

MELVIN SAMSOMS RADICALE KOERS MET HET NIEUWE KAROLINSKA ZIEKENHUIS

‘Natuurlijk is niet alles beter in Zweden’

In Stockholm gaat CEO Melvin Samsom een reuzenstap verder in de richting die hij in het Radboudumc al insloeg: radicaal kiezen voor de patiënt. Maar dan echt: de hele organisatie wordt erop aangepast. En de dokters in leidinggevende functie – zij krijgen een nieuwe rol.

Nya Karolinska Solna, het nieuwe Karolinska ziekenhuis in Stockholm, is op weg het meest innovatieve ziekenhuis van Europa te worden, onder leiding van de Nederlander Melvin Samsom. Je zou het een revolutie in slow motion kunnen noemen.

Om een beeld te krijgen: traditionele afdelingen als Chirurgie en Interne Geneeskunde verdwijnen. Er komen vierhonderd *patient flows*, ‘patiëntpaden’, die in samenspraak met patiënten, artsen en verpleegkundigen zijn ontwikkeld. Ongeveer de helft van deze patiëntpaden krijgt een *patient flow captain*. De patiëntpaden zijn

thematisch ingericht, bijvoorbeeld borstkanker, waar specialisten gegroepeerd zijn rond de borstkankerzorg: oncologie, chirurgie, radiologie, plastische chirurgie. Op deze manier hoeft de borstkankerpatiënt zo min mogelijk van afdeling naar afdeling te gaan.

Deze omwenteling heeft gevolgen voor alles: de inrichting binnen het ziekenhuis, de infrastructuur ernaartoe (er komt een aparte trein), de organisatiestructuur van het personeel, de werkcultuur – en uiteraard de patiënt. In ‘*Patienten först*’ (de patiënt als leidend principe) komen drie moderne ontwikkelingen samen: technologie, digitalisatie en de veranderde patiënt.

Trage revolutie

Maar zover is het nog niet – het is immers een trage revolutie. De reorganisatie, die onlangs is gestart, moet in 2018 voltooid zijn. Het Karolinska is begonnen de eerste vleugel gebruiksklaar te maken voor de thema’s rond kindergeneeskunde, verloskunde en hart- en vaatziekten. De afgelopen anderhalf jaar zijn ruim twintig pilots gehouden, die in de loop van dit jaar worden ‘uitgebouwd’ tot een kwart van het totaal aantal patiëntpaden. De eerste patiënten gaan in november naar het nieuwe gebouw. Melvin Samsom is bijna twee jaar de CEO van dit ziekenhuis in transitie. Hij spreekt inmiddels Zweeds met zijn collega’s, roemt de ‘besluitkracht’ van de Zweden, en noemt Zweden een schitterend land. Hij is er, kortom, gesetteld. Maar dat hij juist terecht kwam in Stockholm had veel met toeval te maken. Het had ook een ander buitenland kunnen zijn, zegt hij. Op de dag van het interview is hij bij businessschool Tias Nimbas in Tilburg, waar hij in de raad van commissarissen zit. ‘Dat heb ik nog aangehouden.’

Samsom beweegt zich gemakkelijk internationaal. Hij pendelt nog geregeld naar Nederland, onder meer als spreker over onderwerpen die raken aan medische innovatie, zoals e-health en ‘*disruptive change*’. Bij een congres in Londen ontmoette hij de toenmalige voorzitter van de raad van toezicht van Karolinska Universitetssjukhuset. ‘Hij en ik hielden een lezing. Er was een klik, we ontdekten een gezamenlijk gezichtspunt over de inrichting en de toekomst van de gezondheidszorg. Op dat moment zat ik nog bij het Radboudumc; later vroeg hij of ik



Voor het zomerseizoen van 2016 portretteert Medisch Contact vier boeiende persoonlijkheden. In dit nummer Melvin Samsom, die aan het hoofd staat van het vernieuwende Karolinska ziekenhuis. In de komende zomernummers volgen nog interviews met Esther van Fenema en Kiki Lombarts.



‘Het is echt
een reis die
we met z’n
allen maken’



MELVIN SAMSON

Melvin Samsom (1959) is sinds oktober 2014 CEO van het Karolinska universiteitsziekenhuis, het grootste ziekenhuis van Zweden. Daarvoor was hij zeven jaar bestuurder van het Radboudumc, drie jaar als voorzitter en vier jaar verantwoordelijk voor de portefeuille patiëntzorg in de raad van bestuur. Het Radboud stelde onder zijn leiding als eerste umc het patiëntendossier open voor patiënten en publiceerde de uitkomstdata van kankerbehandeling en hartoperaties. Samsom is van huis uit gastro-enteroloog en volgde zijn opleiding geneeskunde in Gent en Utrecht. Hij heeft onder andere onderzoek gedaan binnen het Royal Adelaide Hospital in Australië en de Mayo Clinic (VS).

bij Karolinska wilde komen werken.'

