

Chirurg Heineman werkt aan cultuuromslag in het UMC Groningen

Een einde aan de stammenstrijd

Robert Crommentuyn

Kwaliteit en patiëntveiligheid zijn gebaat bij eendrachtige samenwerking. Maar het besef van een gemeenschappelijke doelstelling ontbreekt regelmatig bij zorgprofessionals. Dat moet veranderen, vindt de nieuwe Groningse hoogleraar chirurgie Erik Heineman.

Erik Heineman: 'De moderne zorg is zo complex dat iedereen van iedereen afhankelijk is.'

beeld: De Beeldredactie,
Marcel Jurrian de Jong

‘Exuses voor de rommel’, zegt Heineman (57). ‘We zitten midden in een verhuizing. Ik heb deze werkkamer net twee uur geleden betrokken.’ In die tijd heeft Heineman toch al kans gezien om in elk geval één foto aan de wand te hangen. Het is

een beeld van zijn zeilboot in de Haurakibaaï voor de kust van Auckland, Nieuw-Zeeland. Het is veelzeggend dat Heineman juist deze foto als eerste heeft uitgepakt. In 1997 verruilde hij tot verrassing van velen zijn aanstelling als kinderchirurg aan de universiteit van Maas-



tricht voor een avontuur in Nieuw-Zeeland. Heineman werd er de eerste hoogleraar kinderchirurgie aan de universiteit van Auckland. Die positie bekleedde hij vier jaar. Toen kwam hij terug naar Nederland. 'Voor de studie van de kinderen', zegt hij met enige weemoed. Het verblijf in Nieuw-Zeeland heeft hem in meer dan één opzicht gevormd. Heineman maakte er kennis met het concept *clinical governance*, een kwaliteitsbeweging die de cultuur in de organisatie centraal stelt. Heineman legt uit dat de beweging startte in Groot-Brittannië naar aanleiding van het schandaal op de afdeling Kinderhartchirurgie in het Bristol Royal Infirmary. Daar overleden in het begin van de jaren negentig veel meer kinderen na chirurgie dan mocht worden verwacht. Ook Nieuw-Zeeland kende in die periode enkele ziekenhuis-schandalen. Reden om het concept snel over te nemen. Volgens Heineman proberen ziekenhuizen met *clinical governance* te bereiken dat de professionals zich ervan bewust zijn dat ze onderdeel vormen van een proces, dat ze in een team samenwerken om hun doelen te bereiken en dat ze over de resultaten verantwoording afleggen aan publiek en overheid.

Stammen

Dat klinkt misschien eenvoudig, maar het vereist in de meeste ziekenhuizen een cultuuromslag, aldus Heineman. 'In ziekenhuizen bestaat vaak een tribale structuur die samenwerking in de weg staat. In Nieuw-Zeeland ontmoette ik de Australische onderzoeker Pieter Degeling. Hij heeft in Australië, Nieuw-Zeeland en Engeland een interessante studie gedaan naar de subculturen in de zorg. Degeling onderscheidt vijf "stammen" in zorgorganisaties: dokters, verpleegkundigen, artsen-managers, verpleegkundigen-managers en leken-managers. Van elke stam is hij nagegaan wat de houding is ten opzichte van teamwork en ten opzichte van doelmatig en transparant werken.' De verschillen zijn groot en opvallend, aldus Heineman. 'Dokters zijn gemiddeld genomen erg individualistisch ingesteld en worden liever niet gestoord met vragen over doelmatigheid en transparantie. Verpleegkundigen zitten in het andere uiterste. Ze werken bij voorkeur in een team, al hebben ze evenmin oog voor doelmatigheid. Leken-managers focussen vooral op doelmatigheid, maar vanuit een individualisti-

sche instelling. De artsen en verpleegkundigen met managementtaken zweven ertussenin.' Door deze sterk uiteenlopende zienswijzen raken de verhoudingen in ziekenhuizen gepolariseerd. Het bereiken van een gemeenschappelijk doel wordt dan moeilijk. Heineman: 'Ik noem dat een egosysteem. Persoonlijke doelstellingen en persoonlijk succes zijn belangrijker dan het collectieve goed. Maar in de moderne zorg voldoet deze benadering niet meer. De zorg is zo complex dat iedereen van iedereen afhankelijk is. In mijn ogen kenmerkt de zorg zich door constante beweging, onvoorspelbaarheid, individuele creativiteit en onderlinge afhankelijkheid. Wat mij betreft is dat geen egosysteem, maar een ecosysteem.'

Harde noten

Met deze zienswijze mag Heineman in het UMCG de boer op. Naast zijn aanstelling als algemeen chirurg en afdelingshoofd is hij specifiek belast met de ontwikkeling en invulling van het concept *clinical governance* in het Groningse academieziekenhuis. De chirurg komt over van het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven, waar hij twee jaar deel uitmaakte van de raad van bestuur.

Sinds de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2008 harde noten kraakte over de kwaliteit van de perioperatieve zorg in het UMC Groningen speelt daar het thema 'cultuur en patiëntveiligheid'. 'Dat heeft veel ideeën voor verbetering opgeleverd', zegt Heineman. Hij hoeft ook niet bij nul te beginnen. 'Alle ingrediënten om de cultuuromslag te maken zijn aanwezig. Al staat het ziekenhuis nog aan het begin. Nu is het perioperatieve traject bijvoorbeeld functioneel ingericht. De anesthesioloog, de chirurg, de omloop. Ieder doet zijn ding. Dan kan het gebeuren dat zaken mislopen. Om een heel klein voorbeeld te noemen: de chirurgen plannen operaties zonder zich van tevoren op de hoogte te stellen van de beschikbaarheid van anesthesiologische expertise en van ic-bedden. Maar dat zou wel moeten en dat gaan we hier ook doen. Want alles hangt met alles samen.'

