

BESTUREN

of Genezen

De positie van medisch specialisten
op strategisch niveau

Afstudeercommissie:

Eerste begeleider:

Prof. Dr. N.S. Groenendijk

Centre for European Studies & Department
of legal and economic governance studies.

Tweede begeleider:

Dr. H.G.M. Oosterwijk

Science, technology, health and policy studies.

Bas Pietersen

Universiteit Twente

Faculteit Management en Bestuur

Studie: Bestuurskunde, European Studies

Studentnummer: 9915311

Samenvatting.

In dit onderzoek is de positie van de medisch specialist op strategisch niveau in ziekenhuizen onderzocht. Deze positie is in de literatuur reeds omschreven. Glouberman en Mintzberg (2001-a) beschreven al het bestaande spanningsveld tussen bestuurders en medisch specialisten in ziekenhuizen. Dit spanningsveld vormt de rode draad in dit onderzoek. Drie aanbevelingen van Glouberman en Mintzberg om ziekenhuizen te managen zijn getoetst in drie ziekenhuizen. Deze aanbevelingen zijn de verhouding tussen markt en hiërarchie, de betrokkenheid van leiders (medisch specialisten) en medisch specialisten en de in- en externe netwerken. Uit onderzoek van Scholten en Van der Grinten (1997) blijkt dat het ziekenhuis zich steeds verder ontwikkelt naar een ondernemend ziekenhuis. Deze bevindingen komen overeen met de veranderingen van het zorgstelsel en de maatschappelijke ontwikkelingen. Het zorgstelsel wordt 'vrijer', de overheid laat zaken regelen door de markt, op een deel van de prijzen kan geconcurrereerd worden. De maatschappelijke ontwikkelingen geven de patiënt een andere, sterkere rol. Door de betere informatie die beschikbaar is, en de mondiger houding is de positie van de patiënt veranderd. De voornaamste verandering is de nieuwe zorgverzekeringswet, die veel aanpassingen met zich meebracht.

Als basisziekenhuis is gekozen voor de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT). De ZGT heeft de positie van medisch specialisten op strategisch niveau vastgelegd in een convenant dat het stafbestuur (als afgevaardigde van de totale medische staf) laat meebesturen op basis van nevenschikking. Op strategisch niveau besturen de Raad van Bestuur en de Interstafraad (de voorloper van één medisch stafbestuur) dus gezamenlijk. Om de veranderingen van het zorgstelsel te kunnen opvangen, is een strategische koers geformuleerd. De vier speerpunten zijn *markt, kwaliteit, ambitie, en rendement*. Om de organisatie hierop aan te passen is een ontwikkeling bedacht die de komende jaren geïmplementeerd gaat worden. De zorg zal anders gecoördineerd worden, via zorgstromen en in verschillende clusters en Resultaat Verantwoorde Eenheden (RVE's). Dit kan gevolgen hebben voor de inspraak van de medische staf.

Duidelijk is dat de door het nieuwe zorgstelsel ingegeven, toekomstige procesgestuurde zorg, in alle onderzochte ziekenhuizen een belangrijk item was. Geconstateerd kan worden dat ziekenhuizen op verschillende manieren trachten hun organisaties naar deze wijzigingen in te richten. Een belangrijk aspect voor dit onderzoek is de wijze waarop de medisch specialisten de nieuwe functies zullen invullen.

De situatie voor de ZGT, met betrekking tot de beïnvloedingsfactoren en de positie van de medische staf, is in drie andere ziekenhuizen onderzocht om zo een vergelijkend kader te creëren. Deze drie ziekenhuizen zijn het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede, het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) en het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) in Dordrecht.

MST: Het MST legt de nadruk op de cultuur en de invoering van Resultaat Verantwoorde Eenheden (RVE's). De medisch specialist wordt medisch manager van een RVE, en wordt bijgestaan door een bedrijfskundig manager. De positie wordt hierdoor versterkt, omdat de RVE-managers inspraak hebben bij de Raad van Bestuur. Hier wordt de clusterlaag juist verwijderd om een plattere organisatie te krijgen. Op strategisch niveau blijft de inspraak van de medisch specialisten gewaarborgd, via het stafbestuur. Gedeelde normen zijn belangrijk voor een sterke cultuur. De betrokkenheid van medisch specialisten is vooral groot op RVE-niveau. Door de veranderingen van het zorgstelsel is bij het MST een mix tussen hiërarchie en markt ontstaan.

MCA: In het MCA is gekozen om RVE's in te voeren en de medisch specialist als hoofd van een RVE verantwoordelijk te maken voor de budgetten en het implementeren van beleid. De betrokkenheid van medisch specialisten wordt hierdoor vergroot en de bevoegdheden nemen toe. De zorg is ingedeeld in verschillende zorgstromen, om de patiënt zo goed mogelijk te helpen. Het stafbestuur en de Raad van Bestuur vormen samen het Beleidscentrum. Door de nevenschikking van het stafbestuur op strategisch niveau wordt het spanningsveld zo klein mogelijk gehouden.

ASz: Het ASz is van de onderzochte ziekenhuizen het meest ver in het doorgroeien naar een ondernemend ziekenhuis. Er is al sprake van verschillende BV's. Zowel de private initiatieven van medisch specialisten als het vastgoed is reeds in BV's ondergebracht. De inspraak van medisch specialisten is verhoogd door de financiële betrokkenheid bij een BV. Medisch specialisten zijn in het ASz verantwoordelijk gesteld voor hun RVE. Er wordt een medisch specialist aangesteld als hoofd van een RVE, die beleid en budgetten moet beheren en implementeren. De invoering van RVE's wordt gezien als tussenstap naar de totale marketingstructuur.

De conclusie is dat de medische staf altijd haar – nevenschikte – positie ten opzichte van de Raad van Bestuur moet proberen te behouden, om zo de inspraak op strategisch niveau veilig te stellen. Daarnaast is in alle ziekenhuizen, door de invoering van het nieuwe zorgstelsel en de maatschappelijke ontwikkelingen, de zorg anders ingedeeld en gecoördineerd. De zorg wordt ingedeeld in zorgstromen en RVE's. Aan het hoofd van deze stromen en RVE's staat een manager. De medisch specialisten kunnen hun inspraak op strategisch niveau vergroten door ervoor te zorgen dat er een medisch specialist aan het hoofd van een RVE komt te staan. Hierdoor ontstaat een extra overlegmoment, en dus inspraakmoment, met de Raad van Bestuur.

Inhoudsopgave.

Hoofdstuk 1.....	5
Inleiding en aanleiding.....	5
§ 1. Inleiding.....	5
§ 2. De Ziekenhuisgroep Twente (ZGT).....	5
§ 3. Probleemstelling.....	8
§ 4. Opbouw scriptie.....	10
Hoofdstuk 2.....	11
Beïnvloedingsfactoren.....	11
§ 1. Ontwikkeling van het zorgstelsel.....	11
§ 2. Maatschappelijke ontwikkelingen.....	14
§ 3. Ontwikkelingen van ziekenhuismanagement.....	16
§ 4. Literatuur.....	19
§ 5. Conclusie.....	29
Hoofdstuk 3.....	31
Hoe zijn de medische staven op dit moment gepositioneerd binnen de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)?.....	31
§ 1. Algemene inleiding ZGT.....	31
§ 2. Huidige positionering medische staven.....	32
§ 3. Conclusie.....	35
Hoofdstuk 4.....	36
Op welke wijze speelt de ZGT in op de veranderingen?.....	36
§ 1. Strategische koers van de ZGT.....	36
§ 2. Notitie 'Organisatieontwikkeling ZGT.'.....	41
§ 3. Conclusie.....	48
Hoofdstuk 5.....	49
Hoe is de positionering van medische staven in andere ziekenhuizen?	49
§ 1. Inleiding.....	49
§ 2. Het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede.....	51
§ 3. Het Medisch Centrum Alkmaar (MCA).....	56
§ 4. Het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) in Dordrecht.....	60
§ 5. Conclusie.....	64
Hoofdstuk 6.....	66
Conclusies en aanbevelingen.....	66
Literatuurlijst.....	70

Hoofdstuk 1.

Inleiding en aanleiding.

§ 1. Inleiding.

Het Nederlandse zorgstelsel is de laatste jaren ingrijpend veranderd. In 2006 is een start gemaakt met de herziening van het zorgstelsel. De meest bekende is de invoering van een nieuwe zorgverzekering. Door deze veranderingen beoogt het ministerie van VWS het stelsel toekomstbestendiger en de zorg efficiënter en meer klantgericht te maken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005). Het nieuwe zorgstelsel heeft directe gevolgen voor de positie van de zorgaanbieders. De verwachting is dat onderlinge concurrentie door de vrijere markt in de zorg zal toenemen.

De nieuwe visie, neergelegd in het nieuwe zorgstelsel, impliceert de noodzaak voor ziekenhuizen zich tijdig voor te bereiden op en de organisaties aan te passen aan de veranderde vraag en financiering. Oude structuren en patronen zullen moeten worden aangepast aan een nieuw marktgericht denken. Deze omslag in doen en denken is noodzakelijk om de continuïteit van de organisatie te waarborgen. Belangrijk element in het nieuwe zorgstelsel is dat de positie van de patiënten wordt veranderd; zij bepalen waar zij de zorg afnemen. De uitdaging voor ziekenhuizen is dan ook de patiënten te binden met kwalitatief goede en betaalbare zorg. Onderzocht wordt of deze wijzigingen gevolgen hebben voor de positie van de medisch specialisten op strategisch niveau.

§ 2. De Ziekenhuisgroep Twente (ZGT).

Als belangrijkste onderzoeksterrein is gekozen voor de ZGT. De reden van deze keuze lag voor de hand, aangezien ik daar al zeven jaar werkzaam ben. Door de vele contacten binnen het ziekenhuis, kon ik, door middel van gesprekken met diverse medewerkers beschikken over veel informatie. Bovendien ontvang ik als medewerker alle officiële, relevante informatie. In die periode is een aantal wijzigingen in het beleid van de ZGT doorgevoerd (met name veroorzaakt door de fusie) en is gebleken dat de positie van de medisch specialisten nog steeds in ontwikkeling is. Het nieuwe zorgstelsel zal door de ingrijpende ontwikkelingen de inspraak van de medisch specialisten op het strategisch beleid onder druk zetten.

Zoals hierboven is aangegeven, wordt de nieuwe visie ook binnen de ZGT gevoeld. In 1998 zijn de ziekenhuizen van Hengelo (Streekziekenhuis Midden Twente, SMT) en Almelo (Twenteborg ziekenhuis Almelo, TBA) gefuseerd tot de ZGT. De beide ziekenhuizen hebben één Raad van Toezicht, één Raad van Bestuur, één Ondernemingsraad, één managementteam en één cliëntenraad. Het klinisch laboratorium, de klinische farmacie en het facilitair bedrijf, zijn in de organisatie geïntegreerde bedrijfsonderdelen. Ook stafbureaus als P&O, Controlling, ICT en Communicatie werken alle ZGT-breed. Daar staat tegenover dat de medische staven van beide ziekenhuizen nog locatiegebonden zijn georganiseerd, één in Hengelo en één in Almelo. De beide staven stemmen hun activiteiten en belangen af in een overkoepelend orgaan, de Interstafraad.

De zorgdiensten van beide ziekenhuizen zijn niet gefuseerd. De diensthoofden hebben per locatie hun begroting en een eigen beleid binnen de door de Raad van Bestuur vastgestelde uitgangspunten. Er is momenteel weinig (structurele) samenwerking tussen de meeste maatschappen in Hengelo en de vakgroepen in Almelo. Alle medisch specialisten van het TBA zijn verenigd in één grote maatschap, vandaar de benaming vakgroepen voor de verschillende specialismen. Onder de ZGT valt ook Zorgservices Twente (ZST), de gezondheidsonderneming van de Ziekenhuisgroep Twente. Zij richt zich op producten en diensten die niet behoren tot de kernactiviteiten van de ziekenhuizen maar er wel nauw mee verbonden zijn. De vestiging in Hengelo functioneert sinds 1994 en met de nieuwbouw voor een vestiging in Almelo is in 2007 een begin gemaakt. De positie van ZST is interessant omdat hier al ervaring is opgedaan met marktgerichte zorgactiviteiten. De ZST is verbonden aan de ZGT, maar is gepositioneerd als een zelfstandige, risicodragende onderneming.

De ZGT heeft een strategische koers vastgesteld, gericht op vier sleutelbegrippen, te weten *markt*, *kwaliteit*, *ambitie* en *rendement* (ZGT, 2007-a). Deze strategische koers roept de vraag op of de huidige structuur van de ZGT voldoende opgewassen is tegen alle veranderingen in en om het ziekenhuis. Welke organisatievorm voor de ZGT past het best bij de strategische koers?

Het ziekenhuis heeft een beleid voorgesteld om de koers in de organisatie te implementeren. Deze organisatieontwikkeling (ZGT, 2007-b) heeft natuurlijk ook consequenties voor de positie van de medische staf.

Door de invoering van procesgestuurde zorg¹ wordt de zorg niet meer geordend op basis van primaire medische vakgebieden, maar op basis van zorg die bij de klachten en diagnoses past. De invoering van de diagnose-behandelingscombinatie (DBC) kan worden gezien als een onderdeel van deze ontwikkeling. Voor de invulling van de zorgprocessen dienen goede afspraken gemaakt te worden met alle geledingen binnen het ziekenhuis.

Dit heeft consequenties voor de medische staf, die zich uitstrekken tot de positionering van deze staf. Tot dusver waren specialisten georganiseerd in maatschappen en vakgroepen op grond van overeenkomst in professie. Nu de aandacht echter primair wordt gericht op de patiënt en de best passende behandeling zijn ook andere organisatievormen denkbaar.

Zo zijn bijvoorbeeld bij de behandeling van een van de speerpuntspecialismen van de ZGT, een diabetische voet, diverse specialismen betrokken: internisten, maar ook vaatspecialisten, chirurgen en wondspecialisten. Dat vraagt om nieuwe organisatievormen waarin verschillende specialismen de krachten bundelen. In dit verband kan worden gedacht aan clusters, met aan het hoofd een manager die verantwoordelijk is voor de gehele cluster. Voor de medische staf is het belangrijk of deze functie bekleed wordt door een medisch specialist.

Er zijn drie gangbare niveaus, aan de hand waarvan de participatie van het management, -in dit onderzoek de medische staf- wordt bepaald:

Het strategisch, het tactisch en het operationeel niveau.

In dit onderzoek wordt uitgegaan van de onderstaande algemene definities:

Strategisch niveau:

Het niveau waarop besluiten worden genomen, beleid wordt gemaakt, regels worden gecreëerd en het financiële raamwerk wordt bepaald.

Tactisch niveau:

Het niveau waarop besluiten worden geïmplementeerd, beleid werkelijkheid wordt, regels in werking treden en het financiële raamwerk wordt bevestigd.

¹ De term procesgestuurde zorg wil zeggen dat het proces dat patiënten in het ziekenhuis moeten doorlopen, centraal staat bij de inrichting van de organisatie

Operationeel niveau:

Het niveau waarop de geïmplementeerde besluiten volgens de gemaakte regels en binnen het financiële kader, actief worden binnen het gekozen beleid.

Hoewel het tactisch en het operationeel niveau in een organisatie uitermate belangrijk zijn, richt het onderzoek zich op het strategisch niveau waarop de medisch specialisten al dan niet participeren.

Van belang is hoe op dit niveau de directe lijnen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medische specialisten van en naar de Raad van Bestuur lopen.

§ 3. Probleemstelling.

De vraag rijst hoe de invulling op strategisch niveau in de nieuwe organisatie gestalte krijgt. Is er nog sprake van nevenschikking van stafbestuur en Raad van Bestuur (beide partijen besluiten in gezamenlijk overleg) of verloopt communicatie voortaan via de clusterhoofden?

