

Ziekenhuis is hoognodig toe aan andere organisatievorm

Nieuwe rol voor de specialist

drs. Konca Lüschen-Artan,
arts en adviseur Zorg Consult
Nederland

Correspondentieadres:
n.wijnbeek@zorgconsult.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De auteur heeft dit artikel op
persoonlijke titel geschreven.

Nu ziekenhuizen met elkaar moeten concurreren en hun koers verleggen, kraakt het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf; de organisatievorm waarin bestuur en specialisten verantwoordelijkheden delen. Hoog tijd voor een fundamentele herbezinning.

Vrijwel elk ziekenhuis levert het complete zorgpakket met alle specialismen. Vanwege een andere financieringswijze, mondiger patiënten en meer inzicht in kwaliteit en prijs, staan ziekenhuisbesturen en daarmee ook medici onder druk om keuzen aan te brengen in het zorgaanbod. Zij moeten niet langer alle zorg leveren met een redelijk tot goede kwaliteit, maar kiezen voor een duidelijk portfolio waarin zij goede zorg aanbieden tegen een marktconforme prijs. Deze keuzen moeten worden gemaakt op basis van de unieke kenmerken van het ziekenhuis, de medische staf en de omgeving.

Vooralsnog gaan veel ziekenhuizen voort op de ingeslagen weg en leveren het volledige zorgspectrum. Gevolg is dat veel initiatieven op elkaar lijken: mammasprekuren, liesbreukstraten, oncologische centra et cetera. Daardoor is onvoldoende duidelijk wat echt de

toegevoegde waarde is en in welk ziekenhuis topexpertise en uitstekende patiëntvriendelijkheid wordt geboden. De uitdaging is simpel: ziekenhuizen moeten niet doen wat anderen doen, maar kijken naar de omgeving, de medische staf en de organisatie. Op basis daarvan bepalen ze hun koers.

Ziekenhuizen die geen keuze maken, krijgen op de langere termijn te maken met te veel

financiële, kwalitatieve en organisatorische consequenties. In het ergste geval zullen sommige vakgroepen worden geconfronteerd met lege wachtkamers omdat verzekeraars en patiënten voor andere aanbieders kiezen.

Profiel

De eerste stap in het keuzeproces is dat ziekenhuisbestuurders en staf samen vaststellen wat het profiel van het ziekenhuis en de medische staf is en zicht krijgen op de belangrijkste patiëntenstromen. Daarna volgt de keuze in welke patiëntgroepen of typen zorg het ziekenhuis zou moeten investeren en vooral, in welke niet.

Voor het leveren van zorg op maat is het van belang dat de ziekenhuisorganisatie in samenwerking met de medische staf de patiëntenstromen en hun specifieke wensen in kaart brengt. Denk bijvoorbeeld aan een indeling in acuut/chronisch/electief of in focuszorg/basiszorg/topklinische zorg/topreferente zorg. Belangrijk is te weten wie de patiënten zijn en wat ze willen. En pas als de medische staf en ziekenhuis ook weten wat ze van elkaar willen, kunnen ze praten over de structuur. Als al deze zaken in kaart zijn gebracht, kan de juiste specialist op de juiste plaats worden gezet.

Tot bloei

Voor veel jonge klaren is de keuze vandaag de dag beperkt: ofwel een dienstverband in een academisch ziekenhuis ofwel vrije vestiging in

Voor veel jonge klaren is de keuze beperkt

de periferie. Maar de variatie tussen specialisten is veel groter. De ene leeft op van patiëntenzorg, de ander van wetenschap of onderwijs en de derde van zorgvernieuwing. Het organiseren van specialisten rond patiëntenstromen biedt de mogelijkheid om hen aan te spreken op hun sterke kanten en deze volledig tot bloei te laten komen. De specialist die graag patiëntenzorg wil leveren, wordt zo niet alleen 'ontlast' van bijvoorbeeld management- of onderwijstaken, maar krijgt ook meer mogelijkheden om te doen waarin hij goed is.