Herstructurering van het perioperatieve proces heeft organisatorische consequenties. 'Het perioperatieve proces is een keten die geen hiërarchie kent en waar niet één onderdeel het voor het zeggen heeft. Een succesvolle keten omarmt het wij-denken. De perioperatieve zorg zal daarom afdelings- en vakgroepoverstijgend georganiseerd gaan worden. De afdeling Heelkunde is al met de reorganisatie begonnen. Het klassieke organogram van de hiërarchische organisatie – het harkje noem ik dat – is

'Dokters zijn erg individualistisch ingesteld'



‘Bij veel medisch specialisten ontbreekt het besef dat een ziekenhuis een nutsbedrijf is.’

losgelaten. In plaats daarvan is de afdeling georganiseerd in klinische microsystemen, kleine eenheden van professionals rond een medisch probleem.’

De sturing in de nieuwe organisatievorm gebeurt door ‘leidende coalities’, losse samenwerkingsverbanden die gezamenlijk een probleem aanpakken. ‘In de leidende coalities geldt niet: ‘wie de baas is, mag het zeggen’, maar: ‘wie het weet, mag het zeggen’. Daarin is het proces belangrijker dan de structuur en staan losse en beweeglijke coalities tegenover de traditionele commandostructuur.’

Maximaal krediet

Voor de leidinggevendenden is in de vereiste cultuuromslag een belangrijke rol weggelegd. ‘Om te beginnen moeten we de leidinggevendenden uitleggen wat de gevaren van polarisatie zijn. En we moeten ze leren hoe ze leidende coalities vormen. Maar het allerbelangrijkste is dat de mensen met de ideeën ook deel uitmaken van de implementatie. Neem de reorganisatie van het perioperatieve proces. Wil dat kans van slagen hebben, dan moet de raad van bestuur een vinger aan de pols houden. Je moet de professionals maximaal krediet geven voor wat ze doen. En om daar zicht op te hebben, moet je weten wat ze doen.’

Dat wil niet zeggen dat de raad van bestuur van het UMC Groningen binnenkort bestaat uit meewerkende voormannen. ‘We spreken nu over de vorm die het moet krijgen. Bestuurders moeten niet per se ook actief zijn op de werkvloer. Ze hoeven niet letterlijk bij (elke)

ochtendbespreking te zijn en ze hoeven ook niet het ok-programma te kennen. Belangrijk is dat ze zich inleven in wat de professionals beweegt in het perioperatieve proces. En niet via e-mailverkeer, maar door daadwerkelijk te zien wat er gebeurt. Ze moeten erbij zijn, ze moeten het voelen.’

Nutsbedrijf

Uiteindelijk doel van de omwenteling is dat de artsen handelen met ‘verantwoordelijke autonomie’, zegt Heineman. ‘Dat is autonomie in dienst van een gemeenschappelijk doel. En dat is dus iets anders dan wat er onder de veel gehoorde term ‘professionele autonomie’ wordt begrepen. Het is jammer dat de beroepsgroep bij die laatste term blijft hangen. Ik denk dat daar enorme kansen worden gemist en ik zou het geweldig vinden als de Orde van Medisch Specialisten het begrip *clinical governance* omarmt.’

Dat is nog ver weg, weet ook Heineman. ‘Bij veel medisch specialisten ontbreekt het besef dat een ziekenhuis een nutsbedrijf is, een bedrijf dat een maatschappelijk goed produceert. We leven met een systeem dat DBC’s declarerende artsen met inkomsten beloont en artsen die opleiden, straft met vertraging en verlies van inkomsten.’ Heineman verliest zich bijna in zijn betoog. Het zit hem duidelijk hoog. Maar discussies over materiële zaken leiden af van de inhoud en dragen het risico op polarisatie in zich. En dat wil hij ten koste van alles vermijden. ‘*Clinical governance* gaat niet over geld’, zegt hij daarom snel. ‘Het gaat erom dat het maatschappelijk belang vooropstaat. Artsen moeten zich realiseren dat zij er zijn om patiënten te helpen. Als een patiënt zich bij de balie meldt, moet er iemand staan die de regie neemt, iemand die die patiënt door het systeem heen leidt en die het belang van de patiënt vooropstelt. Dat wij vergeten zijn dat het zo hoort, ontslaat ons niet van de plicht om te proberen het te veranderen.’

In een tijd waarin specialisteninkomens hoger op de agenda lijken te staan dan patiëntveiligheid is dat geen achterhoedegevecht, vindt Heineman. ‘Wij zijn misschien dissidenten, maar dissidenten worden ooit goeroes. Ik voorspel dat de komende regering niet zal toestaan dat medisch specialisten meer dan twee ton verdienen en zich tegelijkertijd onttrekken aan samenwerking en ketenzorg. Op een eilandje produceren voor de eigen portemonnee, dát is het achterhoedegevecht. En bedenk dat het gewoon fijn is om samen te werken. De immateriële beloning is voor artsen ontzettend groot.’ 