De centrale vraag luidt dan ook:

*Hoe vergroten of behouden medisch specialisten inspraak op strategisch niveau?
Moet, door het veranderende zorgstelsel, de positionering van de medische staf
aangepast worden?*

Dit onderzoek zal een exploratief, beschrijvend en kwalitatief karakter hebben. Exploratief wil zeggen dat een beschrijving wordt gegeven van de positionering van medische staven in de ZGT en het beschrijvende deel bestaat uit de weergave van deze positionering in andere ziekenhuizen om zo een referentiekader te hebben (Babbie, 1998). Het onderzoek is kwalitatief aangezien een klein aantal ziekenhuizen onderzocht wordt (King, Keohane & Verba, 2004).

Om de probleemstelling te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van de volgende subvragen:

1) Welke omgevingsfactoren beïnvloeden de ZGT?

De verschillende ontwikkelingen voor de ZGT, zowel maatschappelijk als binnen het zorgstelsel, worden na een literatuurstudie beschreven.

2) Hoe is de medische staf binnen de ZGT op dit moment gepositioneerd en georganiseerd?

Hier volgt een beschrijving van de huidige situatie binnen de ZGT aan de hand van interne documenten.

3) Hoe denkt de ZGT in te spelen op de ontwikkelingen en veranderingen?

De strategische koers die de ZGT heeft uitgezet wordt hier beschreven. Ook de organisatieontwikkeling die de ZGT heeft voorgesteld komt hier aan de orde. Dit zal een literatuurstudie aan de hand van interne documenten zijn.

4) Hoe zijn medische staven elders gepositioneerd en hoe gaan andere ziekenhuizen met de beïnvloedingsfactoren om?

Hier worden drie andere ziekenhuizen onderzocht. De positionering van medische staven op strategisch niveau en de eventuele aanpassingen hiervan worden besproken. Onderzoek vond plaats aan de hand van diverse interne documenten van de betreffende ziekenhuizen en is in interviews nader toegelicht.

Onderzoeksresultaten en beantwoording probleemstelling.

Conclusies en aanbevelingen voor de positionering van de medische staven voor de ZGT. Er wordt gekeken naar de effecten van de strategische koers en de organisatieontwikkeling op de positionering van de medische staf.

§ 4. Opbouw scriptie.

Hoofdstuk twee omvat de beantwoording van de eerste subvraag. Hier worden de maatschappelijke ontwikkelingen, het veranderende zorgstelsel en de ontwikkelingen van ziekenhuismanagement beschreven. Vanuit verschillende invalshoeken wordt met behulp van een literatuurstudie gekeken welke factoren ziekenhuizen en medisch specialisten beïnvloeden.

Hoofdstuk drie bevat de beschrijving van de huidige positionering van de medische staven binnen de ZGT, de tweede subvraag. Deze beantwoording wordt voorafgegaan door een algemene inleiding over de ZGT.

In hoofdstuk vier wordt de derde subvraag behandeld. Dit hoofdstuk beschrijft de strategische koers en de organisatieontwikkeling zoals de ZGT die nu voor ogen heeft. Daarbij worden de gevolgen voor de positionering van de medische staven aangegeven. Dit hoofdstuk is gebaseerd op interne documenten van de ZGT, de Strategische Koers en de Notitie Organiseontwikkeling.

Hoofdstuk vijf beschrijft de positionering van medische staven op strategisch niveau in andere ziekenhuizen. Ook de veranderingen en ontwikkelingen in en rond de drie andere ziekenhuizen worden hier beschreven. Verschillende documenten van de betreffende ziekenhuizen zijn gebruikt als literatuur. Tevens zijn interviews afgenomen bij deze ziekenhuizen.

In hoofdstuk zes zijn de conclusies en aanbevelingen opgenomen.

Hoofdstuk 2

Beïnvloedingsfactoren.

In dit hoofdstuk wordt de eerste subvraag beantwoord; welke omgevingsfactoren zijn van belang voor de ZGT? Eerst wordt een schets gegeven van het zorgstelsel in de laatste decennia. Daarna worden de maatschappelijke ontwikkelingen besproken. De derde paragraaf gaat over bestuurlijke ontwikkelingen in ziekenhuizen, waarna in de vierde paragraaf de literatuurstudie volgt over de positionering van medisch specialisten.

§ 1. Ontwikkeling van het zorgstelsel.

Het verzorgen en de opvang van zieken was tot aan het eind negentiende / begin twintigste eeuw, hoofdzakelijk voorbehouden aan de instellingen van Caritas. De overheid voerde in die jaren een terughoudend beleid. Met de versterking van de positie van de overheid op alle terreinen, nam ook de solidariteitsgedachte toe. In het begin van de twintigste eeuw werden voorzieningen getroffen om burgers via een stelsel van belastinginhouding en –betaling, een bijdrage te laten leveren aan de verbetering van de gezondheidszorg en de opvang van zieken. In Nederland kende men in de zeventiende en achttiende eeuw al een vorm van een zorgverzekering. Onder de noemer "wij helpen elkaar" konden leden van een gilde gebruik maken van deze verzekering. De verzekering beschermde leden van het gilde tegen het risico van verlies van inkomen als gevolg van ziekte of werkloosheid en het risico van medische uitgaven. In 1941 stelde de Duitse bezetter een verplicht ziekenfonds voor alle werknemers onder een bepaalde loongrens in. Hierdoor werd vanaf 1941 onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Bij de invoering van de officiële ziekenfondswet per 15 april 1965 werd dit onderscheid opnieuw bevestigd (www.zn.nl).

De discussie over posities van verzekerden in relatie tot de gezondheidszorg ging echter onverminderd voort. Staatssecretaris Hendriks (Kabinet Den Uyl 1973–1977) stelde een onderzoekscommissie in, die tot doel had een advies uit te brengen om de toen ook al sterk stijgende zorgkosten in de hand te houden. In 1974 leidde dit tot de zogeheten Structuurnota, die algemeen werd aangemerkt als het eerste overheidsdocument dat een samenhangend beleid voor de gehele gezondheidszorg beschreef. Interessant in deze nota is dat ook de politieke tijdgeest herkenbaar in de adviezen naar voren komt.

Dat vertaalt zich in de volgende uitgangspunten; door nieuwe wetgeving en uitbreiding van overheidstaken dient de overheid een grotere invloed op de samenleving te krijgen ten koste van het maatschappelijk middenveld. Dit proces van *verstatelijking* (Van Der Grinten & Kasdorp, 1999) leidde tot een politieke discussie over een andere vormgeving van het ziektekostenstelsel (Staal, 2005).

De voortdurende discussie leidde tot een opdracht van de Tweede Kamer tot het instellen van een onderzoekscommissie. Deze commissie Dekker, vernoemd naar haar voorzitter, Philips-topman Wisse Dekker, bracht in 1987 een rapport uit inzake de structuur en financiering van de gezondheidszorg, met als titel 'Bereidheid tot verandering'. Uitgangspunt van het advies was één basisverzekering voor alle Nederlanders met een verzekerd basispakket, dat 85 procent van de bestaande voorzieningen omvat. In de uitwerking werd de onderlinge solidariteit bij ziekterisico vastgelegd en een premiebetaling naar inkomen ingesteld. Daarnaast stelde de commissie een beperking van de regelgeving van de overheid voor en waar mogelijk de invoering van marktwerking bij aanbieders en verzekeraars van zorg. Hier was voor het eerst sprake van enige vorm van marktwerking, minder overheidsbemoeienis en daardoor het introduceren van gereguleerde concurrentie (www.zn.nl, Staal 2005). Deze eerste aanzet van marktwerking vroeg veel van zowel de organisatie van ziekenhuizen als van bestuurders.

Staatssecretaris Simons, uit het eerste kabinet Lubbers, probeerde dit idee in 1990 opnieuw vorm te geven. De vrees voor torenhoge premies in combinatie met een eigen bijdrage of eigen risico werd te groot geacht. Simons verloor daarmee maatschappelijke en politieke steun en zijn voorstel werd niet overgenomen. Tijdens de eerste paarse coalitie werd wederom aansluiting gezocht bij het vertrouwde, gemengde stelsel en werd getracht stapsgewijs tot veranderingen te komen. De oorspronkelijke inspiratie van de commissie Dekker bleef daarbij leidraad; een terughoudende rol van de overheid, geloof in marktwerking en vertrouwen in de kracht van het ondernemerschap (www.zn.nl).

In de afgelopen tien jaren was het aan overheid en uitvoeringsorganisaties oplossingen te vinden voor de grote problemen die sinds jaar en dag de gezondheidszorgagenda beheersten. De belangrijkste problemen waren de toenemende spanning tussen vraag en aanbod, met daarnaast het probleem van de kosten en de kostenbeheersing. Ook de vormgeving van het verzekeringsstelsel, de posities van verzekeraars en zorgaanbieders, alsmede de druk op de toegankelijkheid van de zorg, bleven de discussies beheersen.

Uiteindelijk leidde dit via een wetsvoorstel van minister Hoogervorst in het tweede kabinet Balkenende tot de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006.

Meest recente veranderingen van het zorgstelsel:

Door de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet is in 2006 een begin gemaakt met de invoering van het nieuwe zorgstelsel. De nieuwe zorgverzekering is de meest in het oog springende verandering van het zorgstelsel. Voor iedereen is er nu één basisverzekering en aanvullende verzekeringen kunnen individueel afgesloten worden. Het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen is vervallen. Er geldt nu een legitimatieplicht in ziekenhuizen, er is een begin gemaakt met de invoering van een elektronisch medicatiedossier en er wordt gewerkt aan een nieuwe Geneesmiddelenwet (Ministerie van VWS). Een van de belangrijke gevolgen van de nieuwe zorgverzekeringswet is de veranderde positie van de patiënt en die van de zorgverzekeraars ten opzichte van de zorgaanbieders. Daarbij worden kwaliteit en kostenbeheersing uitgangspunt van handelen. De voortdurend veranderende vragen vanuit de maatschappij zorgen voor een continue dynamiek binnen het totale zorgstelsel.

§ 2. Maatschappelijke ontwikkelingen.

De vraag naar medisch-specialistische zorg zal de komende jaren steeds meer toenemen. Relevante en belangrijke ontwikkelingen zijn:

- Demografische ontwikkelingen, vooral de vergrijzing.
De bevolking wordt steeds ouder en hiermee neemt de vraag naar zorg toe.
- De mondige en beter geïnformeerde mens in het algemeen en dat geldt ook voor de patiënt. Daarnaast is er steeds meer informatie beschikbaar voor patiënten. Zorgverleners worden met elkaar vergeleken in allerlei ranglijsten; op internet is veel informatie over ziekten te vinden, waardoor de patiënt beter beslagen ten ijs komt, met gerichte vragen voor de behandelaar. (Meer) tijd, aandacht, goede uitleg en voorlichting worden genoemd als belangrijke aspecten bij ziekenhuisbezoeken; thema's die nu nog gemist worden. Uit alle enquêtes en onderzoeken blijkt dat patiënten nog steeds de persoonlijke benadering en behandeling het allerbelangrijkst vinden (Friele en Andela, 2000).
- Technologische en farmaceutische ontwikkelingen.
Er komen steeds nieuwe geneesmiddelen op de markt, waardoor nieuwe perspectieven op methoden en behandelingen verschijnen. Daarnaast verbetert de technologie continu. Operaties worden op andere manieren uitgevoerd met als gevolg dat de behandeling, het ziektebed en het genezingsproces van de patiënt versneld kunnen worden. Door de technologische ontwikkelingen kunnen steeds meer gespecialiseerde operaties worden uitgevoerd, waardoor de vraag naar en het aanbod van deze zorg weer groeien. Ook de hulpmiddelen tijdens en na het zorgproces worden steeds beter (RVZ, 2001).
- Ontwikkelingen in organisaties en dus ook ziekenhuizen; fusies en schaalvergroting. Steeds meer organisaties en ziekenhuizen fuseren of gaan samenwerken. Deze samenwerking biedt nieuwe mogelijkheden voor medisch-specialistische zorg (RVZ, 2001).
- Ontwikkelingen in de organisatie van medisch specialistische zorg; medisch specialisten werken in steeds verder groeiende maatschappen. Een belangrijke oorzaak is het groter wordende kennisdomein. Door verdergaande specialisaties wordt meer kennis noodzakelijk en dus belangrijker (RVZ, 2006).

- Ontwikkelingen op Europees gebied; een actief beleid van de overheid wordt verwacht, gericht op het bevorderen van keuzemogelijkheden. In het grensgebied nemen bekendheid met en het gebruik maken van de Duitse ziekenhuizen sterk toe. Sommige zorgverzekeraars geven goedkeuring aan behandeling in deze ziekenhuizen om wachttijden te bekorten en op deze manier hun cliënten van dienst te zijn (RVZ, 2001).
- Invoering van de prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen per december 2005. Deze indicatoren zijn ingesteld door de Inspectie voor Gezondheidszorg in samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde). Dit systeem van prestatie-indicatoren wordt jaarlijks aan de ziekenhuizen voorgelegd in een uitgebreide vragenlijst. Dit zijn meetbare aspecten van de zorg die aanwijzingen geven over bijvoorbeeld kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg (www.snellerbeter.nl).

Het individuele ziekenhuis legt op deze manier verantwoording af. De prestatie-indicatoren zijn via de website opvraagbaar. In feite betekent dit een publieke verantwoording van ondermeer kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg.

§ 3. Ontwikkelingen van ziekenhuismanagement.

In de periode tot 1965 hebben medische specialisten een vrijwel onaantastbare positie opgebouwd in het ziekenhuis. Van management was nauwelijks sprake; het ziekenhuis werd weliswaar geleid door een geneesheer-directeur, maar management was ver te zoeken of het zou moeten gaan om het beheer van de ondersteunende diensten. Het “management” stond ten dienste van de medisch gerichte activiteiten. Vanaf 1965 is daar verandering in gekomen.

In de eerste plaats is de overheid zich geleidelijk gaan realiseren dat meer overheidsbemoeienis niet leidde tot betere zorg. Er kon meer worden overgelaten aan het zorgveld. Alsmat complexere vraagstukken hadden behoefte aan sturingscapaciteit. Een terugtrekkende overheid vroeg een groter zelfsturend vermogen van de samenleving en zorginstellingen dienden zelf mee te helpen aan de oplossing van problemen.

In de tweede plaats was er sprake van voortdurende technologische ontwikkeling hetgeen heeft geleid tot meer differentiatie en specialisatie. Het op elkaar afstemmen van deze taken was niet langer een taak van de medische specialisten, maar ook van het management. Management werd een beroep op zich. Het ontwikkelde zich tot een zelfstandig professioneel domein met eigen technieken, instrumenten en werkhoudingen (Grit en Meurs 2005). Hunter (1997) wijst er op dat daarmee een belangrijke beweging heeft plaatsgevonden; het management in de zorg veranderde van diplomatie (het faciliteren van zorgverleners) in actie (prioriteiten stellen en commando en controlestructuur). Managers zijn geen administrateurs die op de winkel passen, maar leiders die de organisatie door moeilijke omstandigheden weten te loodsen. Ziekenhuizen pasten zich verder aan deze ontwikkelingen aan en het besturingsconcept werd veranderd. De Raden van Bestuur en Raden van Toezicht deden hun intrede. Door de explosieve groei van ziekenhuizen en de technologische ontwikkeling groeide het aantal medisch specialismen en specialisten gestaag. De medisch specialisten organiseerden zich, vaak in een vereniging medische staf binnen het ziekenhuis, om hun stem en daarmee hun invloed op het beleid van het ziekenhuis te behouden.