Dit heeft wel een aantal neveneffecten. Als specialisten steeds gedifferentieerder werken, wordt het lastiger om 's avonds en in het weekend voor elkaar waar te nemen. Daarbij komt dat de keuze van een ziekenhuis voor bepaalde zorg (portfolio) betekent dat de overige zorg elders moet worden geleverd. Regionale samenwerkingsverbanden kunnen dit deels ondervangen, maar alle specialisten moeten op hun vakgebied wel een beperkte set van basisvaardigheden blijven beheersen.

Regionale samenwerkingsverbanden zullen door hun omvang en geografische spreiding een meer gestructureerd karakter krijgen: er moeten afspraken worden gemaakt over het onderling verwijzen van patiënten. Ook op

De keuze van een ziekenhuis voor bepaalde zorg (portfolio) betekent dat de overige zorg elders moet worden geleverd. Regionale samenwerkingsverbanden kunnen dit deels ondervangen.

beeld: Roland Blokhuizen



kleinere schaal kunnen hulpverleners op eigen initiatief (en ook buiten de muren van het ziekenhuis) verbindingen tot stand brengen. Denk bijvoorbeeld aan de consultatie van klinisch geriater bij nieuwe opnamen in de ouderenspsychiatrie.

Advocatenkantoren

De positionering van specialisten rond patiëntenstromen heeft ook gevolgen voor de maatschap. De maatschap heeft een dubbele functie: het is een 'inhoudelijk verbond' en een economisch-juridische eenheid. Variabele positionering vraagt een grotere variatie in werkrelaties. Het model naar analogie van advocatenkantoren komt veel voor. Dit houdt in dat er een beperkt aantal 'maten' is dat met eigen geld is verbonden aan de maatschap. Zij heeft een aantal specialisten in loondienst, van wie een aantal op termijn op basis van competenties en ondernemerschap toetreedt tot de maatschap. Uiteindelijk is het binnen dit model denkbaar dat de maatschap verdwijnt en dat een aantal specialist-ondernemers 'eigenaar' wordt van het ziekenhuis.

Maar er zijn ook medisch specialisten die graag managementtaken op zich zouden nemen zonder aandeelhouder te worden. Zij zouden zich kunnen bezighouden met de inrichting van de patiëntenlogistiek en -stromen of met het management van de vakgroep. Andere specialisten hebben die ambities niet. Voor hen is loondienst een optie. Maar dan niet met een vaste beloning op basis van de arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (AMS-regeling), maar met een vast inkomen aangevuld met een prestatiebeloning op vooraf afgesproken aspecten.

Principe

Met de komst van nieuwe modellen die de samenwerking tussen specialisten vormgeven, vervalt het 'egalitaire' principe van de maatschap: er ontstaan hiërarchische verhoudingen binnen de groep. Dit betekent dat er van (een deel van) de medisch specialisten leiderschapsvaardigheden worden gevraagd en van de overige specialisten dat zij zich laten leiden.

De verschillende positioneringen scheppen de mogelijkheid om naast de huidige bestaande monodisciplinaire opbouw van het ziekenhuis, de medisch inhoudelijk zorg rond patiëntenstromen te organiseren. Afhankelijk van ervaring, interesse en ambitie neemt de specialist een bepaalde positie in binnen het ziekenhuis. Deze kan zich ook uitbreiden buiten de gren-



zen van het ziekenhuis; de gang van de patiënt houdt immers niet op bij de muren van het ziekenhuis.

Discussie

Het ziekenhuis en de medisch specialist hebben een noodgedwongen en onlosmakelijke verbinding. In de huidige situatie is er vaak een Vereniging Medische Staf (VMS) die een (zwaarwegend) advies kan geven aan de raad van bestuur. Als medisch specialisten zich differentiëren, is ook een andere inrichting van de VMS gewenst. De mogelijkheden van de samenwerking tussen staf en ziekenhuis gaan veel verder dan in de bestaande discussie over zeggenschap en eindverantwoordelijkheid naar voren komen.

