

## Het ziekenhuis 'in vorm': nieuwe organisatiemodellen in de praktijk

Externe ontwikkelingen en uitdagingen, zoals het hoofdlijnenakkoord, vormen de aanleiding voor veel ziekenhuizen om zich te bezinnen op hun organisatiemodel. Meerdere ziekenhuizen hebben de laatste jaren een besturingsmodel ingevoerd dat beter aansluit op de bestuurlijke opgaven van deze tijd. In de vormgeving van de nieuwe organisatiemodellen zien we overeenkomsten, maar ook verschillen. In dit artikel geven we de ervaringen weer en de lessen die daar uit te trekken zijn.

### De aanleiding voor vernieuwing van de ziekenhuisorganisatie

In het merendeel van de ziekenhuizen is de organisatie traditioneel gebaseerd op de specialismen, waarbij de vakgroepen met één organisatorische eenheid te maken hebben. Elke eenheid heeft een medisch manager; de bedrijfskundig managers hebben dan in de regel de verantwoordelijkheid voor meerdere organisatorische eenheden.

De laatste jaren gaat dat op meerdere fronten steeds meer knellen:

- De leeftijd en comorbiditeit van patiënten neemt toe en daarmee de betrokkenheid van meerdere specialismen. Dit betekent een grotere afstemmingsbehoefte, zowel inhoudelijk, logistiek als organisatorisch.
- Er is rond diverse doelgroepen en zorgpaden meer samenwerking nodig van het ziekenhuis in de keten; zowel met de derde, eerste als nullijn. Deze tendens wordt nog eens versterkt door het hoofdlijnenakkoord en afspraken daarover met de zorgverzekeraars.

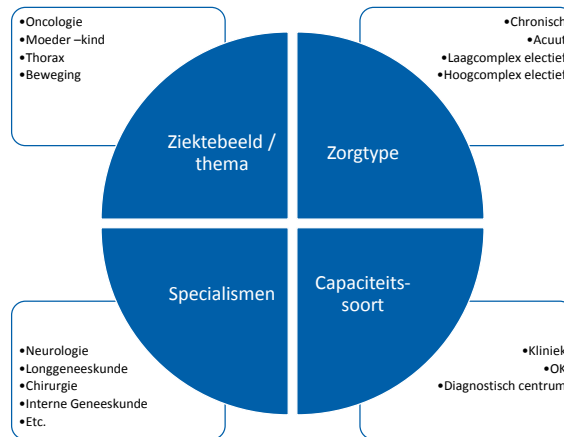
Er is in de organisatie meer behoefte aan bestuurskracht en regelcapaciteit, die zich niet verhoudt tot de stroperige en diffuse besluitvorming die in veel ziekenhuizen bestaat door versnippering en schotten in de ziekenhuisorganisatie. Deze versnippering leidt er onder meer toe dat de raad van bestuur vaak een grote span of control heeft en zich met allerlei vraagstukken op tactisch en operationeel niveau moet bemoeien.

Vaak ervaren de professionals dat het binnen de eigen eenheid wel goed loopt, maar dat de samenwerking tussen de eenheden stroef is. Iedere eenheid heeft tenslotte eigen prioriteiten en budgetten. De slagvaardigheid laat te wensen over en door de soms verstikkende overlegstructuur worden problemen heen en weer geschoven in plaats van opgelost.

### Organisatorische ordeningsprincipes

De keuze die een ziekenhuis moet maken is langs welke lijnen de hoofdordening (de vorming van organisatorische eenheden) vorm krijgt. Dit is een belangrijke keuze omdat per definitie de afstemming binnen een organisatorische eenheid gemakkelijker verloopt dan over de grenzen van organisatorische eenheden heen, er per organisatorische eenheid heldere afspraken gemaakt kunnen worden over resultaten en middelen, en er eenduidige leiding op een organisatorische eenheid gepositioneerd kan worden.