Deze voorgaande ontwikkelingsschets geeft aan dat een bestuurder van oudsher een zwakke positie had ten opzichte van medisch specialisten. Een ziekenhuis is geen gewone onderneming waar het bestuur bestuurt en de werknemers op zijn best inspraak hebben. Specialisten zijn geen gewone werknemers, zij maken veelal deel uit van een maatschap, een zelfstandige eenheid binnen het ziekenhuis. Ook als zij in loondienst zijn behoren specialisten niet tot de categorie volgzaam werknemers. Weliswaar maakt de medische staf maar tien procent van het personeel van het ziekenhuis uit, zij heeft echter een veel grotere invloed dan dit percentage doet vermoeden. De gemiddelde bestuursvoorzitter vervult zijn positie maximaal vier jaar. De macht van de specialist berust op verschillende pijlers. Het begint met de professionele autonomie en het feit dat hij de spelmaker is in het ziekenhuis. De patiënt komt voor de specialist en normaal gesproken niet voor het management. Hij belichaamt continuïteit. De meeste specialisten werken hun hele carrière voor hetzelfde ziekenhuis (Lalkens & Piersma, 2007).

De Raden van Toezicht houden vooral toezicht op de verhoudingen binnen het ziekenhuis. Toch is hun rol opvallend in dit spanningsveld. Zij kiezen in negen van de tien conflicten de kant van de medische staf. Bovendien is het ontslaan van medisch specialisten erg duur, aangezien er een gunstige toelatingsovereenkomst bestaat tussen ziekenhuis en medisch specialist. De belangrijkste reden voor de mangelpositie van de ziekenhuisbestuurders is dat zij een in het bedrijfsleven toegepast belangrijk argument niet kunnen gebruiken namelijk de druk van de markt en de aandeelhouder (Lalkens & Piersma, 2007).

De gewijzigde opstelling veranderde de relatie tussen 'het ziekenhuis' en de medisch specialist. Deze relatie is te typeren als wederzijdse afhankelijkheid. Hoewel de vrijgevestigde medisch specialist formeel gezien niet onder de Raad van Bestuur valt, is hij wel in hoge mate afhankelijk van besluiten van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is op haar beurt afhankelijk van alle medisch specialisten, zowel vrijgevestigde medisch specialisten als medisch specialisten in loondienst, aangezien zij de werkzaamheden voor het ziekenhuis uitvoeren. De Raad van Bestuur heeft nauwelijks rechtstreekse machtsmiddelen richting de vrijgevestigde medisch specialist, terwijl deze vanuit zijn professie graag maximale invloed uitoefent op het bestuur van het ziekenhuis. Dit kan spanning veroorzaken.

De wederzijdse afhankelijkheid van zorgprofessionals en het professionele ziekenhuis zou ook organisatorisch vorm moeten krijgen. Het uitgangspunt voor alle vormen van participatie door de medische staf is het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Het doel van het GMSB was, te komen tot een grotere betrokkenheid van zorgprofessionals bij de beleidsbepaling van het ziekenhuis en tot een betere afstemming tussen zorgbestuurder en zorgprofessional om de effectiviteit te vergroten en te verbeteren.

Hierdoor kan het spanningsveld tussen bestuurder en medisch specialist verkleind worden. Het GMSB deed zijn intrede met het advies van de commissie Biesheuvel in 1994.

De meeste Nederlandse ziekenhuizen hebben hun managementstructuur gebaseerd op de idealen van het GMSB. Dit idee was afkomstig van de commissie modernisering curatieve zorg, ook bekend als de commissie Biesheuvel. Deze commissie schreef in haar rapport dat “een goede medisch specialistische zorgverlening afhankelijk was geworden van een goede samenwerking tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis” (Biesheuvel, 1994).

Verschillende betekenissen zijn aan het begrip GMSB gegeven. Integratie binnen het ziekenhuis kenmerkt zich vooral door een nauwe samenwerking tussen medisch specialisten, ziekenhuismedewerkers en managers. Het organogram laat vaak een aparte status zien voor de medisch specialisten, een speciale positie op een zijtak voor de medische staf. Veel specialisten zien dit ook zo, ze maken deel uit van de medische staf en niet van het ziekenhuis (VVAA, 2006).

Het concept van het GMSB is door de invoering van de Zorgverzekeringswet onder druk komen te staan. Het Model Toelatingsovereenkomst (MTO) is de overeenkomst die door meer dan 90% van de vrijgevestigde medisch specialisten gebruikt wordt (Holland, 2006). Deze toelatingsovereenkomst is gebaseerd op afspraken tussen de koepelorganisaties van ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars. Het MTO staat echter onder druk, omdat het MTO gebaseerd is op de Integratiewet die door de invoering van de Zorgverzekeringswet is komen te vervallen. Ook door de invoering van gereguleerde concurrentie en de veranderende omstandigheden is er ruimte en noodzaak voor herziening van de juridische relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist (Holland, 2006).

§ 4. Literatuur.

Onderstaand volgt de literatuur die directe relevantie heeft tot mijn onderzoeksvraag. Op basis van deze literatuur is het onderzoek bij de verschillende ziekenhuizen uitgevoerd.

1. Scholten & Van der Grinten (1997), omdat ze de verschillende organisaties op verantwoordelijkheid, bevoegdheid, communicatie en de coördinatie van zorg vergelijken, gericht op medisch specialisten en de positie op strategisch niveau.
2. Glouberman en Mintzberg (2001-a), omdat zij inzage geven in het spanningsveld dat bestaat tussen bestuur en medisch specialist.
3. Glouberman en Mintzberg (2001-b), omdat zij in deel twee van het onderzoek dieper ingaan op de bestuurbaarheid van ziekenhuizen, en aanbevelingen aangeven.

Scholten en Van der Grinten karakteriseren in de onderstaande tabel de organisatiestructuren van ziekenhuizen. Aanvankelijk was er sprake van een duale structuur waarbij medici en management samen de verantwoordelijkheid deelden in het ziekenhuis. Later is de beslissingsmacht steeds verder verschoven ten gunste van het management, eerst in de vorm van managementparticipatie, daarna als een uitwerking van het GMSB. Het is te verwachten dat de invoering van het moderne zorgstelsel zal leiden tot ziekenhuizen als ondernemende bedrijven.

De tabel laat zien dat de formele speelruimte van managers in ziekenhuizen is toegenomen, ten koste van die van de medisch specialisten. In de praktijk blijkt dit niet altijd het geval (Putters, 2001). De belangen van medisch specialisten en ziekenhuisbesturen laat zich niet gemakkelijk onder een algemene noemer vangen. Daarvoor verschillen de belangen te veel.

Tabel 1:

Tijd → Karakter	Duale organisatie	Management-participatie	Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf	Ziekenhuis als ondernemend bedrijf
Machtscentrum	Medici en management	Ziekenhuismanagement	Ziekenhuismanagement	Ziekenhuismanagement en bestuur
Positie artsen in de top	Gedeelde macht	Ondergeschikt	Ondergeschikt	Ondergeschikt
Afstemming belangen met specialisten	Onderhandeling	Medezeggenschap	Gelegenheid tot advies	Worden gehoord
Coördinatie van de zorg	Specialist	Manager en specialist	Manager en specialist	Management en specialist onder bedrijfskundig regime

Bron: Scholten & Van der Grinten, 1997.

Deze tabel is een historisch overzicht van de relatie tussen bestuur, management en medisch specialist. Scholten en Van der Grinten vergelijken de verschillende organisaties op verantwoordelijkheid, bevoegdheid, communicatie en de coördinatie van zorg.

De laatste kolom is het toekomstige ziekenhuis. Hieraan liggen de veranderingen van het zorgstelsel en de opzet voor gereguleerde concurrentie tussen ziekenhuizen mede ten grondslag. Gezien in het perspectief van concurrentie en levensvatbaarheid op lange termijn, ligt hier de uitdaging voor de ZGT.

Willen ziekenhuizen op de lange duur overleven en levensvatbaar zijn, dan zullen zij met hun aanbod moeten concurreren met andere aanbieders. *Goede zorg tegen een betaalbare prijs in een klantgerichte zorgomgeving*. Voor de ZGT is dit de belangrijkste opgave voor de komende jaren, maar ook voor de concurrenten. De verwachting is dat ziekenhuizen steeds minder kunnen rekenen op een gedurige patiënteninstroom uit het adherentiegebied en zij zelfs te maken krijgen met patiënten die kwaliteit- en prijsvergelijkend, kiezen voor een bepaald ziekenhuis. De territoriale binding met patiënten zal daardoor afnemen. Het is derhalve zaak dat ziekenhuizen scherpe strategische keuzes maken voor het concurrentieprofiel. In dit kader moet de strategische koers van de ZGT en de daarmee gepaard gaande organisatieontwikkeling gezien worden. Het betreft hier een ontwikkelingsvisie op middellange termijn. Patiënten zijn nu nog niet zover dat ze bijvoorbeeld in Zeeland of zelfs in het buitenland een goedkoper ziekenhuis opzoeken. Men wil de zorg nog altijd graag dicht bij huis hebben. Een uitzondering is zichtbaar zodra er sprake is van lange wachtlijsten en zeer gespecialiseerde zorg. Zowel patiënten als werkgevers van patiënten zijn gebaat bij een snelle behandeling. Een andere ontwikkeling waar zorgaanbieders rekening mee moeten houden is de toename van het aantal privé-klinieken, met weliswaar een beperkt maar vaak wel lucratief zorgaanbod (VVAA, 2006).

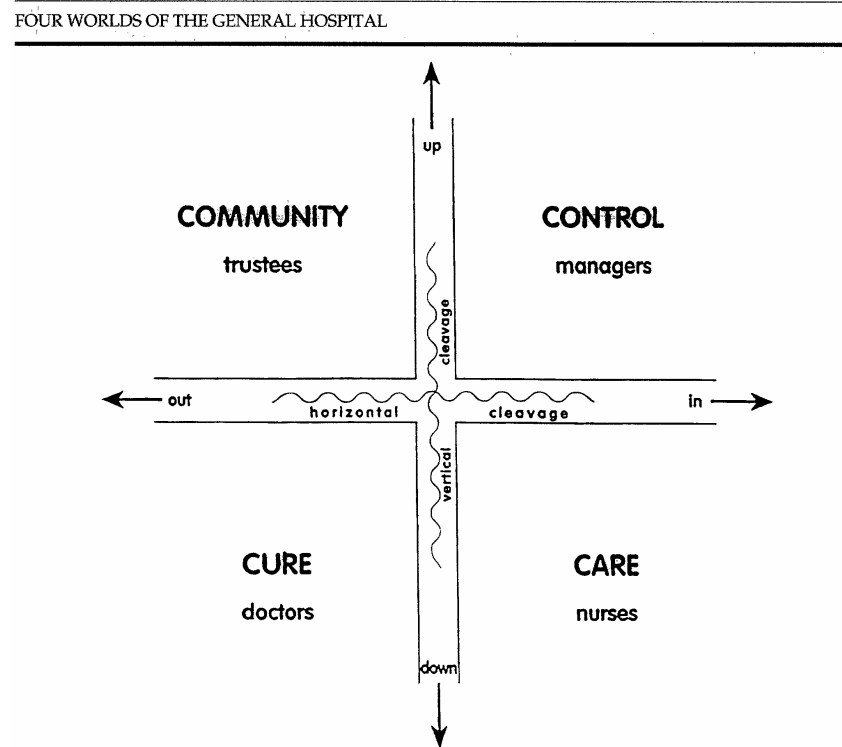
Mintzberg noemt het ziekenhuis een professionele organisatie. Kenmerkend hiervoor zijn een smalle top, een omvangrijke operationele basis met professionals en een bescheiden middenkader en staf. De kern van de bedrijvigheid van de professionele organisatie zijn de uitvoerende taken van de zorgprofessionals (Mintzberg, 1983). De Vries en Van Tuijl (2006) haken in op het onderzoek van Mintzberg en stellen bovendien “dat het essentieel is dat de professional in de professionele organisatie veel individuele handelingsvrijheid en verantwoordelijkheid heeft.”

Deze bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de medisch specialist kunnen bepalend zijn voor zijn positie in de organisatie en kunnen leiden tot spanningen. Er ontstaat dan een spanningsveld tussen enerzijds de zorgprofessionals en anderzijds de zorgbestuurders.

Glouberman en Mintzberg hebben in 2001 onderzoek gedaan naar samenwerking binnen ziekenhuizen. Het is een tweeledig onderzoek, waarbij het eerste deel het spanningsveld in beeld brengt en het tweede deel bestaat uit onderzoek en aanbevelingen voor het besturen en managen van een ziekenhuis.

Een belangrijk onderdeel van mijn onderzoek is de voornoemde spanning die ontstaat op verschillende niveaus in de organisatie; dit spanningsveld loopt er als een rode draad doorheen. In de navolgende figuur wordt helder waarom dit soort spanningen bijna automatisch ontstaan in grote ziekenhuizen. Voortdurende waakzaamheid is geboden binnen de gehele organisatie; een manager dient zich hier terdege van bewust te zijn, om zo gemotiveerde medewerkers te houden. Dit spanningsveld wordt hieronder beschreven.

Figuur 1:



Bron: Glouberman & Mintzberg, 2001-a.

Bovenstaand figuur komt uit een studie van Glouberman en Mintzberg uit 2001, naar samenwerking binnen ziekenhuizen. Er zijn volgens Glouberman en Mintzberg vier verschillende werelden in een algemeen ziekenhuis.

De scheidingen tussen deze vier 'werelden' zijn aangebracht in de manier waarop gemanaged wordt. De verticale scheiding is het onderscheid tussen naar beneden managen, naar de patiëntenzorg, en het naar boven managen, richting het bestuur en de organisatie.

De horizontale scheiding is het onderscheid tussen naar binnen managen, naar afdelingen en mensen die direct onder de organisatie vallen, en het naar buiten managen. Hier gaat het om mensen die wel met de organisatie te maken hebben, maar niet hiërarchisch of anders formeel verbonden zijn met de organisatie.

De vier kwarten zijn als volgt omschreven:

'Community' bestaat onder andere uit de Raad van Toezicht van het ziekenhuis. Ook de vrijwilligers die binnen het ziekenhuis werken vallen in dit kwart. Zij vallen niet rechtstreeks binnen de ziekenhuisorganisatie en onder de hiërarchie van het ziekenhuis. Dus in dit kwart is het management naar boven en naar buiten gericht.

'Control' betreft het bestuur en de managers. Dit is de administratie van het ziekenhuis, gericht naar binnen, aangezien managers en bestuur verantwoordelijk zijn voor de gehele organisatie. Ook in dit kwart is het management naar boven gericht, omdat de werkzaamheden niet richting patiëntenzorg gaan.

'Cure' behelst voornamelijk de medisch specialisten, die 'top down' richting organisatie en patiënten functioneren, maar ook naar buiten, omdat de zorgprofessionals hun eigen verantwoordelijkheid hebben en geen rechtstreekse verantwoording hoeven af te leggen aan 'hoger geplaatsten' binnen het ziekenhuis.

'Care' betreft de verpleging en de andere specialisten die basiszorg bieden. Deze groepen hebben wel een eigen autoriteit, maar zijn ook direct verbonden aan het ziekenhuis. Daarom is het management binnen de organisatie gericht op de patiënten en is het management 'top-down'.

Uit deze studie blijkt dat de vier verschillende delen wel samenwerken rondom, dus met kwarten naast zichzelf, maar niet diagonaal.

Eén van de diagonalen is de tegenstelling tussen cure (medisch specialisten) en control (managers en bestuurders). Voor dit onderzoek is een schets van dit altijd aanwezige spanningsveld relevant. Dit onderzoek richt zich op de inspraak van medisch specialisten op strategisch niveau. Dit spanningsveld is in die relatie altijd aanwezig.

Glouberman en Mintzberg hebben hun onderzoek naar dit spanningsveld uitgebreid met een vervolgonderzoek (Glouberman & Mintzberg, 2001-b). Het vervolgonderzoek richt zich op de bestuurbaarheid van de ziekenhuizen.

