid.:134). Zo wordt werkterrein veroverd via de retoriek van reductie, door aan te tonen dat hun exclusieve taak niet reduceerbaar is tot jurisdictie van een bestaande professie. Hoewel het belang van reactivering door professionals werd onderschreven, werd de meerwaarde van de komst van een geriater niet onderkend. Een specialisme geriatrie zou “van alles wat en van alles te weinig” zijn (ibid.) De internisten vonden dat zij meer expertise hadden in diagnostisch onderzoek van pathologische aandoeningen. Het zou onverantwoord zijn als geriateren met minder interne geneeskunde opleiding zich op dit werkterrein zouden begeven. Ook de revalidatieartsen spraken hun onrust uit. Geriateren zouden de fundamentele gebruiken waarop de revalidatie al jaren steunde. Legitimering van de komst van de geriater werd

gezocht in de coördinerende functie die de geriater zou kunnen vervullen t.o.v. de andere specialismen. Ouderenbonden sloten zich hierbij aan en richtten zich tot de KNMG en het parlement met het verzoek het specialisme klinische geriatrie te erkennen. Politieke partijen kwamen toen met argumenten die twintig jaar tevoren al door Schreuder waren opgevoerd. Bovendien werd melding gemaakt van een internationale trend om ouderen zolang mogelijk zelfstandig te laten functioneren. De studietoelichting die aanvankelijk een negatief advies uitgebracht had, kon nu geen bezwaar meer hebben tegen erkenning van de geriatrie. In 1983 werd de geriatrie formeel als specialisme erkend, 34 jaar na het bezoek van Schreuder aan Engeland.

De gedachte om ouderen te (re)activeren en te ondersteunen vanuit een eigen medisch specialisme werd geïnitieerd door een medicus. Echter, aanpalende specialismen verzetten zich tegen dit initiatief en het was daarom niet mogelijk de geriatrie erkend te krijgen. Nadat in de zeventiger jaren de gezondheidszorg meer een publiek domein werd en minder gekenmerkt werd door een hoge mate van professionele autonomie werd aanpassing mogelijk. Externe actoren van buiten de medisch beroepsgroepen begonnen hun invloed uit te oefenen. Zo werd een geleidelijke verschuiving in de richting van de geriatrie mogelijk.

De traagheid van het bovenstaande proces kan worden verklaard vanuit de institutionele inbedding van het professioneel handelen en vanuit de domeinafbakening die vanuit de legitieme autoriteit en de geclaimde bevoegdheid gevoed kon worden.

3 Methode

3.1 Inleiding

Er werd gekozen voor explorerend kwalitatief onderzoek om inzicht te krijgen in medische domeinen en de invloed van het wisselende speelveld op de medische beroepsgroep. De sociale processen en hun betekenisgeving werden vanuit de leefwereld van de betrokkenen zelf bekeken. Er was geen 'voorgevormde' context. De onderzoeker is zelf medisch specialist waardoor de toegang tot de diverse beroepsgroepen eenvoudiger was vanuit de informele norm van collegialiteit. Om de validiteit te vergroten werd gebruik gemaakt van triangulatie van methoden. Data werden verkregen door documentanalyse en semigestructureerde interviews. De onderzoeker heeft vooraf aangegeven dat de informatie vertrouwelijk zou worden verwerkt en dat gegeven informatie niet herleidbaar zou zijn tot de persoon en dat zonder schriftelijke toestemming niets gepubliceerd zou worden anders dan in de scriptie verwerkt. De bronnen zullen anoniem worden gehouden. Er werd ook een logboek bijgehouden waarin opvallende zaken, overwegingen en indrukken werden opgenomen.

3.2 Documenten

Voor de documentanalyse werd gebruik gemaakt van de rapporten van VWS, de IGZ, de KNMG en de beroepsverenigingen van spoedeisende hulpartsen die op internet voorhanden zijn. De documenten waren doorgenomen voordat de interviews plaatsvonden. De volgende documenten zijn geanalyseerd:

- Capaciteitsplan 2011. Voor de medische vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde
Behoeftebepaling Spoedeisende Hulp Artsen,Utrecht.
- Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts. 2008. Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde.
- IGZ, 1994. "De keten rammelt". Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende Hulpverlening.
- IGZ, 2004. "Haastige spoed niet overal goed". Rapport Spoedeisende hulpverlening;
- KNMG. 2011. Kaderbesluit, specifiek besluit, landelijk opleidingsplan CCMS
- NVSHA. 2009. Tien jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland
- Opleidingsfonds Zorg. 2012.
- Opleiding & Registratie. 2011
- RVZ . 2010. Perspectief op gezondheid 20/20 Advies uitgebracht door de Raad voor de

Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
-Toetsingskader profielen 2008
-VWS , 2002. "De arts van straks ". Een nieuw medisch opleidingscontinuüm.

3.3 Interviews

Rekrutering vond op de volgende wijze plaats. De geïnterviewden ontvingen eerst een korte e-mail en na toestemming werd een telefonische afspraak gemaakt. Allen die benaderd werden waren bereid mee te werken, met uitzondering van de voorzitter van de Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie (NVA). Met de geïnterviewden werd afgesproken dat gegevens anoniem zouden worden verwerkt, wel herleidbaar tot de professie, maar niet herleidbaar tot de persoon. De interviews vonden plaats tussen 20 maart en 14 mei 2012. De interviews werden opgenomen en direct uitgewerkt in transcript. Bij de uitwerkingen werden zo precies mogelijk de omstandigheden en situatie te beschreven.

Het doel van de interviews was het verzamelen van data. Door Kvale (1996) werden twee benaderingen van interviews beschreven als metaforen: de "mijnwerkersvorm" en de reizigersvorm". Er is bij dit onderzoek gebruik gemaakt van de metafoor van de reiziger waarmee bedoeld wordt dat tijdens de interviews er een interactief proces bestond tussen de onderzoeker als medisch specialist en de geïnterviewden, voor het merendeel ook medisch specialisten. Hierdoor ontstond een vertrouwensband waarbij wel getracht werd zo objectief mogelijk te blijven. Door frequente gesprekken met collega's die niet bij het onderzoek waren betrokken werd getracht een genuanceerd feitelijk denkniveau aan te nemen. De vragen aan de te interviewen collega's werden vooraf schriftelijk geformuleerd en aangepast op de te interviewen actor. De gesprekken verliepen semigestructureerd, er was een vragenlijst en daarbinnen werd ruimte gelaten om af te wijken. Aan het einde van het interview werd bekeken of de onderwerpen (in de vragen geformuleerd) aan de orde waren gekomen.

Er zijn in totaal 25 interviews van 35-95 minuten uitgevoerd op de diverse werklocaties. De ziekenhuis locaties zijn geselecteerd volgens de 'methode van maximale variëteit' die werd beschreven door Patton (Patton 2002:234). De drie locaties betreffen een groot niet-academisch ziekenhuis in het oosten van het land, een kleiner opleidingsziekenhuis in het westen van het land en een academisch ziekenhuis. Voor het grote niet-academische ziekenhuis werd gekozen omdat daar, volgens de voorzitter van de NVSHA, het systeem van SEH artsen en de opleiding van SEH artsen het beste functioneert. In dit ziekenhuis werd ook gesproken met de voorzitter van de Raad van Bestuur. Aangezien de anesthesioloog van dit ziekenhuis niet beschikbaar was voor een interview (als voorzitter van de NVA), werd een interview afgenomen met een anesthesioloog uit een vergelijkbaar ziekenhuis in het westen van het land. Het kleinere ziekenhuis werd geselecteerd als een

zich snel profilerend opleidingscentrum. Andere locaties die werden bezocht zijn het ministerie voor VWS in Den Haag en de IGZ in Utrecht. Aangezien ook de voorzitters van de diverse beroepsverenigingen ook op hun werkplek werden geïnterviewd zijn nog drie andere academische ziekenhuizen bezocht. Er werd geen volgorde in gesprekken aangehouden, dat was niet mogelijk en ook niet nodig. Er is wel bewust voor gekozen om de voorzitter van de NVSHA als eerste op de hoogte te stellen omdat het gaat om het specialisme spoedeisende geneeskunde.

De voorzitters of de met de portefeuille SEH belaste bestuursleden van verschillende beroepsgroepen werden benaderd. Het betreft hier de beroepsgroepen Nederlandse vereniging voor Neurologie, Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde, Nederlandse vereniging voor Anesthesie (NVA), Nederlandse Internisten Vereniging, Nederlandse vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse vereniging voor Spoedeisende Hulpartsen. Met uitzondering van de NVA waren alle verenigingen bereid om mee te werken aan een interview. De voorzitter van de NVA gaf aan dat er eerst een verenigingsstandpunt geformuleerd moest worden. Ten tweede zijn er diverse SEH artsen (n=4) en SEH artsen in opleiding (n=2) geïnterviewd in diverse ziekenhuizen. De medisch specialisten die geïnterviewd werden zijn: twee anesthesiologen, twee internisten, twee kinderartsen, twee neurologen en drie chirurgen.

Naast interviews met medisch specialisten en SEH artsen werden twee senior beleidsmedewerkers van VWS, een inspecteur van IGZ en een voorzitter van de Raad van Bestuur geïnterviewd.

3.4 Analyse

Het materiaal uit het transcript werd via een open analyse gecodeerd, waarbij de codes “naar boven” kwamen uit het materiaal. Vervolgens werden codes gegroepeerd en de onderlinge samenhang bekeken (Mortelmans 2009). In de derde fase vond terugkoppeling van data naar het theoretisch kader plaats en data werden vergeleken met gegevens uit de literatuur.

3.5 Kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit

Kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek wordt in de postpositivistische wetenschapsbenadering gedefinieerd als objectief en universeel (Mortelmans 2009: 428). Objectiviteit verwijst naar de afwezigheid van subjectieve inbreng van de onderzoeker. Om dit zo goed mogelijk te waarborgen werd gekozen om de positie van de SEH artsen te beschrijven vanuit verschillende perspectieven (medisch specialist, SEH arts, Raad van Bestuur). Universeel toepasbaar verwijst naar generaliseerbaarheid van resultaten. Om

generaliseerbaarheid te maximaliseren werd gekozen voor een theoretische onderbouwing van de gevonden data die geabstraheerd werden bij de analyse.

Validiteit en betrouwbaarheid zijn begrippen die met name toegepast worden bij kwantitatief onderzoek. Beoordeling van kwaliteit in kwalitatief onderzoek is gebaseerd op aanvaardbaarheid en relevantie (Mortelmans 2009:432). Door gebruik te maken van de methode voor maximale variëteit, interviews met diverse gremia en documentanalyse (bronnen triangulatie) werd getracht verschillende perspectieven te combineren.

4 Opkomst en Ontwikkeling van de SEH arts

In dit hoofdstuk worden de resultaten die bij analyse van de interviews en de documentanalyse zijn verkregen besproken. In dit hoofdstuk zal eveneens vanuit het theoretisch kader worden verklaard welke institutionele transformatie gaande is en welke verschuivingen de vorming van de professie van SEH arts ondersteunen dan wel bemoeilijken.

Om citaten niet uit hun context te halen en een eventuele achterliggende gedachte ook weer te geven, zijn de meeste citaten in zijn geheel afgebeeld.

4.1 Context en opkomst SEH artsen

De komst van de SEH arts werd vooraf gegaan door diverse institutionele verschuivingen, die aan het eind van de vorige eeuw begonnen vanuit het oogpunt van kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing (Putters e.a. 2009).

De kwaliteit op de spoedeisende hulpen van ziekenhuizen was eind vorige eeuw onvoldoende. In 1994 verscheen het rapport van de IGZ “De keten rammelt” dat de noodzaak tot verandering van de zorg op de SEH onderschreef (IGZ 1994). Het ging daarbij om de (24 uur) beschikbaarheid van deskundigen en de logistieke voorzieningen om de continuïteit van de zorgverlening in het ziekenhuis te kunnen garanderen. In die tijd werden de SEH’s meestal bezet door basisartsen die, in afwachting van hun verdere opleiding, of om ervaring op te doen, enige tijd op een SEH werkten. Deze artsen hadden nog weinig ervaring en de turn-over was hoog. Hierdoor was er onvoldoende kennis en onvoldoende vaardigheid om kwalitatief goede zorg te leveren.

Behalve het gebrek aan ervaring bij artsen op de SEH, was er ook een tekort aan arts-assistenten niet in opleiding (agnio’s). Het arbeidstijdenbesluit voor arts-assistenten in opleiding (aio’s) dat sinds december 1995 van kracht was werd steeds strikter nageleefd. Zo mochten arts-assistenten per maand gemiddeld niet meer dan 55 uur/week werken en werd er ook een beperking opgelegd aan bereikbaarheidsdienst. Tegelijkertijd werd van de assistenten in opleiding verwacht dat zij aan de leerdoelen zoals omschreven in het curriculum van het desbetreffende specialisme voldeden wat betekende dat onevenredig veel tijd werd besteed aan het doen van diensten terwijl andere verplichte leerdoelen uit het curriculum niet konden worden gehaald. Er werden meer agnio’s aangenomen om de dienstenbelasting te verminderen. Veel agnio’s gaven ook de voorkeur aan werken in opleidingsklinieken om zo beter in het zicht van de opleiders te komen, zodat zij uiteindelijk ook specialist zouden kunnen worden. Uiteindelijk waren er onvoldoende arts-assistenten (agnio’s) beschikbaar om tot een sluitend en dekkend rooster op de SEH te komen, zowel in

academische als niet-academische ziekenhuizen. Door het ontstaan van het tekort aan agnities moest er gezocht worden naar alternatieven.