Ziekenhuizen kunnen langs verschillende invalshoeken ordenen. Deze worden in onderstaande figuur weergegeven.



dev organisatie adviseurs

Bij een ordening naar zorgtype zijn de belangrijkste managementopgaven als volgt:

Acute zorgprocessen	Hoogcomplex electieve processen	Laagcomplex electieve processen	Chronische zorgprocessen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Snelle toegang</li> <li>• Goede doorstroom</li> <li>• Professionaliteit diagnose/behandeling</li> <li>• Snelle informatievoorziening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multidisciplinaire samenwerking</li> <li>• Expertisegericht</li> <li>• Customer intimacy Casemanagement</li> <li>• Entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operational excellence</li> <li>• Serviceconcept</li> <li>• Marktgericht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketensamenwerking</li> <li>• Verplaatsen van zorg</li> <li>• Zelfmanagement en e-health</li> <li>• Gericht op kwaliteit van leven</li> </ul>

dev organisatie adviseurs

3

Elk van de ordeningsprincipes heeft een eigen ratio, voor- en nadelen. In het schema hierna worden deze weergegeven.

	Specialisme	Patiëntgroep/ ziektebeeld	Type zorgproces	Capaciteitsoort
<b>Ratio</b>	Traditionele ordening ingegeven door vakinhoudelijke ontwikkeling (specialisatie) en vakgroepfinanciering	Het belang van multidisciplinaire afstemming door comorbiditeit, nieuwe definitie 'gezondheid'. Doelgroep oriëntatie voor marketing	Inhoudelijke en organisatorisch/logistieke ratio: zorgtypen verschillen in logistiek, cultuur, klantwensen	Concentratie en centrale sturing van capaciteiten ten behoeve van schaal en optimale capaciteitsbenutting
<b>Invulling</b>	Elk specialisme een eigen afdeling/RVE	Zo veel mogelijk onderdelen van het zorgproces voor een bepaalde doelgroep in één OE, bijvoorbeeld oncologie, moeder-kind, hart- en vaten, beweging	Gelijksoortige processen in één OE: Acuut Chronisch Hoogcomplex Laagcomplex/electief	Capaciteitsgroepen: Diagnostisch centrum OK Et cetera
<b>Wanneer</b>	Als afstemmingsbehoefte binnen specialismen dominant is	Als multidisciplinaire afstemming rond zorgpaden en externe profilering rond doelgroepen belangrijk is	Als procesoptimalisatie op (keten)logistiek en op klantwaarden het belangrijkste doel is	Als optimale benutting van capaciteiten het belangrijkste doel is.
<b>Belangrijkste nadeel</b>	Organisatorische, financiële en culturele drempels voor multidisciplinaire aanpak en ketenlogistiek	Alleen haalbaar voor groepen met voldoende volume/schaal. Opsplitsen capaciteiten heeft nadeel voor capaciteitsbenutting. Doorbreken vakgroepdenken	Opsplitsen capaciteiten impliceert nadeel voor capaciteitsbenutting. Doorbreken vakgroepdenken	Ketenlogistiek en patiëntgerichtheid
<b>Opmerkingen</b>	Vaak in combinatie met centrale capaciteitseenheden	Vrijwel altijd gecombineerd met andere ordeningen	Vrijwel altijd gecombineerd met andere ordeningen	Vaak voor dure, moeilijk deelbare capaciteiten

## Hoe komen ziekenhuizen tot een keuze voor een hoofdordening?

De keuze voor het te hanteren ordeningscriterium hangt af van:

- *De strategie*. De kerngedachte is dat de hoofdordening primair afhangt van de vraag welke afstemmingsbehoefte het belangrijkste is. Hier liggen (strategische) beleidskeuzen aan ten grondslag. Als de vasculaire zorg tot de speerpunten van het ziekenhuis hoort, ligt het voor de hand dat ook in de organisatie tot uitdrukking te brengen door de cardiologie, hartchirurgie, cardio-anesthesie en interventieradiologie bij elkaar te brengen in één organisatorische eenheid met één leiding en overlegtafel van de betrokken specialismen. Als de ketenzorg prioriteit heeft komt een ordening naar zorgtype (bijvoorbeeld een OE chronische zorg) meer op de voorgrond.
- De *omvang* van het ziekenhuis of specifieke doelgroepen daarbinnen. Een organisatie-model dat past voor een academisch ziekenhuis als het Karolinska University Hospital in Zweden, met ruim 15.000 medewerkers en ruim 1300 klinische bedden, past waarschijnlijk niet bij een gemiddeld perifeer ziekenhuis.