Glouberman en Mintzberg geven zes coördinatiemechanismen aan voor het besturen van een ziekenhuis:

- Wederzijdse aanpassing
- Directe supervisie
- Standaardisatie van werk
- Standaardisatie van output
- Standaardisatie van vaardigheden
- Standaardisatie van normen.

Volgens Glouberman en Mintzberg zijn standaardisatie van vaardigheden en kennis de belangrijkste in de ziekenhuiswereld. De professionele medisch specialist is vaardig in het vakgebied. Dit mechanisme werkt niet als de druk erg hoog is en de medisch specialist op de toppen van zijn kunnen moet presteren. In dit geval zijn twee andere mechanismen beter te gebruiken: de wederzijdse aanpassing en de standaardisatie van normen. Dit houdt in dat er goede communicatie is, alle informatie moet beschikbaar zijn in een sterke cultuur.

De verschillende mechanismen van coördinatie worden hierna weergegeven.

Coördinatie door vaardigheden.

Deze coördinatie is de grote sterkte, maar tevens ook de grote zwakte van het ziekenhuismanagement. De sterkte door de relatieve eenvoud van het coördineren van werk, iedere specialist weet uit ervaring wat er moet gebeuren. Het nadeel is dat het routine kan worden. In spoedgevallen wordt al snel teruggegrepen op routine, terwijl dat niet altijd goed is.

Glouberman en Mintzberg stellen dat “de problemen van het coördineren van het zorgstelsel (met name de ziekenhuizen) de gekozen en geprefereerde coördinatie methode kunnen overvleugelen.” De aanname dat als iedereen zijn werk goed doet zoals verwacht, het systeem ook werkt, gaat niet altijd op.

Coördinatie door management.

Drie van de vijf overgebleven mechanismen zijn management gedreven, ze zijn afhankelijk van de hiërarchie van de overheid en versterken deze ook. Volgens de auteurs komt deze vorm amper voor in de ziekenhuiswereld.

De meest voor de hand liggende vorm is de directe supervisie. Weinigen zien managers directe orders geven aan medisch specialisten, maar een andere vorm is wel denkbaar en zichtbaar. Iemand wordt verantwoordelijk gesteld voor een probleem, een afdeling of een specialisme, bijvoorbeeld een unitmanager. Deze ontwikkeling is de laatste jaren al te zien in ziekenhuizen, waar RVE's veelvuldig ontstaan met een of twee managers aan het hoofd.

De andere twee mechanismen, afhankelijk van hiërarchie, zijn standaardisatie van output en werk. Standaardisatie van output wordt gecontroleerd door enerzijds overheid, die bepaalde regels en richtlijnen opstelt, en daarnaast ook door verzekeringsmaatschappijen die hun zorg moeten inkopen. Standaardisatie van werk wil zeggen dat taken routine worden.

Wederzijdse aanpassing betekent flexibele en goede communicatie tussen gelijken. Dit gebeurt tijdens informele gesprekken en netwerken in het algemeen. Eventuele onverwachte gebeurtenissen, spoedgevallen, kunnen samen en adequaat behandeld worden. Coördinatie is buiten de hiërarchie om geregeld. Glouberman en Mintzberg concludeerden dat management, controle en regels ten spijt, de belangrijke besluiten doorgesproken worden tijdens lunches, waarbij gebruik wordt gemaakt van wederzijdse aanpassing en overleg.

De beste manier om wederzijdse aanpassing te verbeteren is door de standaardisatie van normen te versterken. Dit betekent dat het doel, de cultuur en de overtuigingen gezamenlijk worden nagestreefd. Als medewerkers dezelfde doelen hebben, kunnen ze werk coördineren. Ieders doel is hetzelfde en wordt gevoed door dezelfde overtuigingen. De ziekenhuiswereld heeft genoeg sterke culturen, alleen één overkoepelende, sterke cultuur ontbreekt. Naast de gespecialiseerde, verkokerde culturen zou er een cultuur voor de gehele organisatie moeten bestaan, waar alle medewerkers zouden moeten samenwerken. Operaties en behandelingen van patiënten zouden gezien moeten worden als een netwerk van betrokken medisch specialisten; niet als de kokers van de verschillende specialismen. Met de invoering van zorgstromen en clusters spelen veel ziekenhuizen hier al op in. De invoering van DBC's is een goed voorbeeld. Er wordt gekeken naar de klacht van de patiënt en aan de hand hiervan wordt een behandelplan opgesteld met alle betrokken specialismen.

Wat ziekenhuizen altijd heeft verbonden, zijn de gedeelde normen van betrokken medewerkers; de betrokken medisch specialisten, de zorgzame verpleegkundigen en de toegewijde manager.

Glouberman en Mintzberg doen aanbevelingen voor de ziekenhuiswereld om deze problemen aan te pakken. Daarbij accentueren zij coördinatie en samenwerking.

De belangrijkste aanbeveling is het creëren van betere informele communicatie, versterkt door een sterkere cultuur. Deze oplossing is te vinden op operationeel gebied. Klinische activiteiten kunnen niet gecoördineerd worden door interventies van managers. Het management moet komen van diegenen die de taken uitvoeren, niet van de managers. Ziekenhuizen spelen hierop in door DBC's vast te stellen en de patiënt centraal te stellen in het zorgproces.

Glouberman en Mintzberg promoten een stijl van managen, de craft style (G&M, 2001-b). Deze stijl legt de nadruk op inspireren in plaats van bevoegdheid, op overtuigen in plaats van controleren, op faciliteren van dat wat mogelijk is, in plaats van beslissen van dat wat moet. Hier zijn de wederzijdse aanpassing en de sterke gezamenlijke cultuur ingrediënten van een goede managementstructuur. Als de werknemers dit voor ogen hebben en hun verantwoording dragen, hoeven managers alleen maar te overtuigen en te inspireren.

Glouberman en Mintzberg werpen de vraag op wie een ziekenhuis moet managen. Ze vinden manager geen beroep op zich. Zij concluderen dat medisch specialisten de meest geschikte kandidaten lijken voor deze functies. Medisch specialisten hebben ervaring en invloed. Maar hun specialisaties kunnen ook tegen hen werken. De verkokering van medisch specialisten en de algemeenheid van management zijn tegenstellingen die voor problemen kunnen zorgen. Medisch specialisten zijn geneigd en opgeleid om beslissingen individueel te nemen, terwijl managers alle partijen moeten horen en dan een besluit nemen.

De oplossing van Glouberman en Mintzberg is simpel; ziekenhuizen hebben algemene leiders nodig, geen leider in een bepaalde categorie. Ze hebben geen medisch specialist nodig die hun wereld vertegenwoordigt, maar een individueel medisch specialist die de verschillende werelden kan laten samenwerken. Het gaat om het individu, niet om de positie die bekleed wordt binnen het ziekenhuis. Iedereen werkt in een ziekenhuis om de patiënt van dienst te zijn. Dit gebeurt het best in een omgeving waar mensen samenwerken in een cultuur met wederzijds respect.

“Bestuurders moeten een bond creëren met de medisch specialisten om hen te verleiden tot bepaalde stappen. De beste ziekenhuisbestuurders zijn verleiders, iemand die heel goed is in het afwegen van deelbelangen, maar dan wel de route bepaalt.” (Lalkens & Piersma, 2007).

Glouberman en Mintzberg constateren dat de ziekenhuiswereld erg complex is. Deze complexiteit wordt veroorzaakt door de hoeveelheid regels die de overheid aan het ziekenhuis oplegt en die ook nog voortdurend verandert. De markt zelf interesseert zich minder voor de regels maar kijkt uitsluitend naar het rendement. Zij concluderen tevens dat de verhouding tussen hiërarchie en markt een goede mix dient te zijn; zij richten zich in hun aanbevelingen op het management van ziekenhuizen (Glouberman & Mintzberg, 2001-b).

Uit hun onderzoek kwam een vijftal aanbevelingen voor alternatief management van ziekenhuizen naar voren.

- Sociaal eigenaarschap, de verhouding tussen de hiërarchie van overheid en de vrije markt.

Hiërarchie van overheid en vrije markt zijn beide niet goed genoeg om alleen als uitgangspunt voor ziekenhuismanagement te dienen. Uiteraard zijn er wel gebieden waar privaat eigenaarschap goed werkt, maar voor algemene ziekenhuizen kan dit systeem, gelet op het moeten leveren van acute basiszorg, niet volledig worden ingevoerd. Een voordeel van een mix van beide vormen is dat de medewerkers meer betrokken raken bij de organisatie. Ze raken dieper en persoonlijk betrokken bij de diensten die ze aanbieden of ontvangen.

- Grootte van de organisatie.

Een tweede aanbeveling is de grootte van de organisatie. Enkele kernbegrippen voor de organisatie zijn motivatie, betrokkenheid en een goed gevoel bij de organisatie. Persoonlijke betrokkenheid heeft direct te maken met de grootte van de organisatie. Hoe kleiner een organisatie, betekent niet hoe mooier, maar wel hoe persoonlijker. “Wat heeft het voor zin om twee ziekenhuizen op papier te laten fuseren, buiten de vergrote macht van het management?” (Glouberman & Mintzberg, 2001-b).

- Betrokken leiders.

Hoe groter de betrokkenheid, de kennis van de organisatie, en de hoeveelheid ervaring, hoe beter het leiderschap zal zijn. De ziekenhuiswereld is niet gebaseerd op cijfers en strategieën, maar op de zorg voor en het behandelen van patiënten. Leiders moeten dit inzien en hier naar handelen! In dit onderzoek wordt hiermee de betrokkenheid van medisch specialisten bedoeld.

- Samenwerkende netwerken.

Netwerken is een populaire term. Afhankelijke organisaties werken in allerlei vormen samen. Dit geldt voor ziekenhuizen onderling maar ook intern in de organisatie. Goede relaties tussen specialisten en de afdelingen zijn erg belangrijk. Hier is nog een lange weg te gaan. Samenwerking moet belangrijker worden dan concurrentie en controle. Dit is nog niet aan de orde en gezien de veranderingen in het zorgstelsel zal dit ook moeilijk blijven.

- Richtlijnen.

Vele richtlijnen maken deel uit van organisaties. Het vraagt om een helder beleid om al deze elementen samen te voegen en te zorgen voor een goede implementatie. Beleids- en kwaliteitsafdelingen zijn ingericht om goede richtlijnen op te stellen waar organisaties en individuen zich aan moeten houden.

Om de subvragen en uiteindelijk de centrale vraag te beantwoorden, is ervoor gekozen om een drietal aanbevelingen van Glouberman en Mintzberg toe te voegen aan dit onderzoek in de bezochte ziekenhuizen. Dit onderzoek verbreedt het inzicht voor medisch specialisten om inspraak te krijgen op strategisch niveau.

De gekozen aanbevelingen zijn het sociaal eigenaarschap (de relatie tussen hiërarchie van de overheid en de vrije markt), de samenwerkende (formele en informele) netwerken waarin ziekenhuizen en medisch specialisten participeren en de betrokkenheid van leiders (bestuurders en medisch specialisten op strategisch niveau). In hoofdstuk vijf worden de resultaten van de drie gekozen aanbevelingen genoemd.

Omdat er in de gezondheidszorg al richtlijnen bestaan waaraan ziekenhuizen zich dienen te conformeren, wordt deze aanbeveling niet verder onderzocht. Een voorbeeld van een richtlijn is de zorgbrede governancecode voor alle betrokken partijen in de gezondheidszorg. Hierin staan regels en richtlijnen voor het besturen van zorgaanbieders vermeld.

De grootte van de organisatie is relevant; zowel voor de bestuurbaarheid als de betrokkenheid van werknemers. In dit onderzoek is echter sprake van ziekenhuizen met een vergelijkbare grootte van de medische staf. De ziekenhuizen verschillen wel in grootte van de organisatie maar aangezien dit een onderzoek naar de organisatie van de medische staf behelst, is gekeken naar de grootte van de medische staf. In alle ziekenhuizen werken ongeveer tweehonderd medisch specialisten. Voor dit onderzoek is de grootte van de organisatie daarom van minder belang.

§ 5. Conclusie.

In dit hoofdstuk zijn beïnvloedingsfactoren voor de positie van de medisch specialist aan de orde.

- Allereerst de veranderingen van het zorgstelsel en in de maatschappij. Dat betekent een terugtrekkende overheid en meer ruimte voor marktwerking, een mondiger patiënt en een machtiger ziektekostenverzekeraar. Ziekenhuizen dienen zich aan te passen aan de vraag uit de omgeving en zullen hun organisaties moeten wijzigen. Besturen wordt belangrijker; er moet meer gewerkt worden met budgetten. Dat vraagt een herbezinning op de positie van de medisch specialist en de verhouding tussen medisch specialist en de Raad van Bestuur.
- Scholten en Van der Grinten illustreren hun onderzoek met een tabel waaruit blijkt dat de positie van medisch specialisten ten opzichte van de Raad van Bestuur is veranderd. In het GMSB is in elke ziekenhuisorganisatie vastgelegd dat een afgevaardigd stafbestuur, namens de gehele medische staf, communiceert met de Raad van Bestuur. Scholten en Van der Grinten benadrukken dat ontwikkelingen binnen de ziekenhuisorganisaties consequenties hebben voor de posities van medisch specialisten. Door de veranderende regelgeving, de veranderende vraag van de maatschappij en de eerder genoemde marktwerking, komt het GMSB model en de inspraak van medisch specialisten onder druk te staan.

- Glouberman en Mintzberg onderscheiden in hun onderzoek vier werelden binnen het ziekenhuis en concluderen dat er spanningen ontstaan tussen de diagonaal tegenover elkaar gelegen werelden (Het spanningsveld tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur dat altijd beschreven en vastgelegd dient te worden).
- Zij concluderen ook dat er wel wordt samengewerkt met naastliggende werelden (zie ook Lalkens en Piersma, 2007).
- Glouberman en Mintzberg geven als algemene aanbeveling dat er sprake moet zijn van een heldere en volledige informatie-uitwisseling en dat de communicatie tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur goed moet zijn.

Vervolgens geven Glouberman en Mintzberg vijf aanbevelingen om een ziekenhuis beter te besturen en de verhouding tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur te optimaliseren. Deze zijn:

- De verhouding tussen hiërarchie van de overheid en de vrije markt;
- Betrokken leiders;
- Samenwerkende netwerken;
- Grootte van de organisatie;
- Richtlijnen.

De eerste drie zijn gebruikt in het vergelijkend onderzoek tussen ziekenhuizen.

Ook de ZGT heeft in de afgelopen jaren organisatiebreed nagedacht over een nieuwe manier om de zorg in te richten. Dat heeft geleid tot de invoering van een nieuwe koers, waarbij de patiënt centraal wordt gesteld. Onderzocht wordt of deze nieuwe strategische koers en de daarmee gepaard gaande aanpassingen in de organisatie, gevolgen hebben voor de positie van medisch specialisten. In volgende hoofdstukken wordt uitgebreid ingegaan op de situatie binnen de ZGT.

Hoofdstuk 3.

Hoe zijn de medische staven op dit moment gepositioneerd binnen de Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)?

In dit hoofdstuk wordt de tweede subvraag beantwoord: Hoe is de medische staf binnen de ZGT op dit moment gepositioneerd en georganiseerd? Aan de hand van een algemene beschrijving zal nader worden ingegaan op de posities en de daarmee gepaard gaande strategische, tactische en operationele niveaus.

§ 1. Algemene inleiding ZGT.

De ZGT is in 1998 ontstaan door een fusie tussen de ziekenhuizen van Hengelo en Almelo. Het Streekziekenhuis Midden Twente (Hengelo) en het Twenteborg ziekenhuis (Almelo) zijn samengegaan en hieruit ontstond de ZGT. De ZGT is een stichting waaronder beide ziekenhuizen ressorteren. De ondersteunende diensten zijn geïntegreerd, de zorg nog niet.