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) was naar het zich laat aanzien het eerste ziekenhuis dat probeerde om meer artsen aan zich te binden om voldoende artsen beschikbaar te hebben. Zij gingen in de jaren '90 de uitdaging aan om aantrekkelijke loopbaanperspectieven te bieden aan artsen die mogelijk minder geïnteresseerd waren om een opleiding tot medisch specialist te volgen, maar wel in de curatieve sector werkzaam zouden willen zijn (NVSHA 2009:28-30). Zij dachten dat er ook behoefte zou kunnen zijn aan bredere, al dan niet op specifieke terreinen deskundige artsen ("werk op maat"), die ook in algemene ziekenhuizen uitstekend inzetbaar waren. De (toen nog) ruwe plannen om te starten met de opleiding tot combinatie-arts spoedeisende hulp en ziekenhuiszorg lagen vanaf 1995 op de plank om verder uitgewerkt te worden.

Naast de actieve houding van het UMCG voelden andere ziekenhuizen zich ook verantwoordelijk voor het oplossen van het tekort aan artsen op de SEH. In het 'Onze Lieve Vrouwen Gasthuis (OLVG) in Amsterdam werd de eerste aanzet tot de opkomst van de SEH arts gegeven door de traumachirurg Luitse die eind jaren tachtig geconfronteerd werd met een SEH waar de manager geen medische achtergrond had en er geen medicus verantwoordelijk was voor de zorg op de SEH (NVSHA 2009). Het was in die tijd een "nurse driven afdeling", zo stelt hij. De Raad van Bestuur, die verantwoordelijk was voor de zorg op de SEH, benoemde Luitse tot medisch manager van de SEH. Door de toename van het aantal patiënten, na sluiting van twee andere ziekenhuizen, werd eveneens besloten tot een grondige verbouwing van de SEH die toen een eigen afdeling werd. Om de afdeling goed te kunnen laten functioneren kregen poortartsen steeds meer training en ontstond de gedachte SEH artsen op te gaan leiden voor 'eigen gebruik'.

Het voorstel om spoedeisende hulp artsen op te leiden is daarna in een commissie van traumachirurgen en Raden van Bestuur van de 'Samenwerkende Topklinische Opleidingsziekenhuizen' (STZ) besproken. De STZ ziekenhuizen wilden graag meewerken aan het opzetten van een opleiding voor SEH artsen aangezien in die tijd de discussie door de academische centra was opgestart of STZ ziekenhuizen wel in staat waren om arts-assistenten van de reguliere specialismen op te leiden. De STZ ziekenhuizen konden zich met deze opleiding onderscheiden van hun academische concurrenten. Daarnaast wilden de STZ ziekenhuizen ook meer zeggenschap over artsen op de SEH. Zij wilden de SEH artsen in dienst nemen van het ziekenhuis en niet in dienst van de maatschap. Hoewel in eerste instantie de komst van SEH artsen als lokaal initiatief voor kwaliteitsverbetering werd geïntroduceerd, vond er extern eveneens een verschuiving van de institutionele kaders plaats. Behalve dat de Raden van Bestuur besloten SEH artsen in dienst van het ziekenhuis aan te stellen, waren zij ook degene die een belangrijke rol wilden spelen bij het overleg met

VWS. Ook hadden zij een belangrijke rol in de uiteindelijke keuze voor een driejarige spoedeisende geneeskunde opleiding die zij in eerste instantie vanuit eigen middelen financierden.

De driejarige opleiding werd overgenomen van het Amerikaanse model. De ontwikkeling van de SEH arts of 'Emergency Medicine' vond veertig jaar geleden al plaats in Amerika. De SEH is in Amerika een autonome, onafhankelijke afdeling binnen het ziekenhuis met een eigen budget en een eigen management (de Vries & Luitse 1999). Alle patiënten worden daar in eerste instantie gezien door de SEH arts die ook de medische verantwoordelijkheid voor de patiënt op de SEH draagt. Hun werkzaamheden bestaan bijvoorbeeld uit het intuberen, inbrengen van diepe lijnen, inbrengen van een thoraxdrain of het maken van een echo van de buik. Daarnaast doen zij samen met de traumatoloog de opvang van traumaslachtoffers en is de SEH arts verantwoordelijk bij reanimaties. In de Verenigde Staten (VS) duurt de opleiding tot SEH arts drie jaar. Naast het werk op de SEH (anderhalf jaar) bestaat de opleiding uit diverse stages. Een soortgelijke opleiding werd geïntroduceerd in Nederland. Echter, het traject van medische specialisatie is in Amerika anders dan in Nederland. In Amerika is de opleiding tot internist even lang als die tot SEH arts en de heelkunde opleiding is vijf jaar. In Nederland is de opleiding tot internist of chirurg zes jaar. Daarnaast is het patiëntenaanbod per ziekenhuis vele malen groter dan in Nederland en is er in de VS geen goed functionerend huisartsen systeem.

De keuze voor de drie jarige opleiding was een financiële keuze door de STZ ziekenhuizen genomen. De STZ ziekenhuizen speelden een grote rol bij de eerste financiering van de SEH arts. Ook hadden zij een belangrijke rol bij het verdere traject van registratie en erkenning door de overheid zoals uit het onderstaande citaat blijkt:

Nadat de STZ ziekenhuizen de opleiding hadden, wilden zij een stichting met een stichting bestuur die ook de registratie van de opleiding deed. We [commissie STZ] hebben toen besloten niet te vroeg een erkenning aan te vragen bij de Medisch specialisten Registratie Commissie (MSRC). In strategisch opzicht hebben we gezegd; we moeten niet te vroeg een erkenning aanvragen. Laten we eerst maar zorgen dat dit meer een 'mature' geheel wordt, dat we het curriculum verder ontwikkelen. De Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde (SOSG) is toen opgericht en het SOSG certificaat was in STZ ziekenhuizen geldig. Dat werd als een pre gezien voor het aannemen van mensen op zo'n post en daarmee is een stuk ontwikkeling gekomen waarmee er toen 120 SEH artsen inclusief opleidingsassistenten waren en toen is pas de erkenning aangevraagd. Want er stond ons toen heel goed voor ogen hoe het met de sport artsen is gegaan, die zijn te vroeg geweest (Chirurg).

De STZ ziekenhuizen hebben een belangrijke rol gespeeld bij het aanzetten tot taakherschikking en institutionele verschuivingen binnen de ziekenhuizen. Door de SEH arts als intermediair te positioneren ontstonden onderhandelingen tussen medisch specialisten en zorgbestuurders die beiden hun belangen verdedigden, zoals uit de volgende paragrafen zal blijken.

In de periode dat de ontwikkelingen in de STZ ziekenhuizen zich afspeelden verscheen er opnieuw een rapport van de IGZ: "Haastige spoed zelden goed" waarin zij weer hun zorg uitspraken over de zorg op de SEH in Nederland (IGZ 2004).

De grootste SEH van Nederland daar hadden ze nogal wat problemen, een slechte reputatie binnen hun eigen regio. Dus er moest toen wat. Ze hadden nog steeds het model van de jongste assistent op de SEH. En dat liep vast, teveel turn-over, te weinig kennis voor teveel complexiteit. Toen hebben we gezegd, je moet dat kennisniveau opkrikken. Beter communiceren etc. Nou daar was eigenlijk ook een heel groot probleem. De omzet van de SEH, dat was op dat moment iets van 60% van de ziekenhuis omzet, zeker voor een ziekenhuis met financiële gebreken (de chirurgie had toen geen geweldige reputatie) was de geldstroom vanuit de SEH van levensbelang. Ze wilden absoluut niet dat daar iets tussen zou kunnen staan, waar ze geen grip op zouden hebben. Daar is toen die SEH arts uit voortgekomen, het ziekenhuis heeft vanuit de inkomsten van de SEH de opleiding van de SEH artsen betaald (IGZ inspecteur).

Tezamen met de behoefte aan kwaliteitsverbetering in de zorg kwam ook de kostenbeheersing als belangrijk speerpunt van de overheid. Het zorgbeleid van VWS was erop gericht om via taakherschikking zorg goedkoper te leveren. Met de aanbevelingen van het rapport "De arts van straks", werd het belang van de komst van de SEH artsen, die in loondienst zouden komen, benadrukt (VWS 2002). Een landelijke uniforme opleiding tot SEH arts, waarbij inbedding van de opleiding in bestaande landelijke organisatiestructuren van medische vervolg- en ziekenhuisopleidingen, werd noodzakelijk.

Aangespoord door de rapporten van IGZ en VWS heeft de KNMG een regeling getroffen voor de SEH artsen door erkenning als 'profiel specialisme' in het 'Toetsingskader profielen' die op 12 juli 2008 in werking trad (Toetsingskader 2008). Achtergrond van deze regeling is de borging van de kwaliteit van medische vervolgoopleidingen die niet erkend zijn als specialisme en daar ook (nog) niet voor in aanmerking komen. Een profiel ligt qua 'niveau' in tussen de basisarts en de specialist.

De STZ ziekenhuizen waren dus zeer bepalend bij de keuze voor een driejarige opleiding en het aanstellen van SEH artsen in loondienst. De KNMG erkende spoedeisende

geneeskunde als profiel specialisme om de kwaliteit van medische vervolgopleidingen, die niet erkend zijn als specialisme, te kunnen borgen. Hoewel in eerste instantie de behoefte aan kwaliteitsverbetering lokaal in het OLVG werd verwoord, heeft er mede door behoefte aan kostenbeheersing een verschuiving van de institutionele processen plaatsgevonden naar externe regulering.

4.2 Opleiding van de SEH arts

Met de erkenning van de spoedeisende geneeskunde als profiel specialisme kwam ook de behoefte om een adequaat trainingsprogramma voor SEH artsen te hebben. SEH artsen werden ingedeeld bij het centraal college medisch specialisten (CCMS). Zij moesten voldoen aan de eisen die gesteld werden aan medisch specialisten. In die periode (2005-2010) werd door de overheid druk op de medische beroepsgroep uitgeoefend om het medische trainingsprogramma te verbeteren om de veiligheid van de patiënt te garanderen en jonge artsen beter voor te bereiden op veranderende behoeften van de gezondheidszorg (Wallenburg et al 2012). Deze institutionele verandering betekende een verschuiving van het oude impliciete model van leermeester-gezel opleiding naar een meer formeel expliciet trainingstraject waardoor meer transparantie en verantwoording van de opleiding. De moderne opleiding moet gericht zijn op vastgestelde algemene en specialisme gebonden competenties. Competentie wordt gedefinieerd als de bekwaamheid van een specialist om een professionele activiteit in een specifieke authentieke context adequaat uit te voeren door de geïntegreerde aanwezigheid van kennis, inzichten, vaardigheden, attitude, persoonskenmerken of eigenschappen.

De hervorming van het medisch onderwijs werd ondersteund door het ministerie van VWS met de introductie van het opleidingsfonds (Opleidingsfonds Zorg 2012). Het opleidingsfonds zorgt ervoor dat per zorgopleiding voldoende specialisten worden opgeleid die kwalitatief goed zorg kunnen leveren. Het fonds regelt daarnaast ook de bekostiging van opleidingen tot bijvoorbeeld chirurg of SEH arts. Aanvankelijk werd dit fonds gezien als administratieve organisatie. Het bleek echter, dat toewijzing van gelden om assistenten op te leiden tot specialist werden gekoppeld aan kwaliteitseisen en daarmee een inbreuk deden op professionele autonomie en zelfbestuur. Gelden werden uitgekeerd aan de Raden van Bestuur die daarmee ook verantwoordelijkheid voor de opleiding kregen. Dit leidde tot een belangrijke institutionele verschuiving. De medische vervolgopleiding werd omgevormd van een dominante door professionals gecontroleerd systeem naar een systeem van co-regulatie (Wallenburg et al. 2012).

Voor de erkenning van de spoedeisende geneeskunde kwam de modernisering van de medische opleidingen en de institutionele verschuiving van de financieringsstructuur in het opleidingsfonds op het goede moment. De SEH opleiding moest snel aangepast worden aan de nieuwe curriculum-eisen, zoals in het volgende citaat werd verwoord:

Aangezien men voornemens was om de spoedeisende geneeskunde te gaan erkennen als een profiel was de vraag aan ons om dit eigenlijk binnen 2-3 weken even te doen. Grote paniek binnen het bestuur was het gevolg. Hoe krijgen we dit nu weer voor elkaar? Het antwoord van het bestuur was dat we het curriculum binnen alle redelijkheid zo snel mogelijk zouden herschrijven. Gelukkig kon met ondersteuning van een medewerker van het CCMS en de projectgroep implementatie curriculum Spoedeisende Geneeskunde dit in 2 maanden voor elkaar gekregen worden (NVSHA 2009:107).

Door een curriculum vorm te geven die aan de nieuwe eisen voldeed werd legitimiteit gecreëerd. Het nieuwe curriculum dat de naam "Curriculum tot opleiding Spoedeisende Hulp Arts, versie 2008" kreeg, diende als pijler voor het specifieke besluit om de spoedeisende geneeskunde te erkennen als profiel specialisme.