- De *ontwikkelingsfase* van een ziekenhuis. Zo zal in een fusiefase bijvoorbeeld sneller gekozen worden voor een specialisme-georiënteerde organisatie omdat het vooral van belang is dat de vakgroepen van de beide ziekenhuizen nauw gaan samenwerken.
- *Bouwkundige mogelijkheden*. Zoveel mogelijk moet de organisatorische ordening tot uiting komen in de huisvesting om de samenwerking binnen de OE te bevorderen.
- *Bestuurlijke en organisatiekundige uitgangspunten*. Te denken valt aan de gewenste omvang van teams, een hanteerbare span of control, minimale omvang van budgettaire eenheden en andere.

Tenslotte spelen er in dit soort processen persoonlijke voorkeuren en politieke afwegingen. Soms legitiem, maar soms ook verstoring en belemmerend om een valide inhoudelijke keuze te maken.

Om de rationaliteit van het keuzeproses te versterken en om onderbouwde keuzes te maken is het behulpzaam om kwantitatieve analyses te maken met het doel zicht te krijgen op de multidisciplinariteit van de patiënten, de samenhang tussen specialismen, de omvang van patiëntstromen en de daadwerkelijke benutting van capaciteiten.

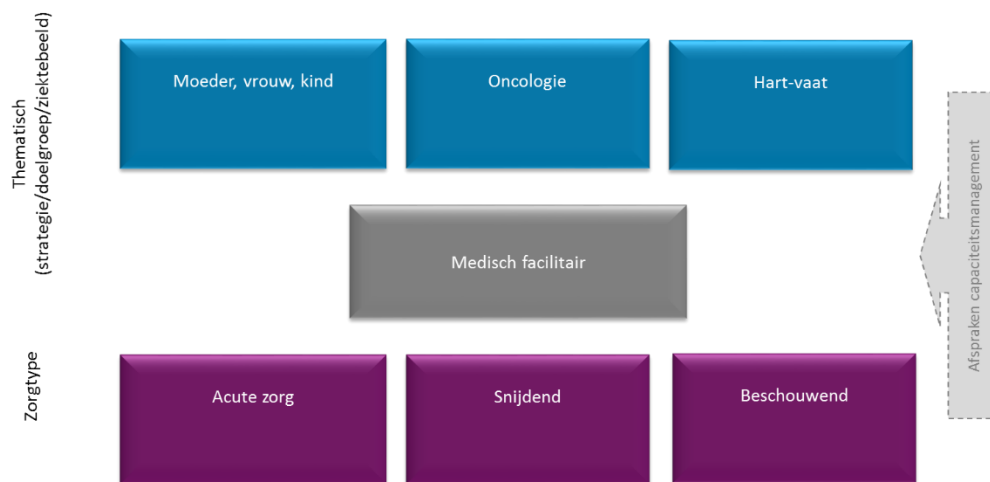
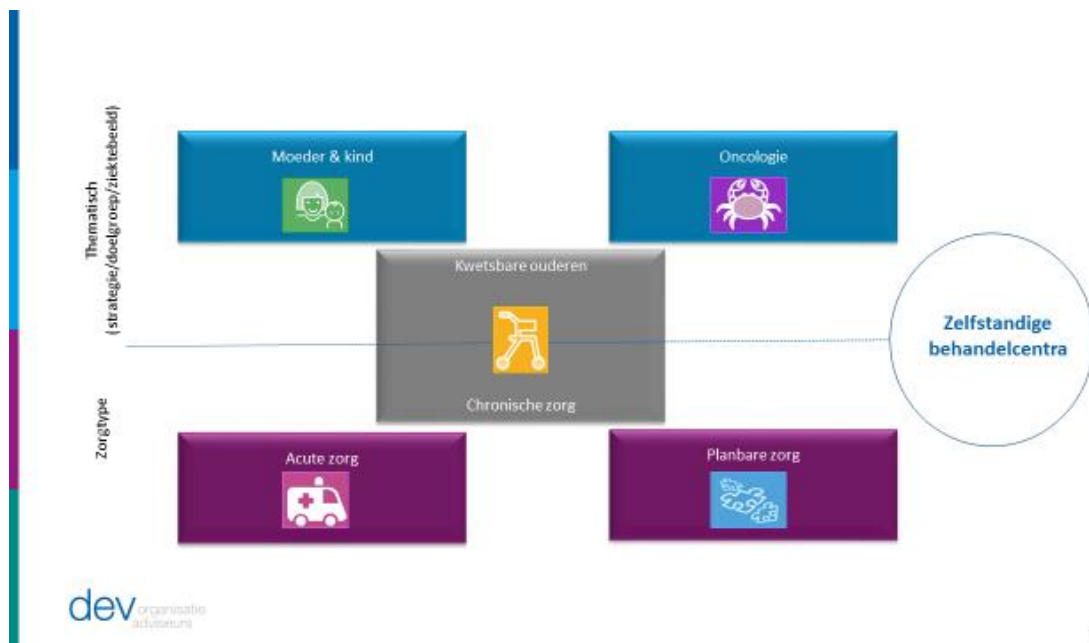
### **Welke organisatie modellen zien we als uitkomsten?**

