

Specialist, ziekenhuis en ZBC  
Een andere kijk op de ziekenhuisorganisatie

Dat de huidige en komende tijd een roerige periode voor de zorg en daarmee ook voor de medisch specialist is, is een open deur. Het ontbreekt dan ook niet aan vele beschouwende stukken over de zorg en het huidige zorgklimaat is een oase voor advies- en organisatiebureaus. Een organisatie die zelf geen visie heeft wordt al snel een gewillig slachtoffer van deze instituten. Na veel investering in tijd, hoge kosten en na het aanleveren van een schat aan gegevens blijkt helaas vaak dat de portemonnee wel veel lichter is, maar het hoofd niet veel wijzer. Een organisatiebureau kan alleen zinnig en duurzaam werk afleveren als gewerkt wordt binnen de context van een heldere visie en de wil die ook uit te voeren.

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

Bij het ontwikkelen van een visie over de intramurale ziekenhuiszorg, zijn er drie centrale problemen.

### **Problemen**

In de eerste plaats is – zoals ook door Frank Grave opgemerkt – de medisch specialistische wereld ongelooflijk gefragmenteerd. Hoewel op basis van historische ontwikkelingen begrijpelijk, werkt dit aspect in de praktijk op vele niveaus verlamdend.

Het tweede probleem is dat het klassieke ziekenhuis een samenraapsel is van specialismen. De twee patiënt-categorieën ziek niet-ziek en acuut niet-acuut zijn organisatorisch niet gescheiden waardoor de opname en behandeltrajecten van deze patiënten regelmatig elkaar in de weg zitten.

Het derde aspect is dat organisaties zoals onderwijsinstellingen en ziekenhuizen sterk afhankelijk zijn van vigerende regelgeving, met name de financiële consequenties daarvan. Als een Universiteit of Hoge School verdient aan het aantal gediplomeerde studenten, dan worden er ook meer afgestudeerde studenten afgeleverd en is de kwaliteit van het diploma van ondergeschikt belang. Als het ziekenhuis verdient aan het aantal verpleegdagen, dan wordt de opnameduur vanzelf langer. Als Maag-Darm-Leverspecialisten betere tarieven kunnen bedingen dan algemeen internisten, is vorming van een eigen maatschap al snel een feit en neemt impliciet de interne concurrentie en fragmentatie toe.

Met andere woorden, de externe financiële structuur bepaalt in hoge mate de interne organisatie van een bedrijf en heeft daarmee een verregaande invloed op de effectiviteit van dat bedrijf.

### **Heroriëntatie**

Hoewel ik zelf zeer sceptisch ben over de effecten van de marktwerking in de zorg – zeker als panacee voor alle problemen - is het wel zo dat een aantal ontwikkelingen op dit terrein, ziekenhuis en medisch specialisten dwingen tot een heroriëntatie.

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

### **Uitgangspunten**

Het basale uitgangspunt voor een nieuwe organisatiestructuur dient de patiënt te zijn.

De wensen van de gemiddelde patiënt zijn goed onder woorden gebracht door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en omvat begrippen als:

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

Deze aspecten kunnen als leidraad dienen voor verdere initiatieven.

### **Multidisciplinair werken**

Als we ons concentreren op de ziekenhuiszorg, is een grote stap die kan worden gemaakt het realiseren dat de fragmentatie in zorg – zowel medisch als organisatorisch – voor patiënten een horreur is.

Zeker als zieke 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 verder gaan met hun eigen routine. Buitenstaanders die dit fenomeen waarnemen – zoals voortreffelijk weergegeven door Anne Enquist in een interview bij de introductie van haar boek “De Verdovers”- verbazen zich hogelijk over dit gedrag. Het ontbreekt kennelijk aan een gemeenschappelijk vermogen tot “problem solving”.

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. Door bureau Vreeland is in ons ziekenhuis een oriënterende analyse verricht naar de opnameduur van patiënten die zowel door de Interne als de Heelkunde waren gezien. De studie maakte aannemelijk dat bij een gezamenlijke aanpak vanaf het begin, de verpleegduren van deze groep patiënten met een aanzienlijk percentage zou kunnen worden bekort.