Behalve de korte tijd voor de aanpassing van het curriculum, bleek er ook een tijdsdruk te bestaan bij het erkennen van voldoende opleidingscentra. Medio 2008 werd het duidelijk dat de opleiding tot SEH arts per 2009 gefinancierd zou gaan worden vanuit het opleidingsfonds. Dit resulteerde in de tweede helft van 2008 in een stroom van aanvragen voor opleidingserkenning. Dat hierbij enige creativiteit ter hand werd genomen blijkt uit het onderstaande citaat:

Naar mate de opleiding verder tot ontwikkeling kwam, en uiteindelijk ook kon worden opgenomen in het Opleidingsfonds, ontving de SOSG een veelvoud van erkenningsaanvragen. Met de nodige creativiteit en flexibiliteit hebben in 2008 visitaties plaats gevonden die op enigerlei wijze afweken van het tot dan gevolgde stramien van de visitaties – zonder de kwaliteitsaspecten uit het oog te verliezen (NVSHA 2009:100).

Uit het bovenstaande blijkt dat, hoewel er een lange tijd heeft bestaan tussen de start van de eerste opleiding in 2000 en opname van de opleiding in het opleidingsfonds per 2009, de huidige opleiding in korte tijd gerealiseerd moest worden. Aangezien er (nog) geen SEH artsen zijn die hun eigen opleiding kunnen verzorgen wordt van de medisch specialisten

verwacht dat zij een bijdrage leveren aan de opleiding van SEH artsen. De ambitieuze opleidingseisen door traumachirurgen opgesteld en het ervaren gebrek aan overleg met beroepsverenigingen van medisch specialisten komt uit de interviews naar voren. Diverse medisch specialisten blijken ook moeite te hebben met het vormgeven van de opleiding van een andere beroepsgroep. Zij vinden de competenties zoals gesteld in het curriculum te hoog gegrepen en niet haalbaar voor de termijn van de verplichte stages:

Er blijkt een verplichte stage anesthesie te zijn, wij zijn daar nooit bij betrokken. Nu krijg ik op mijn brood dat wij die assistent moeten opleiden. Zij hebben bedacht wat de SEH arts moet kunnen en wij moeten dat in een aantal weken regelen, terwijl onze assistenten daar 2 jaar over doen. Voor ons ziekenhuis willen we wel helpen, maar die verantwoordelijkheid voor die competenties kunnen we niet leveren. Laat ze nou eerst zelf eens verzinnen hoe dat in elkaar zit en laat ze dan overleggen met de vereniging (NVA) om tot een zinvolle invulling te komen. Nu moeten wij het maar verzinnen, elk ziekenhuis met een opleiding SEH mag zelf de invulling verzorgen van de stage. Dat zal voor elk ziekenhuis anders zijn. Er moet eenheid zijn. Als je vindt dat je een opleiding verzorgt moet je ook vastleggen wat iemand moet kunnen, hoe je competenties bij moet houden en dat niet overlaten aan een willekeurige opleidingkliniek, zo van laat ze het daar maar uitzoeken (Anesthesist).

Een neuroloog antwoordt op de vraag wat zijn gedachte over het opleidingsschema voor SEH artsen is:

Nou dat is maar de vraag, er staat wel een competentie omschreven maar staat niet altijd precies hoe diep dat is. Je kunt wel eens met meningitis in aanraking zijn geweest en wel eens antibiotica hebben gestart maar of je daarmee dan gewoon meningitis in zijn algemeenheid moet kunnen behandelen, dat is een algemene opmerking. En ik denk eigenlijk dat er juist rondom een aantal acute situaties ook heel veel variatie kan bestaan en ik denk dat de mogelijkheden om het binnen de opleidingstijd te doen beperkt zijn voor de breedte die omschreven is, eerlijk gezegd (Neuroloog).

Medisch specialisten ervaren de komst van de SEH arts vooral als een top-down opgelegd systeem en reageerden daarop, zoals door Waring & Currie beschreven, met een toenemende claim op hun medische autonomie (2009). Waring & Currie beschrijven hoe artsen omgaan met organisatorische verandering. Zij zijn meer bereid om veranderingen door te voeren indien het 'concept' ontwikkeld wordt vanuit de professionele praktijk in plaats van het van buitenaf op te leggen (Ibid.). Nu voelden medisch specialisten zich gedwongen

mee te werken aan een systeem waar zij niet om hadden gevraagd, niet in werden gekend en zij wel hun medewerking aan moesten verlenen. Medisch specialisten zouden het probleem van de te ambitieuze competenties graag oplossen door het bijstellen van het opleidingsschema of door het bijstellen van de competenties.

De SEH artsen en de arts-assistenten SEH kiezen echter unaniem voor het verlengen van de opleiding omdat zij graag medisch specialist willen worden, maar ook omdat zij zelf het gevoel hebben dat ze te weinig patiënten zien om voldoende kennis en vaardigheden te ontwikkelen om aan de competenties te blijven voldoen, zoals uit onderstaande citaten blijkt:

Er is een inhoudelijke uitdaging, we hebben een driejarige opleiding, dat is merken we hier maar ook internationaal, een onvoldoende duur van de opleiding. Het vak is te breed, de patiënten volumes zijn te laag in Nederland. We komen dus niet aan internationale standaarden van emergency physicians. Dat betekent dat SEH artsen die klaar zijn met hun opleiding, zichzelf moeten blijven opleiden en verdiepen na hun opleiding en wat dat betreft is ons nadrukkelijke streven uitbreiding van de duur van de opleiding. Dat je dat gaat borgen binnen de opleiding, in plaats van dat je dat aan de mensen zelf overlaat. Met die drie jaar raak je niet de internationale standaarden van het vak. Dus als iemand na drie jaar zegt ik ben SEH arts en doe mijn ding, dat is onvoldoende. In Amerika werken dokters 80 uur op SEH's waar ze 100.000 tot 200.000 mensen per jaar zien. Ze hebben daar een ander gezondheidssysteem, wij hebben goede huisartsen zorg (SEH arts).

Dat de opleiding lokaal nog moet worden ingevuld heeft te maken met de ontstaanswijze. Onze opleiding is in locale ziekenhuizen begonnen. Vanuit dat initiatief is het landelijk curriculum ontwikkeld. Vanuit het competentie gerichte opleiden laat je heel veel over aan locale opleiders. Als je maar aan de competentie voldoet mag je hem inrichten zoals je wilt. De vraag is in hoeverre, er aan de competenties wordt voldaan, hoe groot mag die marge zijn (SEH arts).

De anesthesisten, kinderartsen en neurologen zijn van mening dat hun specialisme te veel diepgang heeft en permanente training vraagt om het adequaat te kunnen uitoefenen. Medische zorg laten verlenen door minder getrainde SEH artsen, terwijl medisch specialisten als 'experts' in huis zijn is vanuit de medische professie niet voorstelbaar.

Een neuroloog verwoordt zijn bezorgdheid als volgt:

Het is echt een vak dat je bij moet houden. Als je enkele maanden geen patiënt ziet, dan ben je een heel groot deel van de neurologie kwijt. Het is ook een manier van denken die anders is dan de andere vakken (Neuroloog).

Hoewel de SEH artsen verwachten dat met verlenging van de opleiding zij wel aan de competenties kunnen voldoen hebben de medisch specialisten weinig vertrouwen in de beheersing en het behoud van vaardigheden, competenties en kennis van de SEH arts. Hiermee lijken de medisch specialisten aan te geven dat zij de SEH artsen niet als professionals zien die “the special privilege of freedom from the control of outsiders” hebben (Freidson 1970:137). Voor deze privileges is het nodig om een “degree of skills and knowledge” te hebben, dat zonder supervisie gewerkt kan worden en dat regulerende actie vanuit de eigen beroepsgroep kan volgen bij het niet competent uitvoeren van medisch beleid (ibid.). Medisch specialisten zouden oprecht bezorgd kunnen zijn over de haalbaarheid van de spoedeisende geneeskunde als zelfstandige professie die voldoet aan de criteria zoals door Freidson gedefinieerd. Anderzijds kunnen zij op deze wijze ook proberen hun eigen bevoegdheden te verdedigen door naar hun eigen ‘expert’ kennisniveau te wijzen als domeinafbakening zoals door Abbott geformuleerd (1988). Indien er concurrentie binnen het systeem van toewijzing ontstaat begint de domeinstrijd.

Naast de inhoud van de opleiding van SEH artsen, blijkt er soms ook voor de medisch specialisten een capaciteitsprobleem om SEH artsen in opleiding te begeleiden. De medisch specialisten in opleidingsziekenhuizen hebben hun eigen arts-assistenten die voldoende patiënten moeten zien, dat blijkt in de praktijk geen probleem. Het probleem zit in de groep die tijdelijk voor een korte stage komt, zoals de assistenten in opleiding tot huisartsen (drie weken), assistenten SEH (acht weken), verpleegkundigen in opleiding (wisselend), co-assistenten (zes weken) en semi-artsen (drie maanden) :

Het grootste probleem bij ons is het aanbod, we zitten niet op de SEH overdag, dus alles wat met spoed ingestuurd wordt komt bij ons op de poli, daar zit sowieso een assistent die ook de verloskunde doet, dat kun je niet aan de SEH- assistenten overlaten, maar er zijn ook soms huisartsen bij en semi-artsen. De patiënten worden verdeeld tussen een aantal mensen met zeer verschillende capaciteiten en als het druk is heeft iedereen genoeg te doen, maar als er op een dag maar 5 kinderen op de spoedpoli komen en er lopen 3 mensen rond, dan is het wel heel moeilijk om in die

8 weken te zorgen voor voldoende aanbod zodat ze genoeg van de kindergeneeskunde kunnen zien (Kinderarts).

Er is dus ook een praktisch bezwaar; patiëntenvolumes zijn regelmatig onvoldoende om genoeg aanbod voor oefening te hebben. Dit wordt versterkt doordat patiënten mondiger worden en regelmatig weigeren als 'oefenobject' gebruikt te worden. Patiënten komen steeds meer pas in een verder gevorderd stadium van het ziekteproces naar het ziekenhuis waardoor ze soms te ziek zijn om eerst door een 'niet-specialist' te worden onderzocht. Tegelijkertijd voelen medisch specialisten zich wel verantwoordelijk voor de opleiding van de diverse gremia. Het verzoek om ook nog SEH artsen op de leiden bevordert het gevoel van incompetentie omdat ze daardoor moeilijker aan de vraag zoals gesteld in de diverse stage afspraken kunnen voldoen.

Behalve inhoudelijke en praktische bezwaren blijkt het voor medisch specialisten ook moeilijk om arts-assistenten van een ander specialisme op te leiden. Zij voelen zich niet in staat om collega's op te leiden die een ander socialisatieproces doorlopen dan die zij kennen vanuit hun eigen beroepsgroep. De opleiding van arts-assistenten kent een socialisatieproces waarin een specifieke cultuur, normen en waarden worden overgedragen en onderhouden (Bosk 1979). Het socialisatieproces bevat informele vormen van controle over het functioneren van de arts-assistent (ibid.). Een opleider krijgt door observaties tijdens de diverse werkzaamheden en opleidingsmomenten diepte-inzicht in het functioneren van de arts-assistent. Door de vele contactmomenten ontwikkelt de opleider een 'pluis of niet-pluis' gevoel. Een neuroloog verwoordt dit ook in onderstaand citaat:

Ik denk dat ik toch wel heel veel liever dienst doe met een assistent neurologie als met een SEH arts, ook als het een assistent-niet-in-opleiding is die net begonnen is. Die zijn binnen 2-3 maanden al heel ervaren. Je hebt er dagelijks contact mee dus je weet precies hoe die in elkaar zit (Neuroloog).

Daarnaast moeten de gestelde competenties worden beoordeeld en afgetekend. Daarmee is het systeem transparant en controleerbaar waardoor de druk op de opleiders (chirurgen, internisten en stage begeleiders) van de SEH artsen toeneemt. Opleiders moeten wel zeker weten dat de arts-assistent SEH bekwaam genoeg is, er wordt immers een handtekening gezet waardoor verantwoordelijkheid niet ophoudt na afronding van de stage.

Samenvattend kan gesteld worden dat verschuivingen in het interne en externe speelveld wrijving opleveren bij de medisch specialisten. Zij voelen zich gedwongen mee te werken aan een top-down opgelegd systeem en reageerden daarop met een toenemende

claim op hun verantwoordelijkheid. Daarnaast voelen zij zich niet in staat om de kennis over te brengen zoals gesteld in de diverse opleidingseisen. Het geeft hen, door het gebrek aan controle, een gevoel van incompetentie om collega's op te leiden die tot een andere beroepsgroep behoren.

4.3 Ontwikkeling van de SEH arts

Alle geïnterviewde SEH artsen hebben zeer bewust gekozen voor het vak van SEH arts. Zij worden aangetrokken door het karakter van het snel beslissingen nemen, de vele praktische handelingen, het niet weten wat de dag zal brengen en de afwezigheid van langdurig patiënten contact (interviews SEH artsen). Op de vraag aan medisch specialisten en SEH artsen of spoedeisende geneeskunde (SEG) een nieuw medisch specialisme is kwamen wisselende antwoorden zoals uit onderstaande citaten blijkt:

In de breedte van het volume is SEG geen specialisme, we hebben een 3 jarige opleiding zonder een wetenschappelijk goed ontwikkeld domein, ik zou dat op dit moment niet zo durven noemen. De medische wereld heeft met elkaar besloten het een 3 jarige opleiding te gunnen. Dus niet een specialisme te laten zijn (SEH arts).