Onder de ZGT valt ook Zorgservices Twente (ZST). ZST is de gezondheidsonderneming van de ZGT. ZST richt zich op producten en diensten die niet behoren tot de kernactiviteiten van de ziekenhuizen maar er wel nauw mee verbonden zijn. De kennis en ervaring die binnen de ZGT geneeskundig worden ingezet, kunnen via ZST consumentgericht benut worden. Daarbij staat maatschappelijke relevantie voorop. Voor medisch specialisten van de ZGT is ZST een platform om hun private initiatieven onder te brengen. Voorbeelden zijn een Travel Health Clinic waar onder andere (reizigers)vaccinaties worden gegeven en een ooglasercentrum. Voor de ZGT biedt ZST de mogelijkheid om ondernemende medisch specialisten te behouden en wellicht aan te trekken.

§ 2. Huidige positionering medische staven.

Binnen de ZGT werken 206 medisch specialisten (www.zgt.nl), verdeeld over beide locaties. Op beide locaties is de zorg nog separaat geregeld. Dit betekent dat de meeste specialismen per locatie vertegenwoordigd zijn, er zijn dus meestal twee vakgroepen per specialisme binnen de ZGT.

Ook zijn er nog twee onafhankelijke medische staven op beide locaties. Er is een Interstafraad geformeerd die bestaat uit de besturen van de beide medische staven. Deze Interstafraad treedt op als partner van de Raad van Bestuur wanneer er locatieoverschrijdende, strategische vraagstukken spelen. Ook zijn er nog twee financiële collectieven die de financiële belangen behartigen van de specialisten op beide locaties. De bestuursraad is een informeel orgaan binnen de ZGT. Deze raad komt eenmaal per week bijeen en bestaat uit de voorzitters van de stafbesturen en de voorzitters van de financiële collectieven en de Raad van Bestuur. Hier vindt al veel vooroverleg plaats.

In de ZGT is de positionering van de medische staven op strategisch niveau geregeld in het convenant dat de medische staven en Raad van Bestuur hebben ondertekend. Hierin is de rol van de medische staven opgenomen en hierin is vastgelegd dat de Raad van Bestuur de (juridische) eindverantwoordelijkheid heeft voor het beleid van het ziekenhuis. Dit convenant is een invulling van het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Scholten en Van der Grinten stellen dat in elk ziekenhuis is vastgelegd dat – mits een GMSB – de medische staf op strategisch niveau inspraak heeft. Met dit convenant wordt beoogd de door Glouberman en Mintzberg geschetste posities tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten vast te leggen. Het spanningsveld dat klassiek aanwezig is, kan hierdoor onder controle worden gebracht. De eerste ervaringen met dit convenant zijn goed te noemen. De onderlinge communicatie is verbeterd en het begrip voor elkaars standpunten en positie is toegenomen.

Kern van dit convenant is de afspraak tussen Raad van Bestuur en beide medische staven, dat de Interstafraad als strategisch partner van de Raad van Bestuur zal optreden bij het bepalen van de strategische keuzes binnen de ZGT (onverlet de juridische eindverantwoordelijkheid die de Raad van Bestuur in deze heeft). Eén van de voorwaarden die de Raad van Bestuur daaraan heeft verbonden is dat er uiterlijk 01-01-2008 sprake is van één Vereniging Medische Staf (VMS) en één financieel collectief voor de ZGT (ZGT, 2005).

De medische staf van de ZGT is en voelt zich verantwoordelijk voor het medisch handelen en de medische zorg binnen de ZGT. Om deze verantwoordelijkheid te kunnen waarmaken is de Interstafraad van mening dat vanuit deze verantwoordelijkheid een belangrijke bijdrage geleverd zou moeten worden aan de besturing van de ziekenhuisorganisatie als geheel (ZGT, 2005).

In dit convenant zijn, op strategisch niveau afspraken gemaakt waaraan beide partijen zich dienen te houden. Het convenant wil een constructieve relatie tussen zorgprofessionals en zorgbestuurder, op basis van nevenschikking. Nevenschikking wil zeggen dat de Raad van Bestuur en de Interstafraad samen het strategische beleid opstellen. Onder het strategische beleid vallen onder andere: verdeling van specialismen over de beide locaties, nieuwe specialismen en subspecialismen en de organisatiestructurering met inbegrip van de plaats van de medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie, het ontwikkelen van niet-reguliere zorgactiviteiten, het kwaliteitsbeleid, het initiëren van nieuwe zorgmodellen en het gezamenlijk ontwikkelen van markt- en productiebeleid (ZGT, 2005).

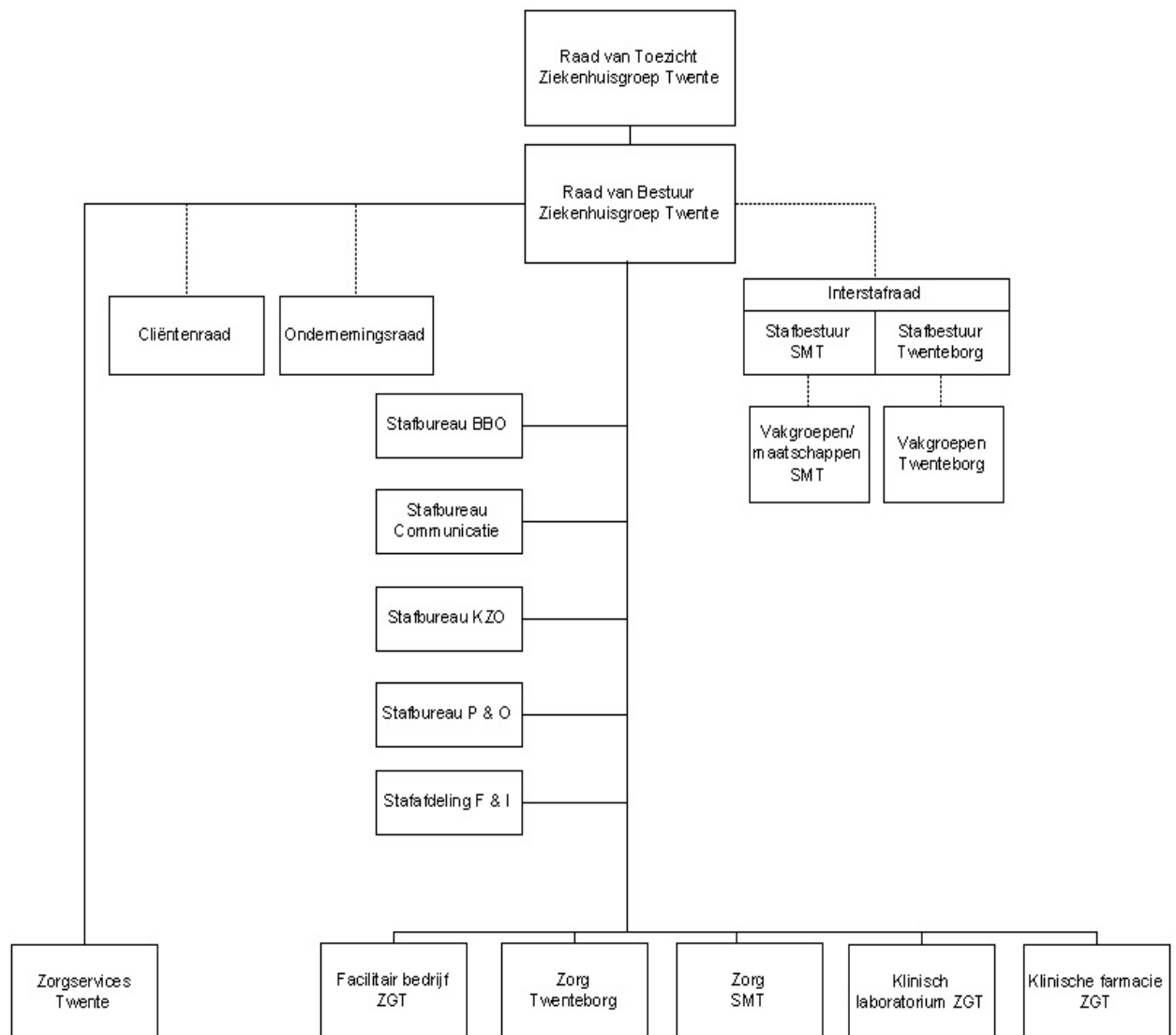
Het tactische niveau is het niveau waarop de beleidsbepalingen, besluiten, regels en financiële kaders in de organisatie geïmplementeerd moeten worden. In het ziekenhuis is dat bijvoorbeeld de betrokkenheid van de medisch specialist bij de planning van de operatiekamers.

Het operationele niveau is het niveau van de dagelijkse gang van zaken. Te denken valt aan het contact van de medisch specialist met de afdeling en het hoofd van de afdeling of de activiteiten binnen de eigen maatschap. Op dit niveau zijn alle beleidsbepalingen, besluiten en (financiële) regels bekend en deze dienen te worden nageleefd.

Uiteraard functioneren medisch specialisten op meerdere niveaus. Voor de volledigheid worden de twee andere niveaus beschreven, maar zoals in de centrale vraag al naar voren komt, richt dit onderzoek zich op het strategische niveau waarop de medisch specialisten zich begeven.

Het huidige organogram van de ZGT ziet er als volgt uit:

Figuur 2: Organogram ZGT.



Bron: www.zgt.nl

In dit organogram is rechts bovenin de positie van de medische staven (de vakgroepen en maatschappen van beide locaties), de stafbesturen en de Interstafraad op strategisch niveau te zien. Op deze manier is de inspraak van medisch specialisten ook gewaarborgd.

§ 3. Conclusie.

Zoals het organogram laat zien, is de positie van de medische staf op strategisch niveau vastgelegd. De Interstafraad behartigt de belangen van de medische staf in overleggen met de Raad van Bestuur. Dit is vastgelegd in een convenant dat door beide partijen is ondertekend. Door dit convenant wordt het spanningsveld van Glouberman en Mintzberg zo klein mogelijk gehouden. Om inspraak te behouden is het voor de medische staf van belang, dat deze afspraak om – op basis van nevenschikking – op strategisch niveau met elkaar tot een besluit te komen, blijft bestaan. Vereiste is wel dat de communicatie goed verloopt en alle informatie van beide kanten wordt uitgewisseld.

Hoofdstuk 4.

Op welke wijze speelt de ZGT in op de veranderingen?

In dit hoofdstuk komt de derde onderzoeksvraag aan de orde. Hoe speelt de ZGT in op de ontwikkelingen en veranderingen, zoals geschetst in hoofdstuk twee? Eerst zal de strategische koers worden besproken, met de gevolgen voor de medisch specialisten. Vervolgens wordt de voorgenomen organisatieontwikkeling behandeld.

§ 1. Strategische koers van de ZGT.

De ZGT heeft een nieuwe strategische koers bepaald om de veranderingen van het zorgstelsel en de toekomst het hoofd te bieden. Het motto van de strategische koers: wat is goed voor de toekomst van de ZGT? De strategische koers behelst vier speerpunten, te weten *Markt, Kwaliteit, Ambitie* en *Rendement*.

Markt:

Hoe treedt de ZGT de markt tegemoet?

- Strategische allianties: waar nodig wordt initiatief genomen tot of aansluiting gezocht bij een regiobreed zorgaanbod.
- Ondernemen in de zorg: verzekerde zorg wordt ondergebracht bij de ziekenhuizen, niet-verzekerde zorg bij Zorgservices Twente. Participatie door medisch specialisten in commerciële activiteiten impliceert risicodragend ondernemerschap voor de deelnemende specialisten. Het Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) concurreert niet met het ziekenhuis. Het ZBC levert zorg die met derden is afgesproken op commerciële basis. Het ZBC kan hooguit als onderaannemer van het ziekenhuis fungeren voor ziekenhuisproductie (ZGT, 2007-a).

Scholten en Van der Grinten (1997) onderzochten de toekomstige omslag van ziekenhuizen: veel meer gericht op het zijn van een onderneming. Dat betekent expliciet dat veel veranderingen moeten worden doorgevoerd om de vroegere monopolisten als een echt bedrijf neer te zetten en te laten functioneren. Dat geldt voor alle afdelingen en werknemers. Er zal een absolute dienstverlenende houding aanwezig moeten zijn om in deze markt op termijn te kunnen overleven. Dat geldt dus ook voor de medisch specialisten, voor hun kwaliteit als professional en voor hun invloed op en inspraak bij het besturen van de organisatie.

De mogelijke gevolgen van het marktgericht denken en de marktwerking voor de medisch specialisten zijn de participatie in de ZBC's en de veranderde onderhandelingspositie met de verzekeraars. Door de DBC-systematiek is er één prijs per behandeling, waarmee zorgaanbieders onderling kunnen concurreren. De medisch specialisten moeten deze behandelingen dus aanbieden tegen een zo laag mogelijke prijs, om verzekeraars over te halen de zorg in te kopen bij 'hun' ziekenhuis. Dit betekent echter niet dat er bezuinigd mag worden op zorg richting patiënt. Kwaliteit staat voorop!

Kwaliteit:

Kwaliteit van de zorg is het belangrijkste voor een ziekenhuis. Hier wordt een ziekenhuis op afgerekend. De ZGT bouwt aan een ziekenhuisbreed kwaliteitssysteem en staat op de nominatie om in 2009 geaccrediteerd te worden door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Het NIAZ toetst of zorginstellingen hun organisatie zo hebben ingericht dat ze op reproduceerbare wijze een acceptabel niveau van kwaliteit van zorg voortbrengen (www.niaz.nl).

Kwaliteit in ziekenhuizen wordt in toenemende mate meetbaar gemaakt en ziekenhuizen worden steeds transparanter en daarmee onderwerp van openbare vergelijking. De ZGT zal zich inspannen om te voldoen aan de kwaliteitseisen van de metende instanties (waaronder de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars en NIAZ).

De ZGT wil op kwaliteitsgebied graag zo hoog mogelijk scoren bij de vergelijking van ziekenhuizen. Kwaliteit komt vooral voort uit de instelling van alle mensen in het ziekenhuis. Professionele kwaliteit moet hand in hand gaan met klantvriendelijkheid.

Procesgestuurde zorg geeft de mogelijkheid de patiënt als uitgangspunt te nemen voor de inrichting van de organisatie. Procesgestuurde zorg is dan ook de pijler voor de organisatieontwikkeling. De eenheid in medisch beleid blijft een voorname doelstelling. Afstemmen van protocollen en werkwijzen draagt bij aan de kwaliteitsverbetering van medisch beleid (ZGT, 2007-a).

Het afdwingen van de eenwording van vakgroepen en maatschappen is volgens de Raad van Bestuur een te groot risico voor de kwaliteit van de zorg. Het fuseren van maatschappen is geen doel op zich, maar hoort ten dienste te staan van het verbeteren van de kwaliteit van zorg en de marktpositie van de ZGT. Daar waar initiatieven tot eenwording passend in deze doelstelling aan de Raad van Bestuur en Interstafraad worden voorgelegd, zullen zij gesteund worden.

Eind 2007 zullen beide medische staven besluiten over de vorming van één Vereniging Medische Staf (VMS) en één financieel collectief. Binnen de op te richten VMS ZGT zal rekening gehouden worden met de verschillende fasen waarin de diverse vakgroepen zich bevinden qua samenwerking en integratie (ZGT, 2007-a).

De gevolgen van bovenstaande ontwikkelingen voor de medisch specialisten zijn dat zij -als dat nog niet het geval was- kwaliteit voorop moeten stellen. Door de toenemende transparantie en de openheid van informatie zullen patiënten ziekenhuizen en dus ook medisch specialisten, met elkaar gaan vergelijken op kwaliteit. De medisch specialist moet er voor zorgen dat de kwaliteit van de geboden zorg zo hoog mogelijk is, zodat de patiënt tevreden is. Met betrekking tot integratie van vakgroepen en maatschappen kan gezegd worden dat als de kwaliteit van zorg baat heeft bij fusies, deze ook moeten worden bewerkstelligd. De kwaliteit van zorg staat voorop, niet de individuele wensen van de medisch specialisten. Hun positie als invloedrijke werknemer in het bedrijf moet worden herijkt.

