

Het oude organisatiemodel voldoet niet meer

Het ziekenhuis in een nieuwe jas

Robert W. Kreis,
chirurg n.p.
oud-voorzitter medische
staf Rode Kruis Ziekenhuis,
Beverwijk
emeritus hoogleraar Brand-
wondgeneeskunde VUmc

Correspondentieadres:
rwnkreis@zonnet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld

De organisatievorm van het ziekenhuis past niet goed in ons huidige politiek-bestuurlijke klimaat. Een pragmatisch samenwerkingsverband van specialismen ligt voor de hand. En breng de zelfstandig werkende specialismen onder in ZBC's.

Dat het roerige tijden zijn voor de zorg en daarmee ook voor de medisch specialist, is een open deur. Het ontbreekt dan ook niet aan beschouwingen over de zorg. Advies- en organisatiebureaus laten zich daarbij niet onbetuigd. Maar een zorgorganisatie zonder eigen visie, is een gewillig slachtoffer van deze bureaus. Na veel investeringen in tijd, hoge kosten en een bulk aan verstrekte gegevens blijkt helaas vaak dat de portemonnee weliswaar veel lichter is, maar het hoofd niet veel wijzer. Een organisatiebureau kan alleen zinnig en duurzaam werk afleveren als de zorgorganisatie vanuit een heldere visie werkt en de wil heeft om die ook uit te voeren.

In dit stuk worden overwegingen besproken die kunnen worden betrokken bij de ontwikkeling van een strategische visie

op de ziekenhuisorganisatie; hierbij spelen drie centrale problemen.

Verlammend

In de eerste plaats is de medisch-specialistische wereld ongelooflijk gefragmenteerd. Hoewel dit gezien de historische ontwikkelingen begrijpelijk is, werkt dit aspect in de praktijk op vele niveaus verlammend.

Het tweede probleem is dat het klassieke ziekenhuis een samenraapsel is van specialismen. De twee patiëntcategorieën ziek/niet-ziek

en acuut/niet-acuut zijn organisatorisch niet gescheiden waardoor de opname- en behandeltrajecten van deze patiënten elkaar regelmatig in de weg zitten.

Het derde aspect is dat organisaties als onderwijsinstellingen en ziekenhuizen sterk afhankelijk zijn van de huidige regelgeving, met name de financiële consequenties daarvan. Als een universiteit of hogeschool verdient aan het aantal gediplomeerde studenten, dan zullen er meer afgestudeerde studenten worden afgeleverd en is de kwaliteit van het diploma van ondergeschikt belang.

Als het ziekenhuis verdient aan het aantal verpleegdagen, dan wordt de opnameduur langer. Als maag-darm-leverartsen betere tarieven kunnen bedingen dan algemeen internisten, dan ligt vorming van een eigen maatschap voor de hand en neemt impliciet de interne concurrentie en fragmentatie toe. Met andere woorden, de externe financiële structuur bepaalt in hoge mate de interne structuur van een organisatie en heeft daarmee een verregaande invloed op de effectiviteit van die organisatie.

Heroriëntatie

Hoewel ik zeer sceptisch ben over de effecten van de marktwerking in de zorg – zeker als panacee voor alle problemen – dwingt een aantal ontwikkelingen op dit terrein, ziekenhuis en medisch specialisten tot een heroriëntatie.

Een ziekenhuisorganisatie kan de politieke werkelijkheid niet beïnvloeden. Wel kan de

Een ziekenhuis zonder eigen visie is een gewillig slachtoffer van adviesbureaus

interne organisatie zo worden ingericht dat voor patiënten en medisch specialisten een prettig werkklimaat wordt geschapen en dat de eigen organisatie minder kwetsbaar is voor de grilligheid van het politiek-bestuurlijke klimaat.

De patiënt dient het uitgangspunt voor een nieuwe organisatiestructuur te zijn. De wensen van de gemiddelde patiënt zijn goed onder woorden gebracht door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en daarbij zijn begrippen gebruikt als:

- een duidelijke regie over de zorg;
- een patiëntgerichte omgeving;
- continuïteit van zorg en
- effectieve zorg.

beeld: ANP

Fragmentatie in de zorg is voor patiënten een verschrikking.



Deze aspecten kunnen als leidraad dienen voor verdere initiatieven.

Multidisciplinair werken

Als we ons concentreren op de ziekenhuiszorg, is het belangrijk om te beseffen dat de fragmentatie in zorg – zowel medisch als organisatorisch – voor patiënten een horreur is.

Als patiënt wil je niet geconfronteerd worden met door elkaar lopende specialisten, die al of niet over je hoofd mededelen dat jouw probleem niet op hun vakgebied ligt en snel weer verdergaan met hun eigen routine. Buitenstaanders die dit bemerken, verbazen zich er hogelijk over en kunnen tot de conclusie komen dat het kennelijk ontbreekt aan een gemeenschappelijk probleemoplossend vermogen.

Een meer geïntegreerde benadering – op basis van toegespitst multidisciplinair werken – is voor patiënt en medisch specialist een prettige manier van vakuitoefening. Potentieel kan ook een behoorlijke kostenbesparing worden bereikt. In ons ziekenhuis heeft bureau Vreeland een oriënterende analyse gedaan naar de opnameduur van patiënten die zowel door Interne als door Heelkunde waren gezien. De studie maakte aannemelijk dat bij een gezamenlijke aanpak vanaf het begin, de verpleegdure van deze groep patiënten aanzienlijk is te bekorten.

Veel ziektebeelden bevinden zich op de grenzen van de klassieke vakdomeinen. Samenwerken in de behandeling vereist een attitude waarbij kennis wordt gedeeld en niet afgebakend. Samenwerken kan ook een einde maken aan de bijna historische conflictgebieden zoals in de traumatologie tussen heelkunde en orthopedie.