Tuurlijk (lachend), kijk volgens de letter van het boek zijn wij geen medisch specialist, zo zijn we niet erkend. Dat heeft onder andere te maken dat onze opleiding maar drie jaar is, je hebt een vijf jarige opleiding nodig. In de toekomst gaat dat vast wel komen, maar dat heeft tijd nodig. En daar zijn we met zijn allen keihard voor aan het werken en dat gaat echt wel gebeuren (AIOS SEH).

De medisch specialisten zeggen de spoedeisende geneeskunde wel als specialisme te zien, maar in de huidige vorm zien zij toch beperkingen zoals uit onderstaande citaten blijkt:

Jawel, ja wel ja, de opleiding zou iets langer mogen, maar ik denk wel dat ze dat zijn, dat vinden ze zelf ook. Het mooiste zou zijn als ze een 5-jarige opleiding of zo iets hadden, dat ze heel makkelijk kunnen intuberen en beademen, alles kunnen en dat ze meegaan met de ambulance naar grote ongevallen, dat zij degene zijn die daar ter plekke hulp bieden. Dan heb je hele ervaren mensen met autoriteit en dan heb je iemand met meer aanzien die ook wat te vertellen heeft. Nu worden ze toch een beetje misbruikt voor allerlei klusjes denk ik. Dan heb je echt een taak, maar dan zou je alleen werkzaam moeten zijn in een trauma centrum, dan heeft het alleen daar zin

eigenlijk. Nu zijn ze eigenlijk dubbel op en doen de klusjes die blijven liggen, daar komt het toch vaak op neer, zeker bij de SEH artsen in opleiding (Neuroloog).

Het is al een specialisme, ik denk niet dat er een weg terug is, dat hangt heel erg af van hoe de SEH artsen zichzelf profileren en verkopen en een actieve rol spelen op die SEH en die SEH goed kunnen bestieren, ik denk dat ze dan veel meer mensen meekrijgen (Internist).

Een nieuw specialisme kan volgens Abbott op twee manieren ontstaan, door verandering in het organisatiebeleid (taakherschikking) of door een overname van bestaande taken. In het geval van de opkomst van de geriatrie als nieuw specialisme speelde het tweede mechanisme een rol; bevoegdheden werden 'geclaimd' en vervolgens overgenomen (Bijsterveld 1996). Bij de SEH arts spelen beide bovenstaande mechanismen een rol; het veranderde organisatiebeleid en het overgeven van taken door chirurgen. Vanuit de institutionele inbedding van het professioneel handelen en vanuit de legitieme autoriteit en de geclaimde bevoegdheid worden deze mechanismen gevoed. Beide mechanismen zullen worden besproken in onderstaande alinea's

Ten eerste was er vanuit de organisatie (Raad van Bestuur) en vanuit de overheid behoefte aan meer controle over de werkzaamheden op de SEH. Een nieuwe beroepsgroep die gefinancierd werd door de Raad van Bestuur en daarmee onderdeel van de organisatie is, zou als intermediair kunnen optreden tussen de medisch professionals en de Raad van Bestuur en daarmee de betrokkenheid van professionals bij de organisatie kunnen vergroten, aangezien: "professionals are not made to act as organizational members" (Noordegraaf 2011).

Het tweede mechanisme om de komst van de SEH arts te ondersteunen kwam vanuit de chirurgische specialisten groep. Chirurgen waren en zijn meestal de medisch specialisten die de meeste patiënten behandelen op de SEH. Met de toename van het aantal zelfverwijzers was het aantrekkelijk om de bevoegdheid over dit werkgebied over te dragen aan een andere groep (de SEH arts). Vanuit de chirurgie is er dan ook geen domeinstrijd wat betreft zelfverwijzers die toch al onder de verantwoordelijkheid van de eerste lijn zouden vallen. Zij willen wel de supervisie behouden over het merendeel van de tweedelijnszorg op de SEH, waarmee ze aangeven dat ze maar een beperkt gedeelte van hun werkzaamheden willen overdragen.

Medisch specialisten zien de SEH als locatie om hun patiënten te zien. SEH artsen daarentegen zien de SEH als een zelfstandig functionerende afdeling en voelen zich daar verantwoordelijk voor en willen bijbehorende handelingen kunnen uitvoeren. SEH artsen die zich capabel genoeg voelen om zelf een behandeling in te stellen, doen dat voordat er

ziekenhuisbreed afspraken over zijn. Dit doen ze omdat ze aanvoelen dat het anders geweigerd gaat worden door de medisch specialisten. Verschillende SEH artsen geven aan welke problemen ze tegenkomen:

Een ander probleem is het vinden van een bed voor een acute intoxicatie. De IC (intensive care) vindt hem [de patiënt] niet slecht genoeg en de interne vind hem te slecht. Als de interne dan wel een bed heeft, is het antwoord altijd zonder te overleggen of te komen kijken, dan moet onze assistent maar even gaan kijken. Die gaat dan de patiënt helemaal opnieuw in kaart brengen, alles opnieuw opschrijven, een eigen dossier maken, dat gaat net weer een beetje anders dan dat wij dat doen. Het laten zien dat dat een probleem is, dat is al heel belangrijk, want dat bepaalt natuurlijk heel erg de ligtijd en dat bepaalt de logistiek op de SEH en dat bepaalt ook de kwaliteit (SEH arts).

Ik doe procedurele sedatie hier ook net als in het andere ziekenhuis. Ik vind dat dat bij mijn vak hoort. Je moet wel zorgen dat er een sedatie commissie is en veiligheidsnetten bij calamiteiten. Officieel moet het vastgelegd worden. Ga je nu van te voren praten met de anesthesie van we willen dit gaan doen, opstarten, dit zijn de veiligheidsmarges, dit verwachten we van jullie, dan zien ze allemaal beren op de weg. Of ga je net als andere centra gewoon van start en zeg je joh, we hebben er al 500 gedaan, gaat super, zullen we dat niet eens vastleggen. Dat is ook omdat veel SEH artsen hun neus gestoten hebben. Als je het van de voren netjes regelt, dan krijg je het niet geregeld, dat is lastig. Je zal toevallig die ene casus treffen waarbij het niet goed gaat, dan is het gelijk klaar. Het is eigenlijk niet de lekkerste manier, maar wel een haalbare manier (SEH arts).

Het gaat hier over een domeinstrijd tussen SEH artsen en medisch specialisten. De SEH arts probeert zijn exclusiviteit in werkzaamheden aan te tonen ten opzichte van bestaande professies (Abbott 1988). Zij benadrukken hun logistieke vaardigheden, de triage capaciteiten en de generalistische visie. Verbetering van doorlooptijden wordt (nog) beperkt door de institutionele begrenzing van het systeem; medisch specialisten willen zeggenschap behouden over het toepassen van procedures en vertragen daarmee het proces, aangezien zij hun werkzaamheden elders in het ziekenhuis onderbreken op een moment dat het beste uitkomt.

Deze paragraaf over de opkomst van het nieuwe specialisme spoedeisende geneeskunde heeft ons geleerd dat veranderingen in het organisatiebeleid waarbij taken worden herschikt kunnen leiden tot een nieuw specialisme. SEH artsen proberen hun exclusiviteit in werkzaamheden aan te tonen ten opzichte van bestaande professies. Zij benadrukten hun logistieke vaardigheden, de triage capaciteiten en de generalistische visie.

4.4 Verschuivingen op de SEH

Met de komst van de SEH arts zijn er kleine verschuivingen op de SEH. De SEH arts is verantwoordelijk, vaak samen met een verpleegkundige, voor de triage van patiënten die niet verwezen zijn maar komen aanlopen. Indien een patiënt per ambulance komt, in verband met een trauma, worden de SEH arts en de traumachirurg gewaarschuwd. Ook is het zo dat bij aankomst van een ambulance de SEH arts bij alle patiënten een eerste blik werpt en ondersteunt waar nodig. Patiënten die door een huisarts worden ingestuurd worden nog steeds gezien door arts-assistenten van het betreffende specialisme, op dit gebied heeft er in geen van de bezochte ziekenhuizen een verschuiving plaatsgevonden. Deze keuze werd gemaakt om arts-assistenten voldoende opleidingsmomenten te geven en mogelijk heeft het ook met domeinafbakening te maken.

In Nederland is er een tekort aan SEH artsen waardoor er niet gedurende 24 uur per dag een SEH arts aanwezig is. De meest recente overzichtsrapportage voor SEH artsen is uit december 2011 (Capaciteitsplan 2011). Op dat moment bestond de groep gecertificeerde SEH artsen uit 183 fte intramuraal werkzame artsen, waarvan de overgrote meerderheid jonger dan 40 jaar en 63% vrouw. Ruim 60 % van de ziekenhuizen beschikt op dit moment over één of meerdere gecertificeerde SEH artsen. Bij een fictieve behoefte van een 24-uurs bezetting van SEH artsen zijn ongeveer 550-700 SEH artsen nodig (Capaciteitsplan 2011). Om dit te waarborgen is een jaarlijkse instroom van 45-52 SEH aio's noodzakelijk. Om het beperkte aantal SEH artsen maximaal in te zetten worden er met name geen nachtelijke diensten gedraaid. Een groot nadeel hiervan is dat oude patronen niet veranderen zoals uit onderstaand citaat blijkt:

Zolang de SEH arts er niet 24 uur is vallen alle gedragingen terug in oude ingeslepen patronen, want waarom moet je nu overdag de SEH arts bellen voor een reanimatie en 's nachts toch weer die anesthesist. Dan denken die mensen ook, bel me dan 24 uur per dag. Een voorbeeld hiervan is de procedurele sedatie. Als ik procedurele sedatie geef, een ouderwets roesje, dat is prima als ik dat kan, maar als de patiënt 's nachts komt dan doen we het op de ouderwetse manier, even de tanden op mekaar [als er geen arts is die voldoende ervaring heeft met sedatie]. Dat is natuurlijk raar, dat is geen continuïteit van zorg (SEH arts).

Er zijn op dit moment vijf centra waar er voldoende SEH artsen zijn om 24/7 te dekken. In het grote niet-academisch ziekenhuis, waar er wel 24-uurs diensten gedraaid kunnen worden omdat daar 10 SEH artsen en 8 opleidingsassistenten in dienst zijn, kunnen SEH artsen makkelijker functioneren. In het betreffende ziekenhuis zitten de SEH artsen in het

ziekenhuis reanimatie team, krijgen zij de huisartsen door verbonden indien zij om een chirurg vragen en doen zij de eerste opvang voor alle medisch specialisten die geen arts-assistenten in de voorwacht hebben en in een dienstsituatie van thuis moeten komen. Arts-assistenten en SEH artsen zijn altijd in huis. De SEH artsen mogen in het betreffende ziekenhuis zelfstandig beslissingen nemen over een deel van de heelkunde patiënten, alle overige specialisten willen graag zelf de verantwoordelijkheid hebben over het uiteindelijke beleid.

Als patiënten moeten worden opgenomen ontstaat soms de discussie wie nu verantwoordelijk wordt voor de patiënt. In het grotere niet-academische ziekenhuis waar continu een SEH arts aanwezig is, heeft de Raad van Bestuur een acute opname afdeling gefaciliteerd, waar alle patiënten vanaf de SEH kunnen worden opgenomen. De dienstdoende chirurg en de dienstdoende internist zijn samen verantwoordelijk voor zorg op die afdeling. Deze gedeelde verantwoordelijkheid bevordert de samenwerking tussen medisch specialisten en SEH artsen.

In dat grote niet-academisch ziekenhuis (in bovenstaande alinea's beschreven) is door de Raad van Bestuur bewust gekozen om de acute zorg tot een speerpunt te maken. Door het hebben van een grotere groep is de SEH arts meer zichtbaar op de werkvloer, zijn betere afspraken te maken met medisch specialisten en is er ook tijd om in ziekenhuiscommissies plaats te nemen, waardoor de SEH arts zichtbaarder wordt (SEH artsen). In deze situatie, waarbij de SEH artsen zelfstandiger kunnen werken, zien de medisch specialisten ook een voordeel van het hebben van SEH artsen. De werkweek van de medisch specialist beslaat zo minder uren, zij kunnen meer verrichtingen doen en zij hoeven niet meer voor elke patiënt in huis te komen. De inbedding van de SEH artsen levert praktische voordelen op.

Behalve dat het werken in een groot niet-academisch ziekenhuis voor SEH artsen en medisch specialisten prettig is, is het ook een geliefde plek om de opleiding tot SEH arts te volgen zoals een SEH assistent-in-opleiding verwoordt:

In andere klinieken hoorde ik dat het best lastig is om je positie te bepalen als SEH arts, omdat medisch specialisten zich afvragen wat doen die mensen hier, laat ons het zelf maar doen. Nou in dit ziekenhuis is het echt heel goed. We worden breed gedragen in heel het ziekenhuis. Daarom wilde ik graag hier mijn opleiding doen. Omdat je je alleen maar kunt ontwikkelen met steun van de rest van het ziekenhuis. Als ik een keer een internist bel voor een vraagje is het nooit een probleem, ik voel me daar absoluut niet bezwaard in om specialisten te bellen. In ziekenhuis 'X' was het een klein ziekenhuisje, daar kwam je echt net uit de schoolbanken en werd je beschermd door de verpleegkundigen, maar als je 's nachts een chirurg belde voor buikpijn moest je wel heel erg uitkijken wat je aan pijnstilling gaf, want dat kon niet. Zij

vonden dat die patiënt eerst door hen gezien moest worden. Dat is een beetje achterhaalt. Voor chirurgen die niet dagelijks op de werkvloer van de SEH staan is het heel moeilijk om alle ontwikkelingen bij te houden. Als je voorstelde om het anders te doen, liep je wel tegen muren aan (AIOSEH).