Ambitie:

Ambitie heeft alles te maken met markt (veroveren) en kwaliteit (de beste willen zijn) (ZGT, 2007-a). De belangrijkste aspecten heeft de ZGT voor de komende jaren als volgt geformuleerd:

- **Bedrijfsidentiteit:**

Door de fusie, met als gevolg een slepende discussie over de koers en het model van de ZGT, is nog weinig bedrijfsidentiteit zichtbaar. Deze identiteit zal de komende jaren sterker tot uitdrukking komen door de reorganisatie, concentratie en integratie van diverse onderdelen van het facilitair bedrijf, door de profilering in de regio, door het zorgaanbod in ZGT-DBC's en door verdere uniformering van het ZGT-beleid op het gebied van personeelszaken en PR/communicatie (ZGT, 2007-a). Glouberman en Mintzberg gebruiken de termen coördinatie van normen en wederzijdse aanpassing om de bedrijfsidentiteit, en dus de cultuur van het ziekenhuis, te beschrijven en te versterken (Glouberman en Mintzberg, 2001-b).

- **Stichting topklinische ziekenhuizen (STZ):**

Het lidmaatschap van de STZ wordt door de ZGT geambieerd. De voorbereidingen hiervoor zijn in volle gang. Van de medisch specialisten wordt hier een bijdrage gevraagd in extra opleidingen zoals ondersteuning bij de opleiding van een extra poortspecialisme en het zoeken van aansluiting bij een leerhuis in de regio (in combinatie met het Medisch Spectrum Twente en het Deventer ziekenhuis) (ZGT, 2007-a).

- **Marketing:**

Het verkennen en veroveren van de markt is een nieuwe tak van sport voor ziekenhuizen. Relatiebeheer, ontwikkelen van portfolio's met het aanbod, reclame maken, concurreren, contracten binnenslepen, alles begint bij marketing. Marketing veronderstelt een besef van urgentie, nieuwsgierigheid naar de buitenwereld, willen weten hoe er naar de organisatie gekeken wordt en het beter willen doen waar nodig. De ZGT wil zich bij uitstek profileren met bijzondere zorg, waarvoor patiënten naar de ZGT moeten en willen komen (ZGT, 2007-a). De Raad van Bestuur, de managers in de zorg, maar vooral de medisch specialisten zullen moeten beseffen dat deze ambitie extra aandacht vraagt voor marketing.

Ambitie is ook voor medisch specialisten een groot gedachtegoed. De medisch specialist moet zich verbonden voelen met de ZGT en als dit gerealiseerd kan worden door te participeren in (commerciële) DBC-centra dan zal de ZGT deze initiatieven van medisch specialisten moeten honoreren. De marketing-tak is nog relatief nieuw voor hen. Zij moeten zichzelf door de toenemende transparantie goed (kunnen) verkopen en zo zorgen dat patiënten bij hen (en dus de ZGT) komen voor zorg.

Rendement:

Door afname van het marktaandeel van de ZGT zijn structurele maatregelen nodig (ZGT, 2007-a). Een ziekenhuis is een bedrijf. Marktwerking betekent, in het eigen onderhoud moeten kunnen voorzien en dus een minder gunstig jaar moeten kunnen opvangen. Een kostprijsonderzoek, uitgevoerd voor de DBC-invoering, biedt inzicht in de kosten. Benchmarking op de kosten, tussen beide locaties en tussen de ZGT en een groep vergelijkbare ziekenhuizen is ook mogelijk door het kostprijsonderzoek. Hieruit zal blijken welke bedrijfsonderdelen prijstechnisch en kwalitatief 'kansrijk' te noemen zijn. Dit kan gevolgen hebben voor medisch specialisten op operationeel niveau. De keuzes zullen gemaakt moeten worden op strategisch niveau. Door het benchmarken kan het zijn dat bepaalde zorgstromen of specialismen als minder kansrijk aan te merken zijn. Dat zou kunnen betekenen dat er (financiële) verschillen ontstaan tussen maatschappen en vakgroepen per locatie, maar ook binnen één locatie.

Deze strategische koers moet gevolgd worden binnen de ZGT. Hiervoor is een plan opgezet om de organisatie zo in te richten dat de ZGT klaar is voor de toekomst.

§ 2. Notitie 'Organisatieontwikkeling ZGT.'

Deze notitie is in 2007 geschreven als vervolg op de vastgestelde strategische koers. Na het uitzetten van deze strategische koers komt de vraag: welke organisatievorm van de ZGT past hierbij? Verschillende punten zijn van belang.

Marktwerving:

Ziekenhuizen krijgen in toenemende mate te maken met marktwerving. Dit vraagt om ondernemerschap in de organisaties, zowel bij professionals als bij bestuur en management. De invoering van DBC's, benchmarking tussen ziekenhuizen, keuzemogelijkheden die zorgverzekeraars, huisartsen en patiënten hebben, betekenen een noodzaak om als organisatie flexibeler te kunnen inspelen op de wensen van de markt. De structuur van de organisatie moet daarin ondersteunend zijn. De verhouding die Glouberman en Mintzberg schetsen tussen hiërarchie van de overheid en vrije markt verschuift steeds meer richting markt. Het vrije DBC-segment (waar reeds geconcurrereerd kan worden op prijs) groeit en de overheid trekt zich terug op het financieringsgebied. Vanaf 1 januari 2008 zijn ziekenhuizen bijvoorbeeld zelf verantwoordelijk voor het onroerend goed, en de daarbij horende financieringsrisico's.

Verouderde organisatiestructuur:

De formele organisatiestructuur van de ZGT is verouderd. Organisatie van kliniek en polikliniek zijn meestal nog gescheiden. De zorg kent nog de benaming 'zorgdiensten'. De meeste ziekenhuizen in Nederland hebben de afgelopen jaren in navolging van het bedrijfsleven en de academische ziekenhuizen, de patiëntenzorg ondergebracht in clusters (of RVE's of divisies) waarin de poliklinieken, verpleegafdelingen en functieafdelingen voor een aantal medische disciplines bij elkaar gebracht zijn (Dekker 2003).

In het ziekenhuis in Hengelo is daartoe recent een eerste stap gezet, nadrukkelijk aangekondigd als een tussenstap. Het ziekenhuis in Almelo volgt als het beleid duidelijk is en de implementatie gestart kan worden. De volgende stap is de organisatie-inrichting op basis van processen (ZGT, 2007-b).

Een ziekenhuis is een professionele organisatie (zie ook Mintzberg, 1992). Professionals hebben de neiging zich primair met hun beroep te identificeren aangezien dat hun kracht, hun kwaliteit is. Van oudsher zijn ziekenhuizen gewend om hun organisatie rondom de professies in te richten. De professionals in een ziekenhuis zijn er om de patiënt 'beter te maken'. Tegenwoordig heeft een patiënt meestal met verschillende professionele disciplines te maken en dus met verschillende organisatieonderdelen.

Bij de invoering van procesgestuurde zorg heeft de ZGT gekozen voor de weg der geleidelijkheid. Het herinrichten van de organisatie op grond van de principes van procesgestuurde zorg, is een ingrijpende verandering die tijd vraagt. Deze invoering gaat uit van een 'top-down' ontwerp van de zorgprocessen (om te zorgen dat dezelfde voorwaarden overal gelden) met een 'bottom-up' invulling (binnen de gestelde voorwaarden worden de processen benoemd, beschreven en vertaald naar de consequenties voor de organisatie-indeling) (ZGT, 2007-b).

Enkele ontwikkelingen werken de procesbenadering van de organisatie in de hand:

- Ten eerste de DBC-systematiek; de productie van ziekenhuizen werd tot voor kort uitgedrukt in opnames en verpleegdagen, polikliniekbezoeken etc. De Diagnose-Behandelings-Combinatie (DBC) biedt een andere insteek. Zij beschrijft het proces van de patiënt op microniveau.
- Ten tweede de toenemende druk op klantgerichtheid en marktgerichtheid. Als motto bestaat klantgerichtheid al lang, maar hoe klantgericht is de ZGT werkelijk? Uit enquêtes blijkt dat de patiënt snel geholpen wil worden en, als dat niet kan, goed geïnformeerd wil worden over de wachttijd. Ook blijkt hieruit dat er ergernis bestaat over het voortdurend opnieuw moeten vertellen van informatie die reeds bekend is. Procesgestuurde zorg biedt de mogelijkheid om ook in de inrichting van de organisatie klantgerichtheid centraal te stellen. Hierop wordt de nadruk gelegd bij het invoeren van de nieuwe organisatiestructuur, de procesgestuurde zorg (ZGT, 2007-b).

Wat is het proces in procesgestuurde zorg?

Het proces is de route die de patiënt doorloopt in het ziekenhuis. Het maximale proces zou zijn: intake – diagnostiek – therapie – OK – opname – ontslag – nazorg. De kleinste vorm van een proces in dit verband is een DBC. Omdat er teveel DBC's zijn om een organisatie direct op in te richten, zal men tot ordening moeten komen.

Binnen de ZGT zijn de volgende hoofdstromen van patiëntenaanbod te onderscheiden; *acute en urgente zorg, de electieve zorg en de chronische zorg*. Elke hoofdstroom heeft een eigen dynamiek en route (het zorgproces). De zorg wordt niet meer geordend op basis van primaire medische vakgebieden, maar op basis van de soort zorg die bij de klachten en diagnoses past. Per vakgebied kunnen de DBC's verdeeld worden over deze hoofdstromen. Daarna kunnen de DBC's binnen de hoofdstroom op procesgelijkenis gegroepeerd worden, hierdoor ontstaat een geheel nieuwe basis voor de inrichting van de organisatie (ZGT, 2007-b). Op de volgende pagina is een voorstel voor de inrichting van de ZGT te zien.

Figuur 3:

Voorstel procesgerichte organisatie

Hoofdstroom / cluster		Disciplines	Markttypering
I. Circulatie	Neurologie	Logopedie	Chronisch
	Cardiologie		
	Longgeneeskunde		
	Vaatchirurgie		
II. Geestelijk welzijn	Ziekenhuispsychiatrie	Maatschappelijk werk	Chronisch
	Geriatric	Geestelijke verzorging	
		Psychologie	
III. man, vrouw, kind	Verloskunde		Electief
	Kindergeneeskunde		
	IVF		
	Urologie		
	Gynaecologie		
IV. Spijsvertering / oncologie / endocrinologie	Oncologie		Chronisch
	Maag, lever darm	Diëtetiek	
	Endocrinologie		
	Nefrologie/dialyse		
V. Bewegingsstelsel	Reumatologie		Chronisch
	Orthopedie		
	Revalidatie		
VI. Zintuigen	KNO		Electief
	Kaakchirurgie		
	Dermatologie		
	Oogheelkunde		
VII. Electieve chirurgie	Alg. chirurgie		Electief
	Plastisch chirurgie		
VIII. Acuut	IC/ SEH		Acuut
	Traumatologie		
Ondersteunend	OK/ VC		
	BVT		
	Mortuarium		
	Fysiotherapie/ ergotherapie		
	Inf. Preventie		
	Transfer		
	Opname etc.		

Bron: ZGT 2007-b.

De volgende functies zijn te onderscheiden in de organisatie-inrichting op basis van procesgestuurde zorg: (ZGT, 2007-b)

- Professional: verantwoordelijk voor de professionele kwaliteit van zijn bijdrage aan het procesresultaat. Valt met betrekking tot resultaat onder de unitmanager (met behoud van professionele autonomie).
- Medewerker: draagt bij aan het afgesproken procesresultaat. Valt hiërarchisch onder de unitmanager en soms functioneel onder de professional.
- Unitmanager: leidinggevende van een zorgunit; verantwoordelijk voor een aantal zorgprocessen. De unitmanager kent dus een hiërarchische bevoegdheid en positie. Valt onder de clustermanager.
- Clustermanager: geeft leiding aan een aantal unitmanagers. Is verantwoordelijk voor het clusterbeleid. Valt onder de Raad van Bestuur. Er zijn per locatie drie clusters: acute/urgente zorg, electieve zorg en chronische zorg (Zie organogram blz. 47).

Uit deze beschrijving blijkt dat voor medisch specialisten de verantwoordelijkheid ligt bij hun rol als professional. Er wordt niet voorgesteld hen te laten participeren en ze dus medeverantwoordelijk te maken voor managementtaken. Een medisch specialist kan wel, bij inlevering van (een deel van) zijn formatie, worden aangesteld als unitmanager of clustermanager, in dienst van het ziekenhuis.

Managementparticipatie van medisch specialisten is in veel vormen beproefd in ziekenhuizen, ook op verschillende managementniveaus (ZGT, 2007-b). Op het operationele niveau; aanspreekpunt per maatschap voor de afdelingshoofden voor uitvoerende regelzaken, op het tactisch niveau vaak als clustermanager, dus als tegenhanger van de bedrijfskundige clustermanager onder de Raad van Bestuur en op strategisch niveau, als strategisch partner van de Raad van Bestuur; deze laatste vorm kent de ZGT ook.

Managementparticipatie van medisch specialisten is in veel ziekenhuizen niet goed afgelopen, omdat de specialist in een mangelpositie terecht kwam ten opzichte van collega's (ZGT, 2007-b). Een van de redenen was dat de specialist na verloop van tijd niet meer als dokter werd gezien maar puur als manager en was hij dus niet meer een van hen, maar 'van het andere kamp.'

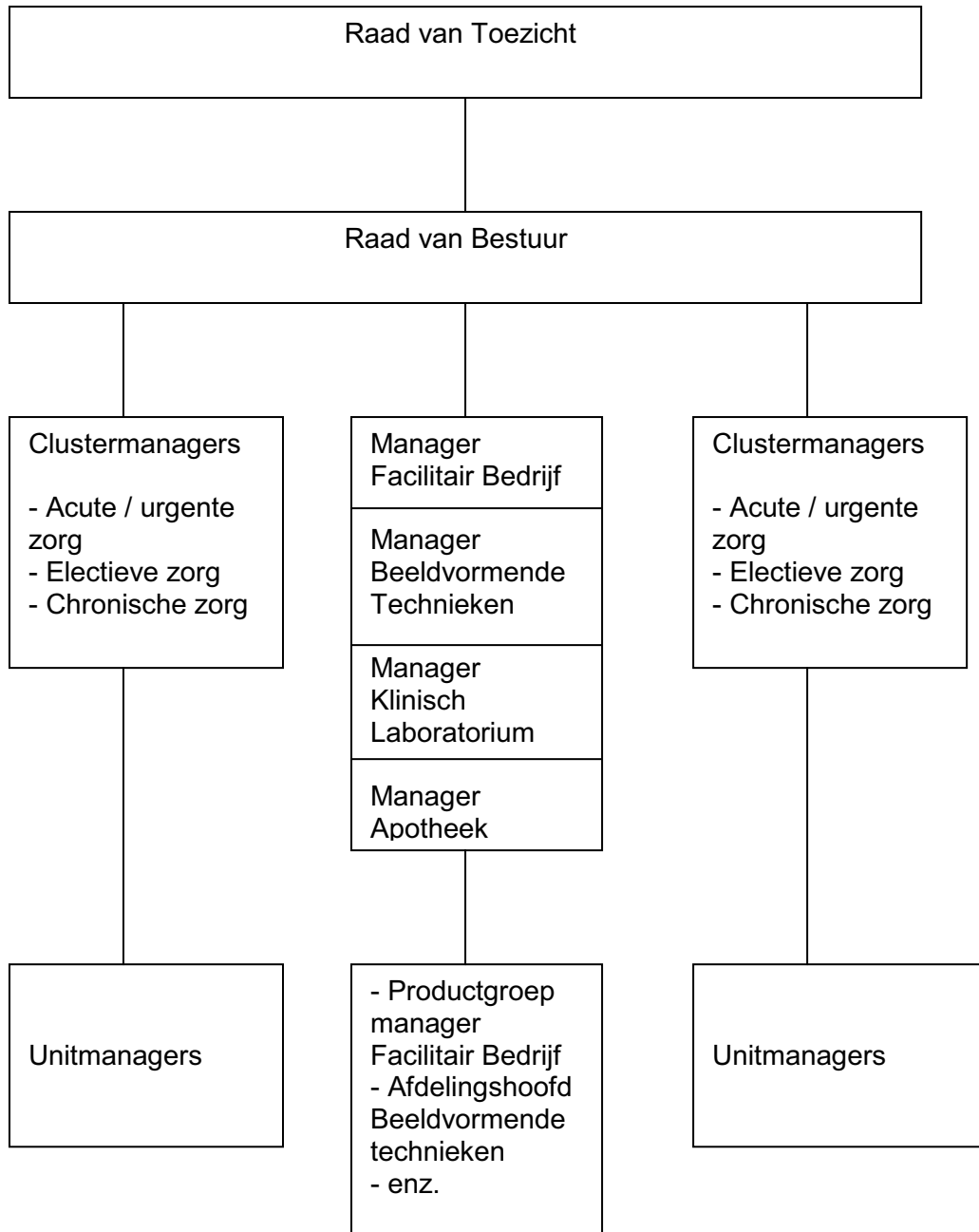
De ZGT legt de nadruk op de professionele rol van de medisch specialist. Meebesturen of managen is niet de rol die de Raad van Bestuur voor ogen heeft. Op deze manier zal het spanningsveld van Glouberman en Mintzberg tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur blijven bestaan.