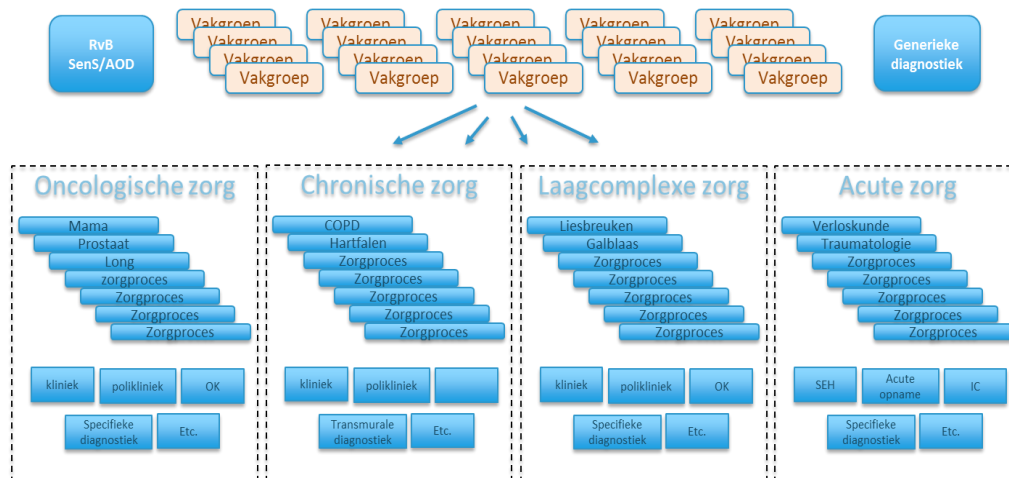
Een belangrijke les die wij geleerd hebben is dat 'one size does not fit all'. Elk ziekenhuis komt tot een eigen vorm. Een rode draad is dat we de afgelopen jaren steeds vaker keuzes zien voor procesgerichte ordeningen rond doelgroepen, ziektebeelden en zorgtypen.

Het uiteindelijke organisatie model heeft meestal een hybride karakter waarbij ook capaciteitseenheden onderscheiden worden zoals operatiekamers en diagnostiek; vanwege schaalfactoren, capaciteitsbenutting of omdat ze fysiek moeilijk te scheiden zijn. Daar waar deze wel fysiek (bijvoorbeeld bij meerdere locaties) gesplitst kunnen worden zien we dat het onderscheid tussen laagcomplex/electief en hoogcomplex/acuut gemaakt wordt.