In hun streven naar efficiënte zorg ontvangen SEH artsen steun vanuit de overheid. Waar voorheen legitimatie van professionals alleen voortkwam uit de professionele handeling zelf wordt “efficiency of service” een centrale claim in de legitimiteit van de werkzaamheden (Abbott 1988:194). SEH artsen kunnen deze claim gebruiken om legitimiteit te verwerven.

Samenvattend kan gesteld worden dat een aantal medisch specialisten in met name het grote niet-academisch ziekenhuis bereid waren om, in onderling overleg, enkele taken vanuit hun domein over te hevelen naar de SEH artsen en te zoeken naar oplossingen om de zorg voor spoedeisende patiënten te verbeteren, zonder hun eigen belangen uit het oog te verliezen.

4.5 Kennisdomein en domeinstrijd

Aangezien de spoedeisende geneeskunde een nieuw specialisme is, zullen taken herschikt moeten worden, domeinen opnieuw begrensd en kennis overgedragen. Kennis in een medische praktijk kan expliciet of ‘tacit’ zijn; “we know more than we can tell” (Brown 2001). Bij een nieuw specialisme is de kennis nog in ontwikkeling en de tacit kennis nauwelijks aanwezig. In de meeste ziekenhuizen worden daarom bestaande, door medisch specialisten gemaakte, protocollen gebruikt. De meeste medisch specialisten willen die verantwoordelijkheid ook niet overdragen aan SEH artsen:

Er zijn interne protocollen die door de SEH artsen ook worden gebruikt. Als de SEH artsen aanvullend protocollen willen hebben worden die door ons aangepast en gefiatteerd. Dat werkt op zich goed (Internist).

De meeste medisch specialisten in de drie soorten ziekenhuizen hadden moeite de zorg uit handen te geven. Zij wilden betrokken blijven bij hun kennisdomein en zij waren ook van mening dat SEH artsen te weinig kennis hebben doordat het vak SEG te breed is en te weinig diepgang heeft.

Het benadrukken door medisch specialisten van het hebben van ‘expert’ en ‘tacit’ kennis is vanuit hun achtergrond te begrijpen. Het laten verlenen van medische zorg door

minder getrainde SEH artsen, terwijl er 'experts' in huis zijn, is vanuit de medische professie niet voorstelbaar. Deze institutionele verschuiving geeft spanningen. Medisch specialisten, inclusief chirurgen, willen de zorg niet volledig overdragen aan de SEH arts. Zij willen bij het maken van protocollen betrokken blijven en supervisie geven over hun 'eigen patiëntengroepen'. Dit diepgewortelde verantwoordelijkheidsgevoel wordt ook weergegeven door Bosk in zijn boek over "Lessons from a transplant error" (2006). Het boek gaat erover dat medische fouten vaak het gevolg zijn van het een opeenstapeling van 'fouten' in een systeem en dat er niet één veroorzaker is aan te wijzen. Echter, medici hebben in hun training geleerd dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor gemaakte fouten. Dit wordt weergegeven in het onderstaande citaat

Dr Jagers believes that the responsibility for anything that happens to his patient is his responsibility. To blame the system is the type of dishonourable behaviour that causes a surgeon to lose the respect of peers (Bosk 2006).

Het is dan ook begrijpelijk dat het moeilijk is om de zorg uit handen te geven als de verantwoordelijk wel gevoeld wordt.

De neurologen verenigt in de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN) hebben moeite met het overdragen van bevoegdheden. Zij vinden dat continue training nodig is om het vak goed uit te kunnen oefenen. Ook de anesthesioloog denkt dat hun vakgebied zich niet leent voor het gedeeltelijk overdragen van verantwoordelijkheden. Zij zien beiden de SEH arts als een triage arts die doorverwijst. Beiden geven ze aan dat eenvoudige algemene zaken door de SEH arts gedaan kunnen worden, maar dat voor moeilijkere klussen de routine of diepgang ontbreekt:

Als de SEH arts zegt acute geneeskunde is alles wat op een SEH binnenkomt, dat is mijn gebied, dat is heel bizar want dat is namelijk zó breed wat daar binnen kan lopen, dat je nauwelijks meer iets anders kunt worden dan een soort triage arts. Ik denk als je je zo opstelt, zoals het tot nu toe gaat, dat je veel meer op die manier gezien wordt, ik denk dat dat het probleem ook is. Je wordt een soort doorverwijs station, waarbij echt alles wat bij wijze van spreke geen enkele specialist meer interessant door de SEH arts zelf afgehandeld mag worden. Dat is wat gechargeerd gezegd, maar het is waanzinnig groot. Dat lees je dus ook in het opleidingsplan, alles wordt een beetje gedaan, je kunt de diepgang pas doen als je je ook beperkt in de breedte. (Neuroloog).

Dat je mensen opleidt die meer kunnen dan een huisarts die meer kennis hebben van algemene dingen die op een SEH voorkomen, dat kan. Algemene klachten zal ik maar zeggen en dat je een beetje af moet van het idee dat er op de afdeling SEH allemaal heroïek gebeurd van snelle drains plaatsen, intuberen, grote ingrepen, weet ik niet wat. Dus ik heb niets tegen een SEH arts als dat iemand is waarvan ik net zeg die op die manier snel en kundig mensen kan doorverwijzen. Ik zou wel pleiten voor de aangeklede huisarts. Eigenlijk zou het zo moeten zijn, dat je een brede algemene kennis hebt en op moment dat de diagnose duidelijk is, daar snel en kundig verwijzing komt binnen het ziekenhuis. (Anesthesioloog).

De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) heeft als standpunt dat alle kinderen jonger dan een jaar en alle kinderen met een interne problematiek vallen onder de verantwoordelijkheid van de kinderarts. Kinderen ouder dan een jaar met een trauma kunnen wel door de SEH arts worden behandeld. Voorheen bestond deze grens ook al tussen kinderartsen en chirurgen. Er heeft dus wat betreft de kinderartsen geen overdracht van bevoegdheden plaatsgevonden. De kinderarts uit onderstaand citaat legt de nadruk op het verschil in benadering tussen kinderen en volwassenen:

Wij hebben moeite gehad met SEH artsen puur omdat wij vinden dat de kindergeneeskunde een specialisme is wat voor een heel groot deel ook acute geneeskunde is, waarbij de behandeling en bejegening van een kind en de expertise van die kindergeneeskundige problematiek in principe thuishoort bij de kinderarts en dat je dan je af moet vragen of een specialist die een deel kindergeneeskunde een deel chirurgie en een deel volwassen geneeskunde en geriatrie doet of dat de beste dokter is voor je patiënt (Kinderarts).

Aangezien een groot deel van het kindergeneeskundige vak acute zorg is, zou de SEH arts wel heel veel kennis in korte tijd moeten gaan beheersen.

Uit bovenstaande citaten blijkt dat medisch specialisten niet begrijpen wat de meerwaarde is van de SEH arts en dat zij vinden dat SEH artsen ook geen hooggeplaatste competenties of kennis nodig hebben. Als de SEH arts zich ontwikkelt tot triage arts die op tijd doorverwijst dan zouden zij geen bedreiging zijn voor het medisch specialistische kennisdomein van de diverse beroepsgroepen. Echter, de SEH artsen willen zich juist wel een eigen domein toe-eigenen, namelijk die van acute geneeskunde in bredere zin en doorgroeien naar een medisch specialisme. Volgens Abbott kunnen zij een eigen domein verkrijgen via voortdurende interactie met andere beroepsgroepen (1988). De omvang van de bevoegdheid is afhankelijk van de kracht van de beroepsvereniging, de wensen van de

beroepsgroep, de wetenschappelijke achtergrond, de politieke en wettelijke mogelijkheden en de mate van dominantie. Er zijn nu (nog) geen wettelijke mogelijkheden om door te groeien tot een medisch specialisme. Daarnaast is er nog onvoldoende wetenschappelijke basis om uit te groeien tot een specialisme. Indien er verschuivingen en concurrentie binnen het systeem van toewijzing gaat ontstaan volgt een toenemende domeinstrijd (ibid.). Voor de SEH artsen is een eigen kennisdomein heel belangrijk omdat die bevoegdheid hen het recht geeft op disciplineren van gedrag en controle van de professionele opleiding (Abbott 1988:79-93). Pas dan kunnen zij functioneren met professionele autonomie en zelfregulatie.

Samenvattend kan gesteld worden dat de spoedeisende geneeskunde een nieuw specialisme is waarvoor taken herschikt moeten worden, domeinen opnieuw begrensd en kennis overgedragen. Medisch specialisten hebben vanuit hun achtergrond van 'expert' en 'tacit' kennis en hun diepgewortelde verantwoordelijkheidsgevoel, moeite om de zorg over te dragen aan de SEH arts. Zij vinden dat de SEH arts, als deze zich ontwikkelt tot triage arts, geen hoog kennisniveau nodig heeft. SEH artsen willen een eigen kennisdomein en zo het recht verwerven tot disciplineren van gedrag en controle van de professionele opleiding, zo kunnen zij autoriteit verkrijgen (Abbott 1988).

4.6 Verschuivingen binnen beroepsverenigingen

Bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVH) is iedereen ervan overtuigd dat de SEH arts de baas van de SEH wordt. Het is voor hen duidelijk wat het eindpunt gaat zijn. Bij het veranderen van de financieringsstructuur verwachten zij wel financiële compensatie aangezien nu 50% van de DBC's op de SEH voor de heelkunde zijn. Het standpunt dat zij hebben t.o.v. de werkzaamheden op de SEH is dat alle niet-gedifferentieerde patiënten (zelfverwijzers) door de SEH arts gezien worden. Als de huisarts instuurt voor de medisch specialist dan wordt de patiënt door de medisch specialist gezien.

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) heeft in reactie op de komst van de SEH arts een nieuwe subspecialisatie ingevoerd; de internist acute geneeskunde:

De specialisatie acute geneeskunde is gekomen omdat het natuurlijk toch ook wel noodzakelijk is dat gewone internisten zich op dat gebied specifiek toeleggen, maar niet als concurrent van de SEH arts. Wij zien voor de interne geneeskunde niet dat het leidt tot vermindering van de activiteiten op de eerste hulp (Internist).

Het is voor de NIV dan ook geen probleem dat er SEH artsen zijn:

(...)voor de interne geneeskunde betekent het niets. Het is niet zo dat wij minder werk hebben omdat er SEH dokters zijn. Interne geneeskunde is gewoon een moeilijk vak. Als iemand met een internistisch probleem komt, wordt toch altijd de internist gevraagd dus voor ons maakt het niet uit (Internist).

De NIV geeft aan dat de SEH arts voor hen nu geen meerwaarde heeft, maar ook geen probleem oplevert. Zij zijn wel voorstander van de opkomende professie van 'ziekenhuisarts', die zij als internisten zullen gaan superviseren en begeleiden. Zij zien kwaliteitsvoordelen met name op de snijdende afdelingen.

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesie (NVA) wil op dit moment geen interview, zij willen eerst een up to date verenigingsstandpunt formuleren. Binnen de vereniging bestaat al lange tijd de sectie urgentie geneeskunde en mogelijk spelen historische feiten een belangrijke rol, zoals de overname van de intensive care door intensivisten aan het einde van de vorige eeuw en de 'gewonnen' strijd met de heekunde om het bemannen van mobiele traumateams.

De intensive care was aanvankelijk ook een afdeling in het ziekenhuis waar alle specialisten hun patiënten konden behandelen. Tegenwoordig heeft de IC zich ontwikkeld tot een zelfstandige afdeling, waarbij het onderscheid naar insturend specialisme is vervallen en waarbij de intensivist de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg van een ernstig zieke patiënt overneemt (de Jonge 2010). Onder druk van de IGZ was deze transformatie mogelijk (ibid.). Bij de komst van de SEH arts speelde de IGZ ook een belangrijke rol.

Met deze achtergrond informatie is beter te begrijpen waarom de komst van de SEH arts juist de NIV en mogelijk ook de NVA heeft getriggerd. Beide beroepsverenigingen hebben van dicht bij de komst van de intensivist meegemaakt. De anesthesisten hadden voorheen een belangrijke rol bij de beademing van patiënten op de IC, de internisten vonden de intensieve zorg tot hun specialisme behoren. Op de IC's in Nederland werken nu intensivisten met een anesthesiologische en een internistische achtergrond. De beroepsgroepen NIV en NVA willen niet ook nog het domein op de SEH afstaan. Bij de NIV ontstond na de komst van de SEH arts de sectie acute geneeskunde. Een subspecialisme dat op de SEH ingezet wordt om het domein van de internisten aldaar te behouden.

Bij de anesthesiologie is een belangrijke vraag wat het verenigingsstandpunt zal worden. Stoppen zij met de ondersteunen van de opleiding voor SEH artsen of gaan zij hun domein uitbreiden door op de SEH de opleider- en managerstatus te claimen? Uiteindelijk is de anesthesiologie het vakgebied met de meeste kennis van beademing, circulatie en pijnbestrijding en zou die claim, gezien de taken van de SEH arts, legitiem kunnen zijn.