Veel ziektebeelden bevinden zich op de grenzen van de klassieke vakdomeinen. Samenwerken in de behandeling vereist een attitude die gericht is op het delen van kennis in plaats van afbakening. Een attitude gebaseerd op samenwerken kan ook een einde maken aan bijna historische conflictgebieden zoals bijvoorbeeld in de traumatologie tussen de heelkunde en de orthopedie.

### **Honoreringssystematiek**

De Orde van Medisch Specialisten ondersteunt de LOGEX-systematiek voor de intramuraal te verdelen lumpsum honorarium. Het nadeel van deze systematiek is dat de bestaande schotten in de ziekenhuisorganisatie bestendig zullen worden. Immers een systeem op basis van fte's en benchmarking van productie, is in feite een systeem dat gebaseerd is op terugkijken en oude structuren.

Het is de moeite waard om te kijken naar een honoreringssystematiek die fundamenteel kan bijdragen aan een betere integratie en daadwerkelijke samenwerking. De volgende aspecten spelen hierbij een rol:

1. Met name de grote specialistische basisvakken, waaronder bijvoorbeeld de Heelkunde, Interne/GE/Pulmonologie, Neurologie en Gynaecologie, hebben in de praktijk toch al regelmatig met elkaar te maken.
2. In vrijwel ieder ziekenhuis zijn bijna alle specialistische activiteiten zoals poliklinieksessies, OK-tijden, overlegmomenten, (acute) opnames, consulten etc etc in het automatiseringssysteem vastgelegd.
3. In plaats van een verrekening op grond van fte's en verrichtingen, kan honorering ook plaats vinden 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 iedere opname, perioden van multidisciplinair overleg en visitelopen, gehonoreerde tijdseenheden worden afgesproken.
4. Maatschappen/Vakgroepen kunnen blijven bestaan, maar hoeven geen doel op zich zelf te zijn.

De voorgestelde organisatiestructuur biedt enkele bijkomende voordelen:

1. Oeverloze discussies over het aantal fte's per vakgroep kunnen worden losgelaten. Ruimte kan worden gemaakt voor nieuwe initiatieven in het aannemen van gespecialiseerd ondersteunend personeel - zoals gespecialiseerde verpleegkundigen – ten behoeve van de samenwerkende specialismen.
2. Gedacht kan worden aan het aanstellen van “house officers” voor de coördinatie en continuïteit van de behandeling van complexe patiënten in het geval dat meerdere specialisten bij de behandeling betrokken zijn. Ons brandwondencentrum in Beverwijk werkt tot grote tevredenheid al tientallen jaren op deze manier.
3. Declareren en registreren zijn complexe en gespecialiseerde werkzaamheden geworden. Wanneer interne verdeeldheid en competitie worden uitgeschakeld, kunnen in DOT/DBC gespecialiseerde

medewerkers hun werkzaamheden verrichten ten behoeve van ziekenhuis en medische staf als geheel. Dit kan belangrijke efficiency voordelen opleveren.

4. Een honorarium-verrekening op basis van geregistreerde en benoemde activiteiten in uren, geeft een goed beeld van ieders werkzaamheden en waar eventuele tekortkomingen en/of "overcapaciteit" bestaan. Op deze wijze kan ook de in veel ziekenhuizen waargenomen discrepanties tussen specialisten in loondienst en vrije vestiging, eenduidig worden opgelost. Vooral waar specialismen van elkaar afhankelijk zijn, zoals heelkunde en anesthesie, kunnen deze discrepanties verlamvend werken.

### Interne organisatie

Als werkzaamheden integraal worden vastgelegd, kan ook worden vastgesteld welke samenwerkingsverbanden zinvol zijn en in welke mate.

Wanneer oogheelkunde, kaakchirurgie of Keel-Neus-Oorheelkunde bijvoorbeeld voor meer dan 90% zelfstandig werkzaam zijn, is opgaan in een samenwerkingsverband niet zinvol en kan beter naar een ZBC-achtige constructie worden gekeken.