De optimale omvang blijkt zo'n vijf tot acht 'clusters' of 'centra' die op ziekenhuisniveau een (voor de raad van bestuur) hanteerbare span of control opleveren en (financieel) voldoende substantie hebben om relatief zelfstandig en slagvaardig te opereren.

Hieronder geven wij enkele voorbeelden van ziekenhuizen die wij afgelopen periode hebben begeleid.





- Per type zorgprocessen optimaliseren van besturing afgestemd op specifieke kenmerken en omgevingseisen
- Daartoe clusteren van betreffende zorgprocessen en daarvoor benodigde capaciteiten (mensen en middelen)
- Elk zorgproces heeft een 'medisch eigenaar'
- 'Gedeelde' capaciteiten worden toegewezen aan zorgtype waarmee de sterkste verbinding bestaat (of centraal)
- Vakgroepen leveren kennis/capaciteit/medisch leiderschap aan verschillende clusters van zorgprocessen
- Specialisten participeren in de besturing van het cluster waarbij zij betrokken zijn (dual management)

Het is nog te vroeg om de resultaten van deze modellen te evalueren, al zijn de eerste berichten positief. Zowel bij managers als bij dokters voelt de ordening goed en logisch. De inhoudelijke en logistieke afstemming rond zorgpaden is gemakkelijker geworden. De multidisciplinariteit wordt gefaciliteerd en er ontstaat meer focus. Ook ontstaat er een besturingscultuur die is afgestemd op de specifieke kenmerken van de betreffende patiëntengroep of het zorgtype. Het medisch leiderschap is logischer en beter vorm te geven, de slagvaardigheid neemt toe en de raad van bestuur kan effectiever schakelen op MT-niveau.

Het is evident dat aan elk model zowel voor- als nadelen kleven. Vanuit bedrijfsmatig oogpunt vormt de efficiënte inzet van capaciteiten een aandachtspunt, zeker wanneer patiënt- of zorgtypegerichte eenheden hun eigen capaciteiten (kliniek, diagnostiek, OK) toegewezen krijgen. In die gevallen zien we aanvullende coördinatiemechanismen in de vorm van extra verantwoordelijkheden, overleglijnen en spelregels over de zorgeenheden heen om geen onderbenutting van de capaciteit te krijgen.

## Welke lessen hebben we geleerd?

### Elk model heeft een keerzijde

Eerder hebben we al gewezen op de 'trade off' tussen de patiëntgerichte en capaciteits-ordening. Uiteindelijk zullen, hoe lastig ook, keuzes gemaakt moeten worden welke afstemming prioriteit heeft en daarmee ook de consequenties. Zo kan bijvoorbeeld MRI-apparatuur 'dedicated' worden toegewezen aan zorgeenheden zoals 'oncologie', 'bewegingszorg' en 'vasculaire zorg'. De doorlooptijd van de patiënten is dan doorslaggevend, niet de optimale benutting van de MRI-capaciteit.

Het belangrijkste is dat alle betrokkenen de kracht en zwakte van het gekozen model begrijpen en met elkaar zorgen dat de voordelen benut en de nadelen zo veel mogelijk ondervangen worden.

### Vakgroepen flexibiliseren

De nieuwe structuren betekenen veranderingen voor de vakgroepen. De bestaande, specialismegeoriënteerde vakgroepenstructuur zal blijven bestaan voor de opleiding en

algemene poli's en diensten. Daarnaast zullen specialisten ook werkplekken hebben in andere zorgeenheden. Zo kan de GE-chirurgie bijvoorbeeld haar basis hebben in een zorgeenheid oncologie, maar tevens medische zorg verlenen in een zorgeenheid laagcomplex/electief. Veel dokters zullen zo deelnemen aan meerdere teams en overlegstructuren en betrokken zijn bij het beleid van die zorgeenheden. Op termijn bestaat de mogelijkheid dat zich zo nieuwe, multidisciplinaire teams gaan vormen die meer inhoudelijke, sociale en financiële binding kennen die voorheen in de oude vakgroepen lag.