4.7 Financieel domein

In deze paragraaf komt de declaratiestructuur met DBC's op de SEH aan de orde en de huidige financiering van de SEH artsen.

Momenteel is er voor SEH artsen geen eigen declarabele DBC. Op de SEH's zijn de medisch specialisten de hoofdbehandelaar. Ook al ziet alleen een SEH arts de patiënt, de DBC van het betreffende specialisme waar het ziektebeeld toe behoort wordt gedeclareerd. De betreffende maatschap ontvangt daarvan het honorarium deel van de DBC. Het ziekenhuis ontvangt het ziekenhuisdeel. De grootste verandering zal optreden als SEH artsen 'eigen' patiëntengroepen gaan behandelen en daar een eigen DBC aan gekoppeld gaat worden. Dat betekent dat de inkomsten voor bijvoorbeeld het leggen van een hechting niet meer aan de heelkunde toekomt maar aan de SEH artsen of aan de organisatie indien zij in loondienst blijven. Er zal dan mogelijk een strijd ontstaan omtrent het toe-eigenen van patiënten zoals uit de volgende citaten blijkt:

(...) Ik denk dat dat zeker problemen op gaat leveren in het land, ik weet niet of er dan nog DBC's zijn tegen die tijd, maar uitgaande van die structuur gaat financiering zeker problemen op leveren. Vakinhoudelijk is hier [academisch ziekenhuis] de grootste zorg, vakinhoud en kwaliteit (Neuroloog).

(...) Dat is een heel lastig vlak. Als zij interne DBC's gaan opeisen dan kost dat ons natuurlijk inkomen, dus daar zal het laatste woord niet over gezegd zijn (Internist).

Ik denk dat dat wel een probleem gaat geven, ik denk dat mensen dan een stuk minder enthousiast worden, dat speelt toch een rol. Dan zou ik liever het geld steken in goede assistenten voor de neurologie (Neuroloog).

SEH artsen hebben geen eigen DBC's. Dat is ook een beetje de zorg die bij de medische staf heerst, op moment dat de SEH artsen wel een eigen DBC krijgen, dan vloeit dat natuurlijk, als ze op de P-rol staan van het ziekenhuis, naar het ziekenhuis toe, en op het moment dat je een gedeelde, hybride constructie hebt, heb je ook daar nog wat over te zeggen (Chirurg).

In de komende jaren is de verwachting dat de vergoedingen voor DBC's van zelfverwijzers op de SEH sterk zullen verminderen (Schippers 2012). Hierdoor wordt het voor de heelkunde, behalve inhoudelijk, ook financieel aantrekkelijk om medisch weinig interessante

aandoeningen over te hevelen naar een ander domein. Als een verrichting weinig oplevert, besteden zij hun tijd liever aan bijvoorbeeld operaties. In dat geval is de SEH arts geen bedreiging maar een aanvulling. Maar als de vergoedingen gelijk blijven zal ook de heelkunde zijn financiële domein opnieuw herzien, zoals door de vereniging al werd aangegeven. De interne geneeskunde hoopt door de komst van de acute internist zijn financiële en inhoudelijke domein op de SEH te behouden. De kindergeneeskunde heeft doordat zij vaak in loondienst zijn, geen financieel belang. Financiële belangen lijken met name te spelen voor de neurologie en de anesthesiologie. Deze beroepsgroepen zijn zich bewust van de verschuivingen binnen het speelveld en zullen hun standpunt nader bepalen.

De financiering van de SEH artsen is momenteel lokaal geregeld. Zo zijn de SEH artsen in een academisch ziekenhuis, net als de medisch specialisten, in loondienst en krijgen zij betaald als medisch specialist. Zij hebben conform, de medisch specialisten een 48-urige werkweek. In het grote niet-academisch ziekenhuis waar er een groot aantal SEH artsen is, is gekozen voor een hybride constructie waarbij de medisch specialisten en de Raad van Bestuur vergoeding ontvangen voor de verrichtingen van de SEH arts en beide ook financiering verschaffen voor de aanstelling van de SEH arts. In het kleinere niet-academische ziekenhuis is er nog geen definitieve financieringsvorm.

Deze verschillende financieringssystemen geven aan dat ziekenhuisorganisaties lokaal, waarschijnlijk in overleg met de medische staf, de financiering regelen. Dat kan betekenen dat bij volledige financiering door de Raad van Bestuur, zij de voorkeur geven aan SEH artsen boven arts-assistenten niet-in-opleiding omdat de SEH artsen meer ervaring hebben en meerdere specialismen kunnen bedienen. Zij zijn daardoor goedkoper voor het ziekenhuis dan arts-assistenten voor de individuele specialismen. Bij een hybride financiering door medische staf en Raad van Bestuur kan er ook gekozen worden voor arts-assistenten voor de individuele specialismen apart.

Het financiële domein betreft de inkomsten en uitgaven. SEH artsen hebben geen eigen declaratiesysteem. De medisch specialisten ontvangen gelden voor de werkzaamheden van de SEH arts. Financiering van de SEH arts is soms hybride, deels uit de maatschap, deels van het ziekenhuis. De komst van de SEH arts lijkt vooralsnog geen invloed te hebben gehad op de inkomsten van de medisch specialisten. Het is niet duidelijk welke verschuivingen in de financieringsstructuur verwacht kunnen worden. Het is wel helder dat wegvallen van inkomsten voor medisch specialisten een negatieve rol zal spelen bij de acceptatie van SEH artsen.

4.8 Overheidssturing en acceptatie van de SEH arts

Om inzicht te krijgen in de uiteindelijke ontwikkeling en uitkomst van SEH artsen is het belangrijk een beeld te schetsen van het veranderende speelveld in het huidige zorgklimaat. Achtereenvolgens zal worden besproken hoe de overheid probeert te sturen in patiëntenstromen en het aantal SEH's. Daarnaast streven zij naar afname van de professionele autonomie van medisch specialisten en meer invloed op zorgbestuurders (Putters et al. 2009)

Het ministerie van VWS voelt zich door de explosieve groei van de zorgkosten genoodzaakt een groot aantal maatregelen te nemen om de kosten te beperken.

Ten eerste leveren de huisartsen in Nederland goede eerstelijnszorg. Demissionair minister Schippers vindt de grote stroom zelfverwijzers op een SEH onacceptabel. Zij wil een deel van de zorg weer terug brengen naar de eerste lijn zoals uit onderstaande document citaat blijkt:

Ook minister Schippers vindt het van groot belang te voorkomen dat patiënten zonder dat daartoe aanleiding is rechtstreeks naar een spoedeisende hulp (SEH) gaan. Goede afstemming en samenwerking tussen de goedkopere huisartsenposten en de duurdere SEH's is hiervoor vereist. De bedoeling is dat patiënten zich in eerste instantie bij een huisartsenpost melden; alleen wanneer dat noodzakelijk is, worden zij meteen doorgestuurd naar een SEH (Schippers 2012).

VWS heeft ook aangekondigd dat zij in 2012 en 2013 extra geld willen vrijmaken om nieuwe samenwerkingsverbanden tussen huisartsenposten en SEH's te stimuleren. Voor de SEH's betekent dat een afname van het aantal patiënten aangezien zelfverwijzers eerst terug naar de huisarts worden verwezen en een enkeling op de SEH gezien zal worden.

Ten tweede is er het voorstel van VWS om over te gaan op concentratie en spreiding van zorg, waarbij een groot aantal SEH's, met name in de grote steden gesloten zal gaan worden. Daarnaast zal er verdere specificatie optreden van behandelmogelijkheden per SEH, waarbij er enkele traumacentra komen (Schippers 2011). Het is op dit moment nog niet duidelijk om hoeveel sluitingen het gaat. Het kan ook zijn dat er uiteindelijk gekozen gaat worden voor enkele traumacentra, terwijl de andere SEH's zich toe gaan leggen op de opvang van acute neurologische of interne problematiek. Het aantal benodigde SEH artsen zal daarom afhankelijk zijn van het adherentiegebied en de specialisatie per ziekenhuis.

Ten derde bracht de Raad voor de Volksgezondheid een advies uit aan VWS waarin zijn aangegeven dat er grote veranderingen in de ziekenhuizen noodzakelijk zijn met betrekking tot de aansturing van professionals zoals uit onderstaand document citaat blijkt:

Voor de gewenste grote veranderingen in het zorgaanbod zijn ondernemerschap en slagvaardigheid noodzakelijk. In de ziekenhuizen is dat de rol van de Raden van Bestuur. De daar werkzame specialist, ongeacht de aard van zijn verbintenis (loondienst of maatschap), moet daarom in de ziekenhuisorganisatie geïntegreerd zijn. De huidige fiscale positie van leden van maatschappen is hier een belemmerend en oneigenlijk (want niet gerechtvaardigd door omvang en aard van het risico) element (RVZ 2010).

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat zij in hun zorgbeleid streven naar taakherschikking waardoor de zorg goedkoper zal worden. Met de overheveling van taken zal ook de financieringsstructuur veranderen. Zo heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat zij vinden dat physician assistants aan de lijst met hoofdbehandelaars toegevoegd moet worden (Nza 2012). Het geldt dat voorheen ten dele ten goede kwam aan de medisch specialist wordt nu overgeheveld naar de ziekenhuisorganisatie. Dus behalve taakherschikking op inhoud, zal er ook herschikking volgen van de financiële middelen.

De toenemende overheidsbemoediging wordt door de medisch specialisten op verschillende manieren gerelateerd aan de komst van de SEH arts:

Ik denk dat de SEH arts meer voortgekomen is uit een politieke strategie om te komen tot verbetering van de zorg op de SEH. Daar zit wel een beetje marktwerking in. De chirurgie is volgens mij voor een groot deel afhankelijk van instroom van patiënten via de SEH. Het is daarom voor het ziekenhuis ook heel interessant om een goed lopende SEH te hebben (Anesthesist).

Er is voor medisch specialisten nu wel een rookgordijn opgetrokken wat betreft verdeling van de grote pot met geld voor specialisten binnen het ziekenhuis. Zo gauw daar meer duidelijkheid over is verwacht ik wel strijd tussen specialisten maar dat is los van de eerste hulp (...). Die hele bemoeizucht om alles onder controle te houden, als je ziet wat een administratie bijgehouden moet worden van alle handelingen daar moet zoveel geld in omgaan dat is onverkooptbaar naar het publiek toe, dat je zo'n administratief systeem opzet om die dokters onder controle te houden (Internist).

Met het budget plafond dat je hebt, maar geen bodem, en dat soort fratsen, daar maak ik me wel zorgen over ja, en dat is ook wel een van de redenen dat je heel goed moet nadenken ook over wat de minister wil. Ze zegt dat ze alle blauw-groen getrieërde patiënten weer bij de huisarts wil hebben, ja laat dat nou net het leeuwendeel zijn van de patiënten hier op de SEH dus dat is wel iets om heel goed over na te denken en dat is ook waarom ik zelf denk dat het nu, in deze tijd, dit moment, handiger is, om een gedeelde financieringsvorm voor die SEH artsen te hebben dan om dat nu al uit handen te geven aan de raad van bestuur. Op het moment dat ze in dienst zijn van de raad van bestuur krijg je ook dat de raad van bestuur, op een gegeven moment een claim gaat leggen op eenmalige SEH bezoeken bijvoorbeeld (Chirurg).

Er is een transformatie gaande in de institutionele inbedding van de gezondheidszorg. Waar de medische professie aanvankelijk drager was van economische autonomie (honorarium) en politieke autonomie (het recht hebben om beleidsbeslissingen te nemen als erkende deskundigen in gezondheidsaangelegenheden) lijkt alleen de klinische autonomie (diagnose en therapie) nog eigendom (Houwen 2010:40). Dat er eveneens verschuiving is in deze vorm van autonomie blijkt uit het volgende citaat vanuit VWS:

Hoe meer transparantie we krijgen hoe meer we dus ook transparantie kunnen gaan sturen en ook kwaliteitsindicatoren of uitkomsten of hoe we het ook willen noemen. Nou dat bepaalt wel heel erg inderdaad wanneer, ik denk voor die spoedeisende hulp met name want daar zit de overheid qua beschikbaarheid veel meer bovenop. Maar de acute zorg, daar ben je als overheid toch ook wel heel goed op aanspreekbaar en dat bepaalt ook heel erg dat daar veel meer op gestuurd gaat worden en ook met normeringen en dat heeft dus gelijk effect op de spoedeisende hulpartsen en de aantallen (senior beleidsmedewerker VWS).

Juist om de autonomie van het klinische domein te behouden hebben beroepsverenigingen zich toegelegd op het maken van protocollen, standaarden en gedragscodes. Door de toenemende transparantie komt deze kennis nu voor iedereen beschikbaar en wordt door de overheid ingezet als instrument om prestaties van professionals met indicatoren te meten, zoals ook verwoordt door de beleidsmedewerker van VWS. De aanvankelijke intentie van de collectieve inhoudelijke norm is nu verworden tot een structuur van competitie en individualisering (Evetts 2011).