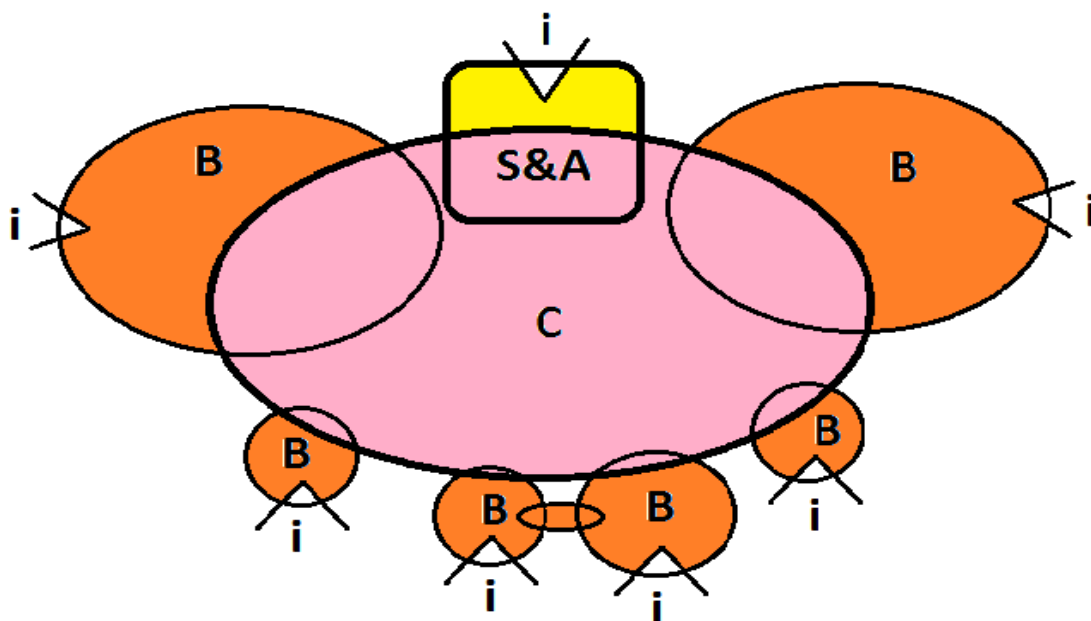
In de praktijk zal dit betekenen dat herkenbare patiëntenstromen in het ziekenhuis ontstaan die ingedeeld kunnen worden in termen als acuut-niet-acuut en ziek-niet-ziek.

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 behandelingstraject, potentieel de meeste winst te behalen. In de praktijk zal dit betekenen 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 veel beter "buitenom" de centrale organisatie 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 iedere specialisme dient zich af te vragen in hoeverre het gekoppeld zijn aan de centrale ziekenhuisorganisatie zinvol is. In het uiterste geval ontstaan geheel los staande 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. De voorgestelde organisatiestructuur is verduidelijkt in figuur 1.

figuur 1



i = ingang

S&A = afdeling Spoed Eisende Hulp en Acute Opname Afdeling

B = vakgebied gerichte zelfstandige behandel eenheden/centra

C = centrale afdeling met multidisciplinair werkende specialismen voor diagnostiek, medium care en intensieve zorg t.b.v. acute en zieke patiënten.

### **Tot slot**

In een assertieve opstelling en in de wil om kritisch-creatief te kijken naar de eigen organisatie, ligt de kern van een aanzienlijk verbeterd werk- en behandelklimaat. In dit licht kan het volgende citaat mogelijk inspirerend werken:

*"The best interest of the patient is the only interest to be considered and in order that the sick may have the benefit of advancing knowledge, union of forces is necessary"* (Dr. William J. Mayo, stichter Mayo klinieken; 1910)

### **Samenvatting**

De opbouw van de medische staf, de vigerende financieringstructuur en de structuur van ziekenhuizen vormen één complex geheel. Verbeteringen in patiëntenzorg en efficiency, waaronder multidisciplinair werken, vereisen al snel diepgaande veranderingen in de eigen organisatie.

Auteur

Robert W. Kreis, chirurg n.p.

oud-voorzitter medische staf Rode Kruis Ziekenhuis/Beverwijk

emeritus hoogleraar Brandwondgeneeskunde VUmc

[rwkreis@zonnet.nl](mailto:rwkreis@zonnet.nl)