De vertaling naar de organisatie-inrichting voor de ZGT is dan als volgt:

- Hoofdstroom = cluster, onder leiding van een clustermanager.
- Aantal hoofdprocessen binnen een cluster = unit, onder leiding van een unitmanager (ZGT, 2007-b).

Het organogram van de nieuwe zorgstructuur van de ZGT zou er als volgt uit kunnen zien. Nb. De positionering van stafbestuur en andere adviesorganen is in deze zorgstructuur niet meegenomen.

Figuur 4: Organogram nieuwe structuur:



Bron: ZGT, 2007-b.

§ 3. Conclusie.

De ZGT voelt de noodzaak om te veranderen, gezien de ontwikkelingen van het zorgstelsel en de maatschappelijke ontwikkelingen. Er is een nieuwe strategische koers uitgestippeld met vier speerpunten; markt, kwaliteit, ambitie en rendement. De medisch specialisten zullen deze vier punten nog meer in hun werk naar voren moeten laten komen. De inspraak van medisch specialisten zal zich toespitsen op deze vier punten. De organisatieontwikkeling die gepaard gaat met deze strategische koers heeft veel consequenties voor de medisch specialisten. Op strategisch niveau verandert er niet veel. De Interstafraad zal haar positie op strategisch niveau blijven behouden. Het spanningsveld van Glouberman en Mintzberg zal dus via deze overleggen zo klein mogelijk gehouden worden. De nieuwe structuur zorgt voor een nieuwe laag managers, de clustermanagers. Deze managers krijgen volledig mandaat binnen hun cluster en kunnen via deze weg invloed en inspraak uitoefenen op en bij de Raad van Bestuur.

Hoofdstuk 5.

Hoe is de positionering van medische staven in andere ziekenhuizen?

In dit hoofdstuk wordt de positie van medisch specialisten in drie andere ziekenhuizen beschreven. Onderzocht is hoe deze ziekenhuizen omgaan met de ontwikkelingen die de positie van medisch specialisten in ziekenhuizen beïnvloeden, hoe de zorg is ingericht en wat hierin de rol van de medisch specialist is. Tevens worden de drie aanbevelingen van Glouberman en Mintzberg getoetst in de praktijk.

§ 1. Inleiding.

In Nederland is de gezondheidszorg goed georganiseerd. Het systeem is gebaseerd op het solidariteitsbeginsel, waardoor het betaalbaar wordt. Aan dit beginsel wordt ook in het nieuwe zorgstelsel vastgehouden. Van overheidswege worden richtlijnen opgesteld en wordt controle uitgeoefend. Dit leidde in 1994, toen de commissie Biesheuvel haar aanbevelingen deed, tot de invoering van het GMSB. Het doel van het GMSB was te komen tot een grotere betrokkenheid van medisch specialisten bij de beleidsbepaling van het ziekenhuis en te zorgen voor een betere afstemming tussen zorgbestuurder en zorgprofessional om de effectiviteit te vergroten en te verbeteren.

Ondanks een aantal vaste richtlijnen zijn de uitvoerende organisaties lang niet allemaal op dezelfde wijze georganiseerd. Die veelheid aan verschillende organisatiemodellen leidt tot organisaties die dezelfde opdracht hebben, maar die gegeven de locale of regionale omstandigheden, op andere wijze invulling hebben gegeven aan de organisatie. Voor dit onderzoek is van belang hoe de positie van de medische staven in vergelijkende ziekenhuizen is georganiseerd. In het bijzonder wordt aandacht besteed aan de wijze van communicatie, bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Nederland telt ruim negentig algemene ziekenhuizen en acht universitaire medische centra, de voormalige academische ziekenhuizen. Voor het onderzoek is een selectie gemaakt uit dit aantal. Er is voor gekozen om bij twintig ziekenhuizen een onderzoek te doen via de websites en voornamelijk jaarverslagen. Vervolgens is gebruik gemaakt van het inventariserend onderzoek van mw. C. Bouman, d.d. 27 januari 2006, als beleidsmedewerker verbonden aan het Rijnland ziekenhuis. Dit onderzoek beantwoordt de vraag of ziekenhuizen gekanteld zijn richting de patiëntzorg of niet.

Het onderzoek is uitgevoerd onder beleidsmedewerkers van een groot aantal ziekenhuizen in Nederland. De uiteindelijke respons bedroeg zestien ziekenhuizen.

Een tweede onderzoek omvatte een (anonieme) inventarisatie binnen ziekenhuizen over hoe het GMSB op strategisch niveau was geregeld. Een van de vragen hierin was hoe de verhoudingen waren tussen medische staf en Raad van Bestuur. Dit onderzoek is uitgevoerd voor de NVZ (CJ. Rodenburg ea, 2004). Hier hebben vijfentwintig ziekenhuizen op gereageerd.

Opvallend is dat deze inventarisatie van de situatie op strategisch niveau anoniem is geschied. Beide inventariserende onderzoeken zijn relevant voor dit onderzoek.

Naast bovengenoemde selectiecriteria is gekeken naar gefuseerde ziekenhuizen. Reden voor deze selectie is dat deze ziekenhuizen geconfronteerd zijn (geweest) met organisatieontwikkelingen die verwant zijn aan de ontwikkelingen die de ZGT momenteel doormaakt. Als laatste selectie criterium is gezocht naar verschillende niveaus waardoor er een brede benadering aanwezig is. Er zijn interviews gehouden met een manager, een beleidsmedewerker medische staf en een afdelingshoofd. Daarnaast heeft de onderzoeker door middel van diverse gesprekken met medewerkers, gedurende een aantal maanden inzicht gekregen in de positionering van de medisch specialisten binnen de ZGT.

Als referentiekader is uiteindelijk gekozen voor drie ziekenhuizen. De bezochte ziekenhuizen zijn het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede, het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) in Dordrecht en het Medisch Centrum Alkmaar (MCA).

§ 2. Het Medisch Spectrum Twente (MST) in Enschede.

Het Medisch Spectrum Twente (MST) behoort tot de grotere niet-academische ziekenhuizen van ons land. Momenteel beschikt het MST over ziekenhuislocaties te Enschede en Oldenzaal en buitenpoliklinieken in Haaksbergen en Losser. Het MST telt ongeveer 4000 medewerkers, inclusief ongeveer 200 medisch specialisten. Het MST biedt naast de basiszorg ook diverse topklinische functies aan, zoals het thoraxcentrum en het traumacentrum.

Het MST is ook een van de grotere algemene ziekenhuizen in Nederland. Als lid van de Stichting Topklinische Ziekenhuizen (STZ) zijn naast de basiszorg, topklinische functies en opleiding, bepalend voor het profiel van het ziekenhuis. Er is binnen het MST echter een cultuur ontstaan die de ontwikkeling van een groot topklinisch ziekenhuis minder sterk stimuleert. In 2004 werd een organisatieopzet ontwikkeld, maar door de bestuurscrisis in 2005 is dit opgeschoven. Na de crisis is deze opzet en de daarbij behorende ontwikkeling weer opgepakt. In eerste instantie is overleg geweest tussen Raad van Bestuur en medisch stafbestuur. De focus is verlegd van structuur naar cultuur en naar governance en besturing. De structuur was teveel een doel op zich geworden. Er dient een structuur te komen die de huidige cultuur ondersteunt en stimuleert (MST, 2005).

Naast de organisatiestructuur heeft het MST ervoor gekozen de organisatiecultuur als mede-uitgangspunt te nemen. Hieronder wordt verstaan: alle normen en waarden, gewoonten en rituelen die de mensen in een organisatie verbinden, en de organisatie bijzonder maken (MST, 2007-a).

Het MST is sinds 1995 ingericht volgens clusters en Resultaat Verantwoorde Eenheden, RVE's, waardoor ook een extra managementlaag gecreëerd is. De RVE's worden in consensus bestuurd door een medisch en een bedrijfskundig manager. Zij leggen gezamenlijk verantwoording af aan de Raad van Bestuur en het Medisch Stafbestuur (MSB). De betrokken maatschap speelt binnen de RVE op medisch gebied de hoofdrol binnen een RVE. Deze managers fungeren dus op het tactisch niveau; enerzijds wordt beleid voorbereid, anderzijds wordt het vastgestelde beleid tot uitvoering gebracht en gecontroleerd (MST, 2005).

In de nieuw ontwikkelde opzet is sprake van een verplating van de organisatie en hierdoor verdwijnt de clustermanagement-laag, evenals de afdelingshoofden. Iedere RVE wordt aangestuurd door een medisch en een bedrijfskundig manager. Van deze voorziene, nieuwe structuur is nog geen organogram openbaar gemaakt.

Op strategisch niveau werken de Raad van Bestuur en het MSB samen. Hier wordt, vanuit de missie en de toekomstvisie, het meerjaren beleidsplan ontwikkeld. In deze constructie is er op strategisch niveau sprake van gedeelde macht. De communicatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten verloopt via het MSB in de vergaderingen tussen beide besturen.

Het MST heeft drie soorten managementoverleg.

Het eerste strategisch overleg is het collectief Raad van Bestuur – RVE management overleg. Dit overleg behandelt de strategische zaken die het MST aangaan. Alle RVE managers, de stafmanagers en het Medisch Stafbestuur participeren onder voorzitterschap van de Raad van Bestuur. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk, vandaar ook de voorzittersrol.

Het tweede strategische overleg is het bilateraal overleg tussen Raad van Bestuur en RVE management. Hierin participeren beide RVE-managers, een afgevaardigde van het Medisch Stafbestuur en de Raad van Bestuur. Hierin worden voornamelijk de planning en de verantwoording van de RVE besproken. Uit beide overleggen blijkt dat op strategisch niveau de RVE managers nevensgeschikt zijn. De communicatie tussen Raad van Bestuur en de RVE managers verloopt via deze overleggen.

Het derde overleg is het collectief RVE management overleg. Dit overleg behelst vooral tactisch – operationele zaken, zoals bedrijfskundige onderwerpen. De raakvlakken van verschillende RVE's worden besproken. De bedrijfskundig managers van de RVE's participeren in dit overleg, de medisch manager kan, afhankelijk van onderwerp, ook participeren.

De beschreven veranderingen uit hoofdstuk twee gelden uiteraard ook voor het MST. Ook het MST heeft te maken met de toenemende marktwerking in de zorgsector. Het MST speelt in op de concurrentie door uitwerking van het in 2006 gestarte STIPT programma. STIPT staat voor Slagvaardig, Transparant, Innovatief, Productief en Toegewijd.

Onder de vlag van STIPT zijn inmiddels vijf veranderingsprojecten ter hand genomen: ICT, Business Process Redesign (BPR), Lange Termijn Huisvestingsplan (LTHP) en de organisatieontwikkeling en versterking van de samenwerking met de eerste lijn. STIPT moet uiteindelijk leiden tot een slagvaardige, goed bestuurbare organisatie en een geduchte concurrent voor andere zorgaanbieders. Aangezien de STIPT-projecten als vliegwiel dienen voor de noodzakelijke verandering, vernieuwing en verbetering binnen het MST, heeft de Raad van Bestuur uitvoering van STIPT tot prioriteit verklaard (MST, 2007-b).

Ten aanzien van kwaliteit en patiëntveiligheid zijn voor 2008 de volgende vier speerpunten gekozen (MST, 2007-b):

- Verbeteren van de acute as (Spoedeisende Hulp, OK en Intensive Care).
- Verhogen van de medicatieveiligheid.
- De invoering in 2008 van het wettelijk verplichte VeiligheidsManagementSysteem.
- Een optimale registratie van de prestatie-indicatoren van de IGZ.

In de nieuwe organisatieopzet wordt meer nadruk gelegd op de wijziging van de cultuur en de bijbehorende dienstverlening. Dat resulteert in beëindiging van het clustermanagement en versterking van de RVE's.

- Deze worden in de nieuwe opzet aangestuurd door een medisch en een bedrijfskundig manager. Deze voorziene organisatieopzet versterkt de invloed van de medisch specialist.
- Via de medisch manager en het medisch stafbestuur oefent men op twee manieren invloed uit op de Raad van Bestuur.
- In de nieuwe opzet blijft het medisch stafbestuur op strategisch niveau partner van de Raad van Bestuur.
- Zoals gebruikelijk berust de eindverantwoordelijkheid bij de Raad van Bestuur.

Aanbevelingen Glouberman & Mintzberg getoetst binnen het MST:

Bij het MST zal vanaf 1 januari 2008 sprake zijn van duaal management waarbij het accent van verantwoordelijkheid, ook budgettair, op RVE niveau bij de bedrijfskundig en medisch manager komt te liggen. Nog steeds wordt het beleid en de daarbij behorende budgetten vastgesteld door de Raad van Bestuur.

In het MST is er duidelijk een mix tussen markt en hiërarchie. Met de komst van de DBC- systematiek, de vrije markt in het B-segment, wordt veel meer dan voorheen ingestoken op kostenbeheersing en uitbreiding van productie op RVE niveau. Frustrerend voor alle ziekenhuizen, dus ook het MST, is dat de groei in het B-segment nu niet langer door de overheid wordt bepaald maar door de zorgverzekeraar.

Voor de positie van medisch specialisten is vooral van belang dat de externe productieafspraken met de zorgverzekeraars nu nog gemaakt worden door de Raad van Bestuur. In de toekomstige structuur is het mogelijk dat deze afspraken niet door de Raad van Bestuur worden gemaakt, maar door de medisch en bedrijfskundig manager. Medisch specialisten zijn veel meer gericht op het behandelproces en hebben hierdoor meer inzage in dit proces en de kostenstructuur. Er zullen andere keuzes worden gemaakt dan wanneer een Raad van Bestuur de keuzes maakt.

Het MST staat midden in de maatschappij en heeft veel contacten. Zij besteedt veel aandacht aan specifieke netwerken, zowel extern als intern. De komst van de huidige voorzitter van de Raad van Bestuur is daar een typisch voorbeeld van. Dat brengt vele politieke en landelijke contacten met zich mee. Dit werken aan netwerken heeft ook intern zijn uitstraling. Veel medewerkers nemen deel aan landelijke werkgroepen en informatiegroepen. Intern zijn veel commissies in het leven geroepen, er is een bloeiende personeelsvereniging.