De Zweedse context en omstandigheden zijn ideaal voor zorg-innovatie, zegt hij. 'Het is een ander systeem dan in Nederland. Landbreed hebben ze één systeem: *one payer, one owner*. Die eigenaar, dat is de county, een lokale overheid. Ziekenhuizen zijn eigendom van de county en de county is verantwoordelijk voor de infrastructuur. De gezondheidszorg wordt betaald door de belastingen; daardoor is het betaalbaar voor alle Zweden.'

Rijdende trein

Dit systeem heeft talloze voordelen. 'Elke twee weken zit ik om de tafel met andere zorgaanbieders in de county. Wel zo handig. Je praat wel lang over onderwerpen, maar is een besluit eenmaal genomen, dan gebeurt het ook.' Hoe anders is dat in Nederland,

merkt hij op: 'Met 120 ziekenhuizen en alle zorgverzekeraars zou zoiets niet kunnen. Als ik afspraken met omringende ziekenhuizen zou maken over patiëntgroepen en budgetten zouden we van kartelvorming worden beticht. Groot voordeel van dit *one payer, one owner*-systeem is de gezamenlijke strategische richting.' Discussies over privacy en epd spelen veel minder in de Zweedse gezondheidszorg, zegt Samsom: 'Er is een andere vorm van transparantie.' Zweden heeft al jaren een epd. Data van alle patiënten worden gebruikt voor een jaarlijkse vergelijking. Dat gebeurt met een burgerservicenummer dat iedere Zweed heeft. Natuurlijk is niet alles beter in Zweden, relateert hij. 'Zweden kan nog wat leren van het belang dat in Nederland wordt gehecht aan de eerste lijn. Zweedse ziekenhuizen krijgen veel meer patiënten te verwerken op de SEH, waar mensen vaak uren moeten wachten.'

Toen Samsom bij het Karolinska begon, sprong hij in feite op een rijdende trein. Hij trof een aantal uiteenlopende kwesties aan. Door een fusie in 2004 van twee universitaire ziekenhuizen heeft Karolinska twee locaties: Solna in het noorden van de stad en Huddinge in het zuiden. De nieuwbouw voor Solna was volop gaande – het hypermoderne gebouw is nu bijna af – maar de kosten van dat gebouw overschreden de begroting. Tegelijkertijd klaagden medewerkers over hoge werkdruk, was er een tekort van (omgerekend) 60 miljoen euro op een omzet van 1,6 miljard euro (in 2014).

'In Zweden, zoals ook in Nederland, heeft de overheid te maken met stijgende kosten van de zorg en met fragmentatie van de zorg. Dat vergt een ingrijpende verandering. Een beetje schrappen links en een beetje snoeien rechts, daarmee redden we het niet. Hoe dan wel? We moesten het fundamenteel aanpakken', verklaart Samsom.

Radicale keuzes

Het proces was deels al in gang gezet voordat hij kwam, daarna was hij verantwoordelijk voor een aantal radicale keuzes. In januari 2015 besloot Karolinska over te gaan op de 'thema's' en een jaar later koos het de andere organisatievorm. 'De nieuwbouw en de financiële noodzaak hebben de gewenste verandering aangejaagd', zegt Samsom.

'Zo'n omslag gebeurt niet van de ene op de andere dag. Het is echt een reis die we met z'n allen maken. Er zijn veel ontmoetingen met medewerkers gehouden om de nieuwe manier van denken en werken te bepraten. Tijdens die bijeenkomsten ging het veel over het *why*. Waarom doen we dit, is de verandering nodig? De organisatie is heel groot. Vragen we niet te veel?'

Samsom legt uit dat de organisatie werkt volgens het '*emergent change process*', een veranderproces met als grondprincipe dat verandering continu doorgaat: er is geen blauwdruk. Al werkende wordt de beste oplossing gevonden. 'Er werken hier 3100 artsen, de top honderd vormt het directe aanspreekpunt. Zij moeten de boodschap weer verder uitdragen en overbrengen, het is erg belangrijk dat iedereen zich ermee kan identificeren.'

Zoals Samsom erover praat, lijkt het net alsof de ommezwaai bij

Karolinska universiteitsziekenhuis:

- 1600 bedden
- 1,6 miljoen patiëntenbezoeken
- 105.600 opnames per jaar
- 15.800 werknemers, onder wie 3100 artsen
- budget 2014 1,7 miljard euro
- budget 2013 1,6 miljard euro

het Karolinska ongecompliceerd verloopt. 'Dat is natuurlijk niet altijd zo. Het is ingewikkeld om de structuur van een organisatie te veranderen. Denk alleen al aan het doktersperspectief. Stel, je bent specialist op de afdeling Gastro-enterologie. Van oudsher ben je gewend om met andere gastro-enterologen samen te zitten. Maar in de nieuwe organisatie kom je met andere specialisten samen te werken, gegroepeerd rond een bepaalde patiëntgroep. Er wordt nogal wat van de artsen gevraagd, en dat leidt soms tot onzekerheid.'