De genoemde oplossingen lijken niet verder te komen dan *doctor in the lead* of juist allemaal in loondienst. Er zijn veel variaties mogelijk in de mate waarin medici managementtaken op zich nemen. Vaak wordt uit ontevredenheid geopperd dat een bestuursvorm waarbij de *doctor in the lead* is veel problemen zal oplossen.

Maar dat is onwaarschijnlijk. De verschillende, soms tegengestelde invalshoeken tussen management en medici zullen nooit verdwijnen en het spanningsveld tussen bedrijfsvoering en goede medische zorg blijft bestaan. Het gaat erom een vorm te zoeken die past bij het type zorg, het ziekenhuis en medici. Veel ziekenhuizen en medici kunnen lessen trekken uit ervaringen die zij hebben opgedaan met duaal management.

Lastig punt

De verschillende functies die specialisten binnen een ziekenhuis kunnen vervullen, vergen een andere structuur van de medische staf. Een vereniging ter behartiging van de belangen van gelijken voldoet niet meer. Afhankelijk van

de functie die deze vereniging moet vervullen (beheer financiën, kwaliteitsbeleid, advisering raad van bestuur, afstemming specialismen-overstijgende medisch inhoudelijke zaken en personeelsbeleid van medisch specialisten), zijn er verscheidene mogelijkheden.


Juist in deze tijd is de positionering van de VMS ten opzichte van de ziekenhuisorganisatie een lastig punt. Veel ziekenhuizen zijn 'gekanteld', waarbij medici in het duaal management in de lijnorganisatie zijn gepositioneerd. Soms is er ook een collectief orgaan waarin deze medisch managers zitting hebben. Wat de positie van dit orgaan is ten opzichte van de kernstaf of stafvergadering, is lang niet altijd duidelijk. Dubbele posities en taken zijn aan de orde van de dag. Dit vereist een duidelijke scheiding van taken en bevoegdheden, op grond van de functie van beide organen en aandacht voor de onderlinge verhouding. Immers, vaak betekent een sterke VMS een zwakker collectief van medisch managers en vice versa.

Ook hier is een aantal modellen denkbaar. Twee voorbeelden. In het eerste model vormt het collectief van medisch managers de kernstaf; er volgt als het ware een integratie van VMS en het collectief. Het stafbestuur behoudt zijn functie als adviserend orgaan aan de raad van bestuur óf de voorzitter van het stafbestuur neemt zitting in de raad van bestuur. In het tweede model is er juist een strikte scheiding tussen de VMS en het collectief van medisch managers. De staf houdt zich bezig met overkoepelende zaken die alleen medisch specialisten aangaan (personeelsbeleid specialisten, honorarium-zaken en individueel functioneren medisch specialist). Het overkoepelende kwaliteitsbeleid en alle overige zaken vallen onder de raad van medisch managers.

Welk model het beste past, verschilt per ziekenhuis. Factoren als de mate van betrokkenheid van de staf bij allerlei zaken en de vraag of de functie van kernstaf en medisch managerschap al zijn gecombineerd, spelen hierin mee.

Van onderaf

De discussie over de structuur van de samenwerking tussen medici en ziekenhuis loopt keer op keer vast als niet als eerst boven water komt welk doel de samenwerking dient. Een kant-en-klaar antwoord is er niet, omdat *one size fits all* niet meer voldoet. Er zijn alleen mogelijkheden als de samenwerking van

onderaf opnieuw wordt opgebouwd: wat gaan we doen, wie gaat het doen en hoe kunnen we dat vormgeven? Wie de inhoud meester is, beheerst de vorm. En niet andersom. 

Dubbele posities en taken zijn aan de orde van de dag

SAMENVATTING

- Ziekenhuizen moeten zich onderscheiden van de concurrentie en kiezen voor een duidelijk portfolio dat past bij het ziekenhuis, de medische staf en de patiënten.
- Die koerswijziging verhoudt zich slecht met het geïntegreerd medisch specialistentisch bedrijf, waarin bestuur en specialisten verantwoordelijkheden delen.
- Het is hoog tijd voor een andere organisatievorm in ziekenhuizen, waarbij de positie van specialisten beter aansluit bij hun capaciteiten en voorkeuren.