### Medisch management is cruciaal

Het medisch management wordt opnieuw ingericht met een medisch specialist die samen met een bedrijfskundig manager leiding geeft aan de zorgeenheid waarin alle relevante specialismen samenwerken voor een gemeenschappelijk doel. Hoewel mandatering hier nog steeds een issue is, blijkt dit gemakkelijker realiseerbaar dan in de oude structuren vanwege een meer gelijkgericht belang van betrokken specialismen op de betreffende patiëntgroep.

Vakgroepen ervaren overigens wel een grote verandering wanneer de rechtstreekse lijn naar raad van bestuur vervalt. Het is van essentieel belang dat de medisch manager het vertrouwen geniet van de specialismen en benoemd wordt op basis zijn of haar procesmatige, leidinggevende en verbindende vaardigheden.

### Nieuwe rollen en rolvastheid betekenen een leerproces

Een nieuwe organisatiestructuur vraagt om nieuwe rollen, regelruimte en een andere houding. Voor een deel zullen die door de 'zittende' mensen worden ingevuld. Vooral in meer kritische situaties is er de neiging terug te vallen op bekende patronen. De ervaring leert dat de functionarissen gecoacht moeten worden, zowel voor het eigen functioneren als voor het samenspel binnen het (leidinggevend) team en tussen het management en de raad van bestuur.

### Een patiëntgerichte oriëntatie van de ondersteunende staf is wezenlijk

Het patiëntproces in de zorgeenheden staat centraal en het primaire proces moet leidend zijn voor de ondersteunende organisatie, zoals ICT, HRM en financiën. Vaak zien we dat de ondersteunende staf een eigen dynamiek houdt. Daarom is het voor de slagvaardigheid van de zorgeenheden van belang dat de betrokken staffuncties nauw verbonden worden met een zorgeenheid en de specifieke vraagstukken die daar spelen. Zij moeten zich onderdeel voelen van het team van die zorgeenheid. Dat is beter mogelijk wanneer het aantal zorgeenheden sterk afneemt - van ruim twintig bij een vakgroepgerichte organisatie naar vijf tot acht in een patiëntgerichte organisatie.

### Financieel model moet patiëntgericht werken stimuleren

Om te komen tot een meer patiëntgerichte organisatie en multidisciplinaire samenwerking is het financiële verdeelmodel binnen het MSB medebepalend. De eigen productie van het specialisme is nu nog vaak leidend, terwijl in de patiëntgerichte organisatie de gezamenlijkheid meer centraal staat. In ziekenhuizen waar de honoraria dicht bij elkaar liggen kunnen sneller stappen worden gezet naar organisatorische en zorgvernieuwing dan daar waar deze bandbreedte groot is. Ook kunnen er fondsen of reserves worden gecreëerd om grote effecten (tijdelijk) te mitigeren.

### Met de steun van het medisch stafbestuur staat of valt de vernieuwing

De ervaring leert dat het medisch stafbestuur de organisatorische vernieuwing nadrukkelijk moet steunen. De vernieuwing heeft de nodige impact op de samenwerking en positie van de

medisch specialisten. Alleen als zij de vernieuwing ervaren als een goede stap, en zich erin herkennen, zal een nieuw organisatiemodel haalbaar zijn en werken.

### **Tot slot**

Actuele ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg vragen om meer patiënt- en zorgtype georiënteerde ziekenhuisstructuren. De keuzes die daarbij aan de orde zijn vergen een zorgvuldige afweging van het bestuur en de medische staf. Voorbeelden uit andere ziekenhuizen kunnen inspiratie opleveren en zicht op de do's en don'ts. Uiteindelijk zullen dokters en het bestuur van elk ziekenhuis met elkaar tot een model moeten komen dat past bij de specifieke context van hun eigen ziekenhuis. De kwaliteit van dat proces bepaalt het succes van het model.

Frans Spijkers            [spijkers@devoa.nl](mailto:spijkers@devoa.nl)  
Hemmo Huijsmans      [huijsmans@devoa.nl](mailto:huijsmans@devoa.nl)