De toenemende sturing van buitenaf genereert onder professionals een tegenbeweging van wantrouwen. Dit lijkt ook een rol te spelen bij de rivaliteit naar SEH artsen die nog niet afgerekend worden op hun prestaties en waarvan de kwaliteitsverbetering

nog moet blijken. Daarnaast bestaat bij medisch specialisten het wantrouwen naar de overheid omtrent de ware reden om de komst van de SEH arts te stimuleren. Is het een eerste aanzet om medisch specialisten van de SEH te weren of zelfs het hele systeem van medische professionals te herverdelen? Uit onderstaande citaat blijkt dat het gebrek aan vertrouwen niet geheel ten onrechte is:

(...) zo'n medisch centrum zal ook anders ingericht kunnen worden met een andere organisatie van zorg. Je ziet ook dat de spoedeisende hulparts in dienst is van het ziekenhuis en niet in dienst van de maatschap. Nou dan zie je dat hele speelveld natuurlijk. Een maatschap versus raden van bestuur gaat in zijn volle hevigheid losbarsten. Dus dit zijn ook de discussies die meespelen in het beleid. En men kijkt naar het buitenland waar je veel meer generalisten hebt en veel minder specialisme, dus om dat hele stelsel ook anders in te richten (senior beleidsmedewerker VWS).

De overheid kan door de transparantie meer invloed uitoefenen op de sector. Zij gebruiken ook informatie uit het buitenland om de zorg vorm te geven. Ook het verruimen van wettelijke kaders behoort tot hun mogelijkheden:

(...) het KNMG heeft zelf nog profielartsen in publieke registers dus dat zijn ook geen BIG registers dat is gewoon een register bij de KNMG, dat noemen ze ook een profielregister. Als je een bepaalde opleiding hebt gedaan, zoals de SEH arts, kun je je daarvoor aanmelden en kom je in een profiel terecht. Dan ben je onderscheidend van een ander, maar het zijn geen wettelijk erkende titels en het zijn ook geen beschermde titels. Medisch specialisten vallen onder de BIG artikel 14, zij hebben wel een beschermde titel. We zijn ook bezig met een evaluatie van de wet BIG dat loopt ook mee in het traject rond die medisch specialist van straks. Maar ik denk als ik het zo inschat, dat dat altijd een profielregister zal blijven en niet een wettelijk erkend register zal gaan worden (senior beleidsmedewerker VWS).

Uit het bovenstaande citaat kan worden opgemaakt dat de beleidsmedewerker van VWS niet verwacht dat SEH artsen medisch specialist zullen gaan worden. Ook wordt de verwachting uitgesproken dat met de aanpassing van de wet BIG er geen wettelijke erkenning zal gaan komen van de titel SEH arts. Het is niet bekend hoe de KNMG de toekomst van het profiel specialisme ziet. Er staat wel in het toetsingskader profielen dat in 2013 een evaluatie van het register gaat plaatsvinden. Wellicht komt er dan meer duidelijkheid over een wettelijk erkende titel (Toetsingskader 2008).

De IGZ heeft een controlerende taak en doordat zij de ziekenhuizen regelmatig bezoeken zien zij de veranderingen in de organisaties ontstaan. Er is in de organisaties wel een cultuur van verandering onder medisch specialisten zichtbaar, zoals ook beschreven in § 4.3. Dit in tegenstelling tot wat Noordergraaf (2011) stelt dat “professionals niet zijn opgeleid om te handelen in het belang van een organisatie, maar handelen in het belang van een patiënt”, ziet de inspecteur van de IGZ wel een betere samenwerking tussen Raden van Bestuur en medische staf:

(...) vroeger waren het echt twee werelden en was de positie van de medische staf in principe onaantastbaar. Het ergste wat je als Raad van Bestuur kon doen was tegen de medische staf ingaan, dan was je meestal weg. In die zin was er een dominante cultuur die de onderlinge relaties bepaalde en wat er gebeurde. De Raad van Bestuur was heel erg afhankelijk van consensus, niet eens in het stafbestuur, maar groepen in de medische staf die iets konden bepalen (Inspecteur IGZ).

De IGZ ziet SEH artsen als onderdeel van de ziekenhuisorganisatie en niet als beroepsgroep die collectief in overleg is met de IGZ:

Er worden wel SEH artsen opgeleid maar het blijft in ieder geval in de fase waar ik minder zicht op heb, in de fase waarin je dus niet echt een afdeling hebt met een eigen maatschap, en dus een plek hebt in de hiërarchie. Ik denk eigenlijk als er al iets in laatste drie tot vier jaar veranderd is, is het niet dat de SEH artsen landelijk zichtbaar zijn geworden of zo. We hebben het dus gisteren gehad over de indicator sterfte op de SEH. En dan praten we met de traumatologen, orthopeden en eventueel de geriateren en dan zeggen we niet, oh, we moeten het nog even met de SEH artsen hierover hebben. Dat moeten wij dan regelen. Die zitten niet in de rij mensen waar je echt wat mee moet (Inspecteur IGZ).

De Raad van Bestuur is evenals de IGZ van mening dat de betrokkenheid van de medisch specialisten bij de organisatie groter is geworden, net als de betrokkenheid en inmenging van de organisatie bij de medisch specialisten. De gedachte van de Raad van Bestuur is dat de beperkingen die door de overheid aan de medisch specialisten opgelegd worden, door hen zelf veroorzaakt worden:

(..) kijk maar wat er binnen de heelkunde gebeurt, het is een enorme verschuiving die plaats vindt dankzij die volume criteria. Wie heeft dat bedacht, ik niet hoor, dat zal toch echt de dokter zelf zijn met zijn kompanen, vooral onder druk van de inspectie.

Dus op het moment dat je gaat zeggen dat je twintig 'pancreassen' per jaar moet doen, dan heb je als ziekenhuis die er vijftien doet een probleem. Het hele rumoer dat nu ontstaat aan de opleidingskant vanuit de MSRC, van die eisen zijn onuitvoerbaar, hebben ze zelf bedacht. Ze gaan er steeds verder in, dat is heel bijzonder eigenlijk (voorzitter Raad van Bestuur).

De relatie tussen professionals en zorgorganisaties wordt eveneens beheerst door strijd omtrent verschillende belangen. Zo verwoordt een neuroloog de bemoeienis van de Raad van Bestuur bij de opleiding van arts-assistenten neurologie:

Een ziekenhuis is altijd blij om assistenten te hebben die ze niet zelf hoeven te betalen. Dat was ook het probleem een aantal jaren geleden wij [neurologen] door het opleidingsfonds meer plaatsen hebben toegewezen gekregen dan wij zelf hadden vastgesteld via Nivel rapporten. Toen zeiden we die willen we helemaal niet, onderling hebben we afgesproken dat doen we niet, we nemen het aantal dat wij als vereniging nodig achtten. Dat betekende dus dat je geld uit het opleidingsfonds laat staan en die assistent niet aanneemt. De Raad van Bestuur heeft zoveel druk op die opleiders uitgeoefend dat ze door de knieën gingen. De Raad van Bestuur wilde niet een ton laten staan, dus veel opleiders zijn door de knieën gegaan, de druk op het geld is enorm (Neuroloog).

Overheid en zorgorganisaties gebruiken de modernisering van de medische training als instrument om verandering in het professionaliseringsproces binnen de gezondheidszorg te bewerkstelligen. Financiële belangen komen steeds meer op de voorgrond nu er sprake is van geregleerde marktwerking.

In deze alinea werd uiteengezet dat de komst van de SEH arts parallel verloopt met diverse institutionele verschuivingen. Het zorgbeleid van VWS is erop gericht via taakherschikking doelmatiger zorg te leveren en meer invloed uit te oefenen op zorgbestuurders en medisch specialisten. Eén en ander heeft geresulteerd in een nauwere samenwerking tussen medisch specialisten en Raden van Bestuur. De toekomst van de gezondheidszorg is door de regelmatige aanpassingen niet goed voorspelbaar. Een dynamische interactie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf waarin zij samen keuzes maken voor de opvang van de spoedeisende patiënt zal in belangrijke mate het slagen van de integratie van de SEH arts gaan bepalen.

5 Conclusie en Overwegingen

5.1 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in hoe medisch specialisten omgaan met de opkomst en ontwikkeling van de SEH arts in een tijd van institutionele veranderingen en wat de komst van de SEH arts betekent voor medisch specialisten. Diverse actoren en institutionele processen blijken een rol te spelen bij de ontwikkeling van het specialisme spoedeisende geneeskunde en hebben hun invloed op de vorming van de professie van de SEH arts.

Uit dit onderzoek blijkt dat de invoering van het specialisme SEH arts wordt gedreven door verschillende parallel lopende en inter-acterende (beleids) ontwikkelingen. Eind vorige eeuw werd de kwaliteit van zorg op de SEH's in Nederland als onvoldoende beoordeeld. De SEH's werden voornamelijk bemand door basisartsen met weinig werkervaring terwijl door een toenemende patiëntenstroom behoefte kwam aan ervaren SEH artsen die de doorlooptijden konden bekorten en een goede kwaliteit van zorg konden leveren.

In het buitenland was deze lacune al opgevuld door het bemannen van de SEH met SEH artsen. Op advies van de traumachirurgen en in overleg met de Raden van Bestuur van de STZ ziekenhuizen werd het Amerikaanse model met een driejarige opleiding in Nederland ingevoerd. De STZ ziekenhuizen grepen deze ontwikkeling aan om zich meer de kunnen profileren als opleidingsziekenhuis te midden van de academische ziekenhuizen.

Met de komst van de marktwerking in 2006 werd het voor ziekenhuizen belangrijker om zich te profileren op kwaliteit, veiligheid, innovatie en doelmatigheid. Daarbij paste de door de overheid geëntameerde modernisering van de medische opleidingen. Deze hervorming betekende een verschuiving van het oude, impliciete model naar een meer formeel expliciet trainingstraject waardoor meer transparantie en verantwoording van de opleiding. Gelden werden in vervolg uitgekeerd aan de Raden van Bestuur die daarmee meer invloed kregen op de medische vervolgopleidingen

De opleiding tot SEH arts is gefundeerd op het nieuwe systeem. Met deze verschuivingen was het voor de SEH artsen mogelijk aan te haken bij het nieuwe opleidingssysteem van medische opleidingen en erkende de KNMG het profiel specialisme spoedeisende geneeskunde om de kwaliteit van medische vervolgopleidingen die niet erkend zijn als specialisme te kunnen borgen. Het ministerie van VWS ondersteunde de komst van de SEH arts door financiering van uit het opleidingsfonds voor medisch specialisten beschikbaar te stellen. Het beleid van VWS is gericht op taakherschikking en kostenbesparing in de zorg.

Aangezien spoedeisende geneeskunde een nieuw specialisme is, zijn er (nog) geen SEH artsen die hun eigen opleiding kunnen verzorgen. De Raden van Bestuur verwachtten van de medisch specialisten dat zij een bijdrage leverden aan de opleiding van de SEH artsen. Medisch specialisten voelden zich gedwongen mee te werken aan dit min of meer top-down opgelegde systeem en reageerden daarop met een toenemende claim op hun medische autonomie. Een dynamische interactie tussen de Raad van Bestuur en de medische staf waarin zij samen de keuze maakten voor de opvang van de spoedeisende patiënt bepaalde in belangrijke mate het slagen van de integratie van de SEH artsen.

Uit dit onderzoek blijkt ook dat diverse medisch specialisten ook moeite hebben met de inhoud van de opleiding. Zij menen dat de competenties zoals gesteld in het curriculum te hoog gegrepen zijn en onhaalbaar voor de termijn van de verplichte stages. Het opleiden van collega's die tot een andere beroepsgroep behoren geeft onzekerheid (Bosk 1979).

De introductie van de spoedeisende geneeskunde vertoont belangrijke parallellen met de komst van de geriatrie zoals beschreven door Karin Bijsterveld (1996). Zo is de eerste aanzet door een medisch specialist gegeven die zich zorgen maakte over de zorg aan patiënten op de SEH. Net als bij de geriatrie was er behoefte aan een coördinerende arts met kennis en kunde. Eveneens werd het buitenland als voorbeeld gesteld waarmee de noodzaak extra werd ondersteund. Medisch specialisten maakten toen dezelfde opmerkingen omtrent het nieuwe specialisme: "van alles wat en van alles te weinig" nu terug te vinden in de opmerkingen: "te breed en te weinig diep". Via diverse omzwervingen was het uiteindelijk VWS die te samen met de KNMG die erkenning mogelijk maakte. Dat de erkenning zoveel sneller is verlopen dan bij de geriatrie, heeft met de kritische fase te maken waarin de gezondheidszorg zich momenteel bevindt. Een kritiek moment kan de institutionele paden openstellen voor snellere verandering. Behalve herinneringen aan de komst van de geriater, staat ook de komst van de intensive care begin jaren negentig nog vers in het geheugen bij medisch specialisten.

5.2 Ontwikkeling tot een medisch specialisme?

In § 4.2 werd beschreven dat de Nederlandse vereniging voor anesthesiologie op dit moment niet bereid was om een interview te hebben. Het bestuur was in overleg met hun sectie urgentie geneeskunde om een verenigingsstandpunt te formuleren met betrekking tot de opleiding van de SEH artsen en de spoedeisende geneeskunde op de spoedeisende hulp. Stoppen zij met de ondersteunen van de opleiding voor SEH artsen of gaan zij hun domein uitbreiden door op de SEH de opleider en manager status te claimen? Uiteindelijk is de anesthesiologie het vakgebied met de meeste kennis van beademing, circulatie en

pijnbestrijding en zou hun claim legitiem zijn. Bij de ontwikkeling van de SEH spelen diverse actoren en belangen een rol.