Honoreringssystematiek

De Orde van Medisch Specialisten ondersteunt de Logex-systematiek voor de intramuraal te verdelen lumpsumhonoraria. Bij dit systeem vindt honorering van medisch specialisten plaats op basis van fte's en gemaakte productie na benchmarking. In feite is het een systeem dat gebaseerd is op terugkijken en oude structuren. Het nadeel van deze systematiek is dat de bestaande schotten in de ziekenhuisorganisatie blijven bestaan. Het is de moeite waard om te kijken naar een honoreringssystematiek die fundamenteel bijdraagt aan betere integratie en daadwerkelijke samenwerking. De volgende aspecten spelen hierbij een rol:

1. Met name de grote specialistische vakgebieden, heelkunde, interne/gastro-enterologie/

Oeverloze discussies over aantallen fte's zijn niet meer nodig

pulmonologie, neurologie en gynaecologie, hebben in de praktijk toch al regelmatig met elkaar te maken.

2. In vrijwel elk ziekenhuis zijn bijna alle specialistische activiteiten zoals poliklinieksessies, ok-tijden, overlegmomenten, (acute) opnames, consulten et cetera in het automatiseringssysteem vastgelegd.

3. In plaats van een verrekening op grond van fte's en verrichtingen, kan honorering ook plaatsvinden op grond van onder punt 2. genoemde activiteiten, uit te drukken in uren. Voorbeeld: de vakgroep heelkunde verdient inkomen op basis van geregistreerde werkuren polikliniek, operatiekamer en nachtelijke operatietijden.

Daarnaast kunnen bijvoorbeeld voor elke opname, perioden van multidisciplinair overleg en visitelopen, gehonoreerde tijdseenheden worden afgesproken.

4. Maatschappen en vakgroepen kunnen blijven bestaan, maar zijn geen doel op zich.

Ruimte

De voorgestelde organisatiestructuur biedt enkele bijkomende voordelen:

Oeverloze discussies over aantallen fte's per vakgroep kunnen worden losgelaten. Er kan ruimte worden gemaakt voor nieuwe initiatieven in het aannemen van gespecialiseerd ondersteunend personeel – zoals gespecialiseerde verpleegkundigen – voor de samenwerkende specialismen. Denk aan het aanstellen van 'house officers' voor de coördinatie en continuïteit van de behandeling van complexe patiënten als meer specialisten bij de behandeling betrokken zijn. Ons brandwondencentrum in Beverwijk werkt tot grote tevredenheid al tientallen jaren op deze manier.

Declareren en registreren zijn complexe en gespecialiseerde werkzaamheden geworden. Als interne verdeeldheid en competitie worden uitgeschakeld, kunnen in DOT/DBC gespecialiseerde medewerkers hun werkzaamheden verrichten voor ziekenhuis en medische staf als geheel. Dit levert belangrijke efficiencyvoordelen op.

Een honorariumverrekening op basis van geregistreerde en benoemde activiteiten in uren, geeft een goed beeld van ieders werkzaamheden en waar eventuele tekortkomingen en/of 'overcapaciteit' bestaan. Zo kan ook de in veel ziekenhuizen waargenomen discre-


pantie tussen specialisten in loondienst en vrij gevestigde specialisten, eenduidig worden opgelost. Vooral waar specialismen van elkaar afhankelijk zijn, zoals heelkunde en anesthesiologie, kunnen deze discrepanties verlammend werken.

Interne organisatie

Als werkzaamheden integraal worden vastgelegd, wordt ook duidelijk welke samenwerkingsverbanden zinvol zijn en in welke mate. Als oogheelkunde, kaakchirurgie of kno bijvoorbeeld voor meer dan 90 procent zelfstandig werkzaam zijn, is opgaan in een samenwerkingsverband niet zinvol en ligt een ZBC-achtige constructie meer voor de hand. In de praktijk betekent dit dat herkenbare patiëntenstromen in het ziekenhuis ontstaan die ingedeeld kunnen worden in termen als acuut/niet-acuut en ziek/niet-ziek.

Met name bij de opvang van de acute/zieke patiënt, is bij een samenwerking van de meest betrokken specialismen vanaf de aanvang van het diagnostisch en behandeltraject, potentieel de meeste winst te behalen. In de praktijk betekent dit dat met name voor de genoemde klassieke basisvakken het zinvol is om (voor een deel van hun praktijk) een samenhangend geheel te vormen.

Voor de niet-zieke patiënt, die zich meestal met een duidelijk omschreven klacht presenteert, is de centrale ziekenhuisorganisatie een veel te complex instituut. Iemand met knie-, heup- of oogklachten kan zich veel beter buiten de centrale organisatie om direct bij de voor hem of haar meest relevante specialist melden voor behandeling. Een dergelijke opzet heeft belangrijke consequenties voor de inrichting van de ziekenhuisorganisatie. Immers, ieder specialisme moet zich afvragen in hoeverre de koppeling aan de centrale ziekenhuisorganisatie zinvol is. In het uiterste geval ontstaan geheel zelfstandige ZBC's.

Een tussenvorm is dat deze vakgebieden zich organiseren tot satelliet-ZBC's 'aan de rand' van de centrale ziekenhuisorganisatie. Het belangrijke voordeel hiervan kan zijn dat een brede medische expertise en meer kostbare voorzieningen zoals MRI en CT-scans in de directe omgeving voorhanden zijn. 

SAMENVATTING

- De klassieke ziekenhuisstructuur met vakgroepen en maatschappen kent voor- en nadelen.
- De patiënt heeft behoefte aan eendrachtig samenwerkende artsen.
- Financiering op basis van gemaakte uren is daarvoor een goede basis voor een nieuw organisatie-model.