Er waren 650 leidinggevendenden die hun baan kwijtraakten en solliciteerden op een nieuwe 'rol'. Deze rollen hebben namen als *patient area chef* – 'hier in Zweden heeft iedereen het over chef' – *thema chef*, *R & E chef*, *operative chef*. Zij geven leiding aan een interprofessioneel team.

Andere rollen

'Het ziekenhuis krijgt langzaam een andere organisatie', zegt Samsom. 'Daarbij past ook een andere definitie van de rollen van de mensen die er werken. De oude rollen bestaan niet meer.' Toch heeft deze reorganisatie niet tot grote interne conflicten geleid, zegt hij. Hoe dat komt? Zweedse artsen, oppert Samsom, staan misschien iets meer open voor vernieuwing. 'De specialisten hangen iets minder aan de structuur van de afdeling, zoals we dat in Nederland gewend zijn. Maar, vergis je niet, ook voor Zweden is het best een zware omschakeling. Ze moeten fundamenteel anders gaan werken. De mensen die niet in de nieuwe rollen pasten, zijn iets anders gaan doen binnen het ziekenhuis.' En er is meer veranderd. Zo waren onderzoek en onderwijs van het Karolinska Instituut en het Karolinska universitaire ziekenhuis voorheen 'te weinig' geïntegreerd met de medische praktijk. In de nieuwe organisatiestructuur is dat meer verweven, met gevolgen voor de medische staf. 'Iedereen heeft er een verantwoordelijkheid bij gekregen: onderzoek en onderwijs'. De medische staf is over het algemeen positief gestemd, stelt Samsom. 'De realiteitszin is er, ook onder artsen. Ze weten dat het te gefragmenteerd is wat we doen. Zij zien dat de praktische voordelen groot zijn als we echt de patiënt centraal zetten.' Natuurlijk hebben artsen ook zorgen geuit. 'Ze hadden vragen als: "Hebben we nog een plek om elkaar te treffen?" en "Hoe

zorgen we ervoor dat we onze kennis kunnen doorontwikkelen?" Zo'n kwestie geldt voor iedereen, maar met name voor de aiossen en studenten. Met dergelijke vragen zijn we bezig.' Samsom herhaalt het een paar keer: 'Het is een pad en dat ontwikkelen we in een paar jaar. Aanpassen hoort bij het groeiproces.'

Patiëntgroepen

Wereldwijd zijn er meer ziekenhuizen waar ze heel gespecialiseerde, toegespitste patiëntenzorg leveren – georganiseerd rondom de patiënt en niet zozeer rond het medisch specialisme. Samsom somt op: 'Martini-Kliniek in Hamburg, Royal Brompton Hospital in Londen, bij de Cleveland Clinic is het ver doorgevoerd. Ook in Nederland gebeurt het, zo zijn in het Radboudumc dertien patiëntgroepen gedefinieerd.' De ontwikkelingen in Karolinska zijn, kortom, op zichzelf niet verrassend. 'Nieuw is dat we het nog verder hebben doorgevoerd. Het is nog méér interdisciplinair. In Nederland is nog nergens de afdelingsstructuur verlaten.'

Als onderdeel van het tienjarenplan van county, zal Nya Karolinska Solna voortaan focussen op specifieke hooggespecialiseerde zorg. 'Mensen met chronische aandoeningen en patiënten met minder complexe ziekten gaan we voortaan doorverwijzen naar andere, kleinere ziekenhuizen. Ook mensen die een minder complexe operatie hebben gehad, komen elders terecht. Om ze te kunnen monitoren, zullen we ze opnemen in zorghotels die naast het nieuwe ziekenhuis zijn gesitueerd.'

Dichtbij huis

De zorg voor chronische patiënten is veranderd, stelt Samsom vast. 'Neem een patiënt met reumatologische aandoeningen: tijdens mijn opleiding in de jaren tachtig lag zo'n patiënt op de afdeling. Dat is niet meer zo. Ik denk dat dat goed is; we moeten naar de patiënt in plaats van dat hij naar ons komt. Mensen met een chronische aandoening moet je zo veel mogelijk dichtbij huis behandelen. En liefst zo min mogelijk in het ziekenhuis. Want laten we eerlijk zijn: het ziekenhuis is niet de beste omgeving om te zijn.' In de praktijk zullen ongeveer 260.000 van de huidige 1,7 miljoen patiënten in het nieuwe Solna niet langer naar de polikliniek of SEH komen. Er zullen 10.000 minder opnames zijn. Is dat niet *cherry picking*? 'Nee, zo moet je dat niet zien. Als je ergens goed in wilt zijn, dan moet je keuzes maken om er héél goed in te zijn. Die discussie hebben we overal: doe je alles een beetje of kies je ervoor om een bepaald onderdeel van de zorg goed te doen. Ik geloof in het laatste. Dat is uiteindelijk beter voor de patiënt – ook voor de patiënt die je niet meer kunt bedienen.' ■

web

Meer informatie en MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.