Ervan uitgaande dat deze trend doorzet zijn er voor de SEH arts twee scenario's mogelijk. In het eerste scenario blijven SEH artsen profiel artsen in dienst van de organisatie. De overheid is hier een groot voorstander van. Zij zien taakherschikking als een simpele oplossing om de zorg goedkoper te maken. Daarnaast wil de overheid een betere afstemming en samenwerking tussen de goedkopere huisartsenposten en de duurdere SEH's. In dit scenario zullen SEH artsen minder zelfverwijzers zien en de rol van coördinerende generalist vervullen die specialistische hulp in kan roepen waar nodig. Zij kunnen de functie van medisch manager vervullen als extra uitdaging. Een klein deel van de SEH artsen zullen hier tevreden mee zijn maar de ambitieuze collega's hebben een ander scenario in gedachte.

Het tweede scenario werd door de meeste SEH artsen als ultiem beschouwd. Zij willen medisch specialist worden met een wetenschappelijke beroepsopleiding, een beroepsvereniging met bevoegdheidsverklaring en registratie, met een beroepscode en een schorsingsbevoegdheid, een wettelijk beschermde titel (art 14 BIG), een maatschappelijke erkenning, dit alles resulterende in professionele autoriteit. Daarnaast zien zij zich, conform de intensivisten, als primair verantwoordelijke voor de zorg van een ernstig zieke patiënt (de Jonge 2010). De intensive care is nu ook een zelfstandige afdeling, waarbij het onderscheid naar insturend specialisme is vervallen. Het merendeel van de SEH artsen hebben deze ontwikkeling in gedachte. Hoewel het vanuit SEH arts perspectief een begrijpelijke wens is zijn er ook tegenkrachten aanwezig; de medisch specialisten en de overheid. Zij zullen streven naar SEH artsen conform het eerste scenario.

De medisch specialisten zullen, indien zij voldoende alert zijn, er alles aan doen om de autonomie over een eigen klinische domein te behouden. Dat was ook het geval bij de komst van de geriatrie en zal nu sterker zijn door de toenemende overheidsbemoeienis. De komst van de SEH arts, vanuit het oogmerk van kwaliteitsverbetering, zou kunnen resulteren in verkleining van het medisch specialistische domein zoals twintig jaar daarvoor met de Intensive care was gebeurd. Het wantrouwen jegens de overheid en de organisatie kan de medisch specialisten strijdlustig maken.

Een tweede tegenbeweging komt vanuit de overheid. Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat zij in hun zorgbeleid streven naar taakherschikking waardoor de zorg goedkoper zal worden. Met de overheveling van taken zal ook de financieringsstructuur veranderen. Zo heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat zij vinden dat physician assistants aan de lijst met hoofdbehandelaars toegevoegd moet worden (Nza 2012). Het geld dat voorheen ten dele ten goede kwam aan de medisch specialist wordt nu overgeheveld naar de ziekenhuisorganisatie. Dus behalve taakherschikking op inhoud, zal er

ook beschikbaar volgen van de financiële middelen. De overheid streeft naar een beperking van de kosten van medisch specialisten. Zij zullen een vijfjarige opleiding en daarmee de toename van het aantal medisch specialisten, dan waarschijnlijk ook niet gaan financieren.

De zorgbestuurders hebben belang bij een goed functionerende SEH. De marktwerking maakt het noodzakelijk te streven naar rendement en dat is wellicht beter haalbaar met goedkopere artsen met een driejarige opleiding. Om de medische staf tegemoet te komen kunnen zij ernaar streven om de SEH niet als autonome afdeling onder management van SEH artsen te laten functioneren, maar als hybride locatie waar SEH artsen onder supervisie van medisch specialisten als coördinerende generalisten optreden.

Deze discussie geeft een overzicht van actoren, belangen en institutionele processen die een rol spelen bij de ontwikkeling van het specialisme SEH arts. Het volgende decennium zal bepalend zijn voor de ontwikkeling van de SEH arts.

5.3 Overwegingen

De spoedeisende hulp behoort tot de interne afdelingen van het ziekenhuis. Toegang en interpretatie van data is daardoor voor studenten 'Beleid en Management in de Gezondheidszorg' (BMG) beperkt. De combinatie van het student (BMG) zijn en kinderarts zijn maakte dit onderzoek mogelijk. Het medische specialist zijn maakte het mogelijk een betere beoordeling te geven van de 'waarde' van de SEH arts in vergelijking met eerder uitgevoerd onderzoek zoals dat van Kathan (Kathan & Offenbeek 2011). Ongetwijfeld heeft dit invloed gehad op de interacties tijdens de interviews en de interpretaties van de data. Het BMG student zijn gaf de basis voor een institutioneel-sociologische analyse. Zoals uit de discussie ook blijkt spelen er veel belangen en institutionele verschuivingen. Geprobeerd is in deze ZOMA scriptie een weergave van de dynamiek van de praktijk te geven. Hierin spelen eigen belangen van de geïnterviewden een rol. Om die reden werden langere citaten uit de interviews aangehaald zodat de lezer zijn eigen conclusies kan trekken.

Er zijn medisch specialisten en SEH artsen geïnterviewd in verschillende opleidingsklinieken die allen in een ander stadium van ontwikkeling waren. Dat had als nadeel dat klinieken niet vergelijkbaar waren, maar als afspiegeling van progressie in de tijd was het een voordeel. Het gaf ook aan dat er geen eenduidigheid is in het veld en in de ontwikkeling van SEH arts.

Er is bij deze studie geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van zorg in goed lopende SEH's. Voor de beoordeling van een succesvolle implementatie van SEH artsen is dat van groot belang. In vervolg onderzoek is vergelijk in kwaliteit en doorlooptijden essentieel.

6 Referenties

- Abbott A. 1988. *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago, Ill: The University of Chicago Press..
- Berlant, J.L 1975. *Profession and monopoly: A study of medicine in the United States and Great Britain*. University of Carolina Press (Berkeley). ISBN 0520027345
- Bosk, C. 1979. *Forgive and remember: managing medical failure*. Chicago: Chicago University Press
- Bosk, C. 2006. *All Things Twice, First Tragedy Then Farce*. Lessons from a transplant In: Wailoo, K, J. Livingston, P. Guarnaccia. A death retold. Jessica Santillan, the Bungled Transplant and Paradoxes of Medical Citizenship. The University of California Press.
- Brown, J., Duguid, P. 2001. Knowledge and organization: a social-practice perspective. *Organization Science*, 12 (2): 198-213.
- Bijsterveld, K.Th. 1996. *Geen kwestie van leeftijd: verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland, 1945-1982*. Uitgeverij Van Genneep Amsterdam, ISBN: 9055150908
- Capaciteitsplan 2011. Voor de medische vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde
Behoeftebepaling Spoedeisende Hulp Artsen,Utrecht.
www.capaciteitsorgaan.nl
- Carr-Saunders, A.M. Wilson P.A. 1933. *The Professions*. Londen: Oxford University Press.
- Curriculum opleiding tot Spoedeisende Hulp Arts. 2008. Stichting Opleiding Spoedeisende Geneeskunde. ISBN: 978-90-812334-22
- Currie, W. Guah, M. 2007. Conflicting Institutional logics: a national program for IT in the organizational field of health care. *Journal of Information Technology* 22:235-247
- Evetts, J. 2011. A new professionalism ? Challenges and opportunities. *Current Sociology* 59(4):406-422

- Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine. A study of the sociology of applied knowledge*.
New York: Dodd, Mead & Company
- Gans, R. 2008. Te weinig toegevoegde waarde, Organisatie en het soort dokter bepaalt
kwaliteit SEH. *Medisch Contact* 63:510-512
- Helderman, J.K. Schut, F. Grinten, van der T. et al. 2005. Market-Oriented Health Care
Reforms and Policy Learning in the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and
Law* 30(1-2):189-210
- Helderman, J.K. 2012. The rise of the regulatory state in health care: a comparative analysis
of the Netherlands, England and Italy. *Health Economics and Law* 7:103-124
- Hemerijck, A. C. 1993. *The Historical Contingencies of Dutch Corporatism*. PhD diss.,
Balliol College, Oxford
- Holmes, J.L. 2010. Emergency medicine in the Netherlands. *Emergency Medicine Australia*,
22:75-81
- Houwen, L., Bergkamp P., Arends, L. 2010. *Governance en ondernemerschap in de zorg:
nieuwe bestuurlijke verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg*. ISBN,
9789013072990
- IGZ, 1994. *De keten rammelt*. Onderzoek naar de afstemming binnen de spoedeisende
Hulpverlening.
- IGZ, 2004. *Haastige spoed niet overal goed*. Rapport Spoedeisende hulpverlening;
www.igz.nl/bestanden/Rapport
- Illich, I. 1977. *Disabling Professions*. In: Ivan Illich e.a. (2000) *Disabling Professions*.
Londen/New York: Marion Boyars
- Jonge, E.,de. 2010, *Oratie: Kwaliteit van Intensive Care*
<http://www.lumc.nl/0000/12296/80804012111221/912040955133257/912041008233257/>

- Kvale, S. 1996. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage.
- Kathan, C. Offenbeek, M. van. 2011. Redrawing medical professional domains. New Doctors, shifting boundaries, and traditional force fields. *Journal Health Organization and Management* Vol 25:73-93
- KNMG. 2011. *Kaderbesluit, specifiek besluit, landelijk opleidingsplan CCMS*
<http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/Regelgeving/Huidige-regelgeving-CCMS.htm>
- Larson, M.S. 1977. *The Rise of Professionalism: a sociological analysis*. University of Carolina Press. ISBN 0520029380
- Maas, M. 2007. SEH arts biedt meerwaarde, gespecialiseerde arts verbetert kwaliteit Spoedeisende Hulp. *Medisch Contact* 62: 251-253
- NZa. 2012. Ontneem specialist alleenrecht openen dbc. *Skipr* 3 januari; Marselis, D
<http://www.skipr.nl/actueel/id9704-nza-ontneem-specialist-alleenrecht-openen-dbc.html>
- Mahoney, J. 2000. Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society* 29: 507–548
- Melchior, M. 2006. Domeinstrijd rond de SEH, geldzorgen, patiëntenverlies en te hoge ambitie. *Medisch Contact* 41: 1612-1614
- Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Tweede druk, Leuven / Den Haag: Acco
- Noordegraaf, M. 2011. Remaking Professionals? How Associations and Professional Education Connect Professionalism and Organizations. *Current Sociology* 59: 465-488
- NVSHA. 2009. 10 jaar spoedeisende geneeskunde in Nederland.
ISBN: 978-90-812334-3-9, www.nvsha.nl

Opleidingsfonds Zorg. 2012.

<http://www.opleidingsfondszorg.nl/tranches>

Opleiding & Registratie. 2011. (<http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/Opleiding/Medisch-specialist-3/Opleiding-spoedeisende-geneeskunde.htm>)

Patton, M.Q. 2002. *Qualitative Research & evaluation methods*. 3rd edition. London: Sage Publications: International Educational and Professional Publisher

Putters, K., Breejen, E. den, Frissen, P.H.A. 2009. *De winst van zorgvernieuwing*. Assen: Van Gorcum

RVZ . 2010. Perspectief op gezondheid 20/20 Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/documenten-en-publicaties/rapporten/2011/01/26/perspectief-op-gezondheid-20-20.html>

Schilder, J.N. 2009. SEH arts is geen specialist. *Medisch Contact* 46:1919

Schilder, J.N. 2007. Geen plaats voor de huisarts. *Medisch Contact* 50:2069

Schippers, E. 2011. Schippers vindt concentratie SEH's geen bezwaar (<http://www.zorgvisie.nl/Ondernemen/11118/Schippers-vindt-concentratie-SEHs-geen-bezwaar.htm>,

Schippers, E. 2012. Startbonus voor samenwerking tussen huisartsenposten en spoedeisende hulp; Minister Schippers doet handreiking aan huisartsen <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/12/02/startbonus-voor-samenwerking-tussen-huisartsenposten-en-spoedeisende-hulp.html>

Scott, W.R. 2008 Lords of the dance: professionals as institutional agents, *Organization Studies* 29(2): 219-38

Toetsingskader profielen 2008

<http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/Nieuws/O-R-Nieuwsartikel/Toetsingskader-Profielen-1.htm>

- Vries de, G.M.J. Luitse, J.S.K. 1999. Spoedeisende geneeskunde als specialisme; drie modellen vergeleken. *Medisch Contact* 54:204-206
<http://medischcontact.artsennet.nl/web/file?uuid=6385eebd-d3d7-473a-8da0-2ab8db7fdb96&owner=2362d56f-34c3-4bb7-ab96-b44cb89ec19b>
- VWS , 2002. *De arts van straks*. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm. ISBN: 90-71994-28-7. <http://lsj.nl/wp/wp-content/uploads/2012/03/De-arts-van-straks-een-nieuw-medisch-opleidingscontinuüm.pdf>
- Wallenburg, I. Exel, van J. Stolk, E. et al. 2010. Between Trust and Accountability: Different Perspectives on the Modernization of Medical Specialist Training in the Netherlands. *Academic Medicine* 85(6):1082–1090
- Wallenburg, I. Helderman, J.K. Bont, de. A. et al. 2012. Negotiating Authority: A Comparative Study of Reform in Medical Training Regime. *Journal of Health Policy Politics and Law* 37(3):439-467
- Waring, J. 2007 Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine. *Sociology of health & Illness* 29: 163-79
- Waring J, & Currie G. 2009. Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession. *Organisation Studies* 30(07):755-778