Daarnaast participeert het MST ook in netwerken, zoals Thuiszorg Services Nederland, Medical School Twente, een samenwerking met onder andere de Universiteit Twente en de Saxion Hogescholen. Voor medisch specialisten is de formele kernstafvergadering een uitgelezen mogelijkheid om standpunten en informatie uit te wisselen. Over interne circuits is geen informatie beschikbaar. Op regionaal niveau vindt er samenwerking plaats op specifiek terrein. Het Thoraxcentrum Twente is hier een goed voorbeeld van.

De positie van de medisch specialisten is vooral gericht op vakinhoudelijk, strategisch niveau. Het zijn deelgebieden (RVE's) waarop men werkzaam is. De medisch specialist als medisch manager van een RVE zal aanzienlijk bijdragen aan een verruiming van de inspraak op strategisch niveau. Daarbij komt dat door de opgedane ervaring en kennis een betere afweging kan worden gemaakt in de advisering naar de Raad van Bestuur. Door deze verruiming van inspraak en de vergrote kennis en ervaring zal de betrokkenheid bij het ziekenhuis, zowel naar de Raad van Bestuur als naar de medewerkers binnen de RVE verbeteren. In dit stelsel zal er volgens Glouberman en Mintzberg een algemene, gezaghebbende bestuurder noodzakelijk zijn. Die bestuurder dient de verschillende RVE's met elkaar te verbinden. Deze bestuurder hoeft niet per definitie een medisch specialist te zijn.

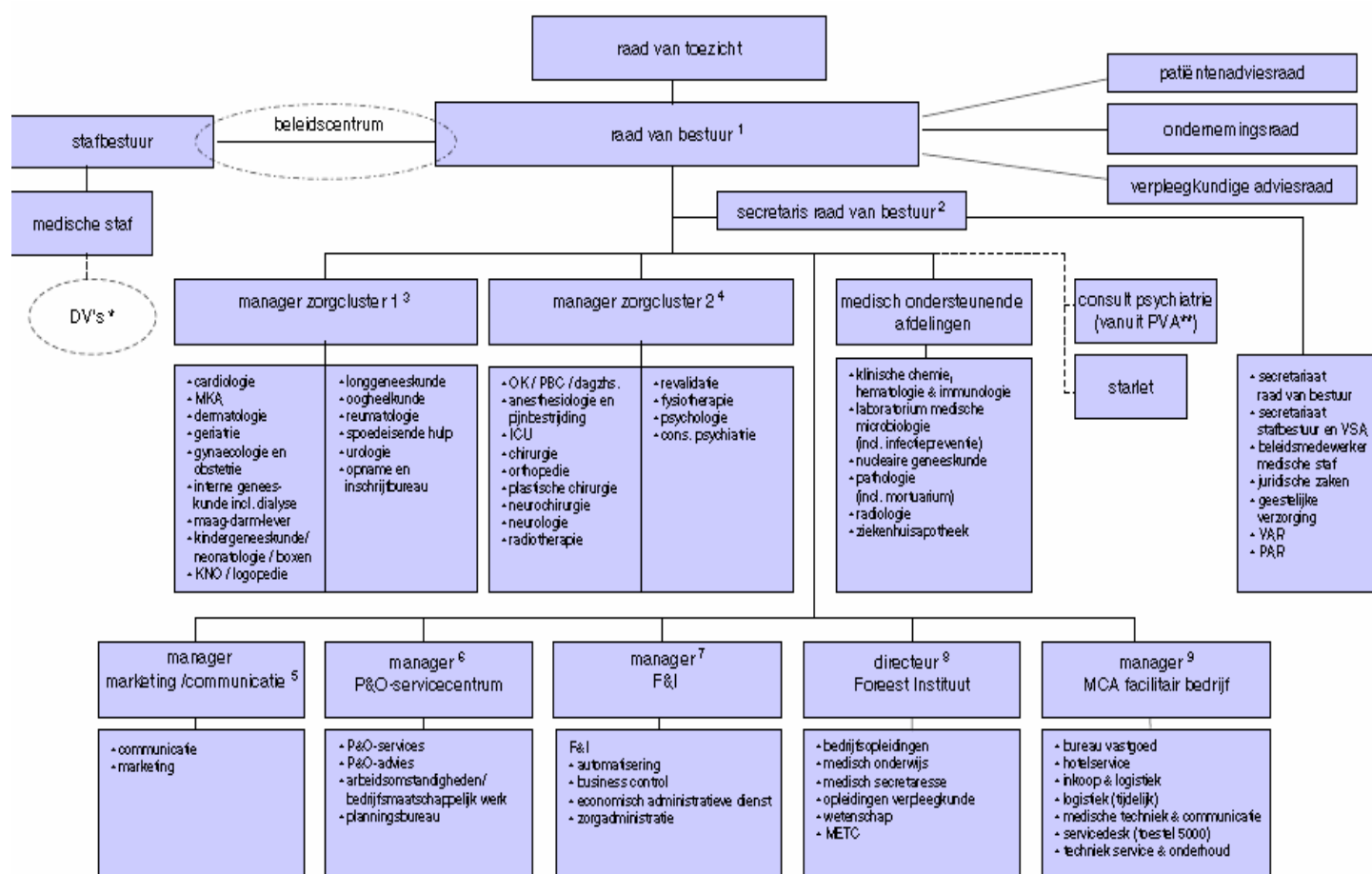
§ 3. Het Medisch Centrum Alkmaar (MCA).

Het MCA is een topklinisch opleidingsziekenhuis met een volledig medisch-specialistisch basispakket ten behoeve van de inwoners van Noord-Kennemerland en omstreken. Voor de regio Noord-Holland Noord biedt het ziekenhuis topklinische functies. Daarnaast heeft het een breed scala aan opleidingsfaciliteiten voor onder andere basisartsen en medisch specialisten in huis (MCA, 2007).

Binnen het MCA zijn 208 medisch specialisten werkzaam, verdeeld over 28 verschillende specialismen.

In 1994 is binnen het MCA de omslag naar een plattere organisatie gemaakt, het zorggroepen model is toen geïntroduceerd. Elke zorggroep heeft een manager en samen met een disciplinevertegenwoordiger is deze verantwoordelijk voor de begroting en het beleidsplan van de zorggroep. Met de invoering van RVE's, met aan het hoofd een medisch specialist is de inspraak beter gewaarborgd.

Figuur 5: Structuur MCA:



Bron: www.mca.nl

Op strategisch niveau neemt het beleidscentrum de besluiten, dus het stafbestuur bestuurt mee op basis van nevenschikking, de Raad van Bestuur blijft echter eindverantwoordelijk.

Het MCA biedt verschillende zorg aan in verschillende zorgstromen:

- Acute of spoedeisende zorg. Acute zorg komt zowel in basiszorg als in topklinische zorg voor. Acute basiszorg: laagdrempelige, weinig complexe spoedeisende zorg, die door eerste en tweede lijn geïntegreerd wordt aangeboden in een spoedeisende-zorgpost. Acute topklinische zorg: high tech/high care spoedeisende zorg, wordt in het ziekenhuis aangeboden.
- Electieve zorg: weinig complexe, planbare en standaardiseerbare zorg. Geïsoleerde aandoeningen. Accent ligt op kwaliteit van service.
- Chronische zorg: begeleiding en interventies bij chronisch zieken, de palliatieve zorg en het voorbereiden en de nazorg van (poli)klinische interventies met name bij ouderen. Accent ligt op de kwaliteit van de begeleiding.
- Topklinische zorg: complexe diagnostiek en behandeling; high tech/high care (klinische interventies); niet standaardiseerbare zorg. Accent ligt op de (top)kwaliteit van behandeling.

De logistiek en service zijn toegesneden op elk van die zorgtypes. Dit gebeurt protocollair met optimaal gebruik van ICT en telecommunicatie. Acute, electieve en topklinische zorg worden geconcentreerd op één locatie. Chronische zorg biedt het MCA zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis aan in multifunctionele centra dicht bij de patiënt thuis.

De zorg van het MCA is ingericht op de vraag van de patiënt onder het motto “process is king”. Het MCA organiseert de zorg rond het zorgproces (de route die de patiënt door het ziekenhuis loopt). Daarvoor is de logistiek zodanig verbeterd dat de wachtlijsten korter worden, de opnameduur afneemt en de patiënt minder vaak in het ziekenhuis hoeft te komen voor diagnostiek en behandeling.

Ook is de zorg per patiëntengroep of per ziektebeeld georganiseerd: alle onderzoeken, behandelingen en consulten op dat gebied worden inhoudelijk en waar nodig organisatorisch geïntegreerd binnen de muren van het MCA, maar waar nodig ook in samenspraak met de andere zorgverleners. Het zorgproces voor chronische en oudere patiënten stelt bijzondere eisen aan de continuïteit van zorg en wordt georganiseerd in (transmurale) ketenzorg in samenwerking met huisartsen en andere zorginstellingen in de regio. De doelgroep kwetsbare ouderen met complexe problematiek groeit. Daarmee verandert de positie van de discipline klinische geriatrie ook, zowel binnen het ziekenhuis door hernieuwde afstemming met andere specialismen als buiten het ziekenhuis, als onderdeel van de zorgketen (MCA 2005).

In de huidige structuur wordt van de medisch specialisten verwacht dat zij bedrijfsmatig werken. Via de zorggroepen worden de wensen van de medische disciplines gehoord. Worden deze niet gehonoreerd, dan gaan medisch specialisten te rade bij het stafbestuur. Als laatste is er de mogelijkheid om via het beleidscentrum een verzoek gehonoreerd te krijgen.

Medisch specialisten hebben dus verschillende mogelijkheden om inspraak gestalte te geven. Dit is een omslachtige communicatie die de eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden minder transparant maakt.

Ook de maatschappelijke veranderingen en de veranderingen in het zorgstelsel laten het MCA niet onberoerd. Er is veel aandacht voor de toekomstige maatstafconcurrentie², die ervoor moet zorgen dat de DBC's tenminste kostendekkend en zo mogelijk winstgevend zijn. Als topklinisch ziekenhuis wordt gezocht naar krachtenbundeling, waarbij een mix van relevante behandelingen goed ingezet kan worden.

² Per 1 januari 2008 wordt gestart met maatstafconcurrentie. De maatstaf werkt als een maximum op de gemiddelde prijs per DBC die een zorgaanbieder in rekening mag brengen voor haar totale productie. In 2008 wordt dit maximum nog berekend op de eigen historische budgetten van een ziekenhuis en is er dus nauwelijks financieel risico. Per 2009 zal het maximum berekend worden op basis van de landelijke gemiddelden en is er dus meer risico.

Aanbevelingen Glouberman & Mintzberg getoetst binnen het MCA:

De verhouding tussen de hiërarchie van overheid en de vrije markt zijn in het MCA vroegtijdig onderkend. In 1995 werd de stafmaatschap Vrijgevestigde Specialisten Alkmaar gevormd, waarin vrijwel alle vrijgevestigde disciplines participeerden. Het dagelijks bestuur van deze maatschap verwierf daarmee grote macht. De drie bestuursleden kregen op kosten van alle maten elk een chef de clinique om het medisch werk over te nemen. Het dagelijks bestuur had daarmee alle tijd en macht om namens de staf te onderhandelen met ziekenhuis en ziektekostenverzekeraar en deed dat ook.

Het ziekenhuisbestuur gaf in 1997 aan het stafbestuur, de vertegenwoordiging van de gehele medische staf, een nevenschikte positie; zeer veel bestuurlijk overleg en eerste adviesrecht. Op deze manier werd getracht het spanningsveld tussen beide werelden te beperken.

Het MCA participeert als topklinisch ziekenhuis in de Stichting Topklinische Ziekenhuizen. Omdat ze ook een opleidingsziekenhuis is, wordt ook samengewerkt met andere ziekenhuizen. De regionale samenwerking van de specialismen staat bij het MCA en haar medisch specialisten ook hoog in het vaandel. De regionale netwerken zijn voor de medisch specialisten belangrijk. Informatie wordt uitgewisseld en er is goede communicatie tussen medisch specialisten van verschillende ziekenhuizen. Binnen het MCA zijn medisch specialisten vooral via staf- en kernstafvergaderingen met elkaar in overleg. In deze vergaderingen worden standpunten en informatie uitgewisseld.

De rol van de medisch specialist in het vergroten van de betrokkenheid is aanzienlijk. De medisch specialisten zijn in beperkte mate pro-actief. Meestal wordt er reactief gereageerd op het beleid van de Raad van Bestuur en managers. Er wordt daarbij goed gekeken naar eventuele gevolgen voor medisch specialisten. Als deze er zijn, wordt aan de bel getrokken en het standpunt van de medische staf verkondigd. Anno 2007 bereidt het MCA het systeem van resultaatverantwoordelijke eenheden, RVE's, voor, waarin per medische discipline een medisch manager wordt aangewezen die decentraal eindverantwoordelijke wordt. Hierdoor zal de betrokkenheid van medisch specialisten toenemen. Momenteel zijn er nog geen ervaringsgegevens beschikbaar, aangezien er nog geen medisch managers aan het hoofd van een RVE staan.

§ 4. Het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) in Dordrecht.

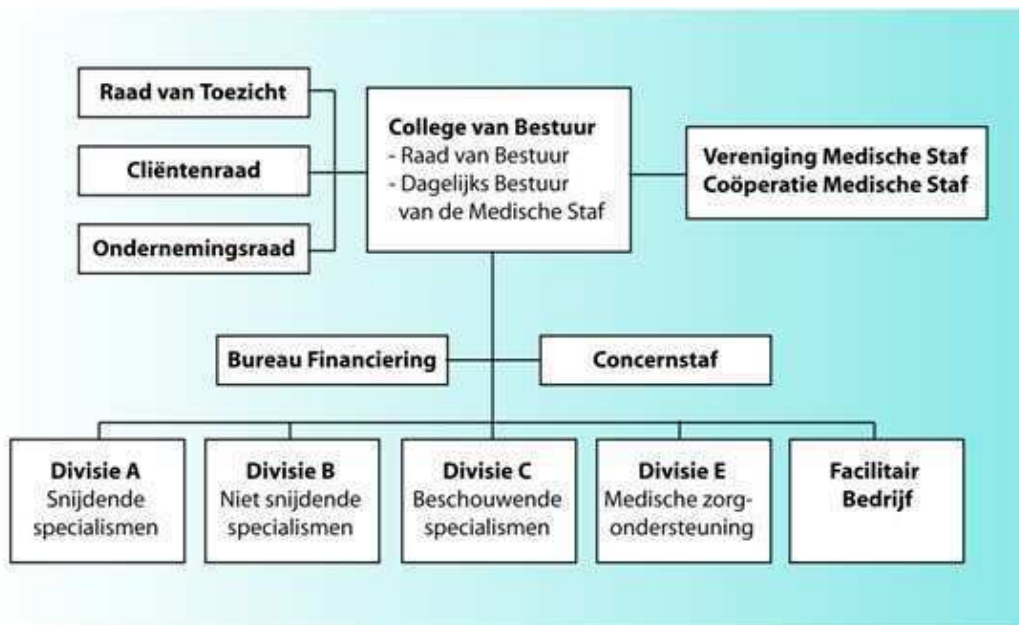
Het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) bestaat sinds 1 januari 1999, na de fusie tussen het Drechtsteden Ziekenhuis en het Merwedeziekenhuis. Voor het ASz werken 200 medisch specialisten, verenigd in een Vereniging Medische Staf (VMS). Deze VMS behartigt de belangen van de medisch specialisten binnen het ASz. Hierbij streeft de VMS naar optimale behandeling en verzorging van de patiënten en het leveren van een bijdrage aan medisch onderzoek.

Het besturingsmodel van het Albert Schweitzer ziekenhuis is een Raad van Toezicht Model. Het Albert Schweitzer ziekenhuis is een Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB). Op bestuurs- en vakgroepniveau komt dit tot uitdrukking in de duale besturing van het concern. Op strategisch niveau zijn de Raad van Bestuur (RvB) en het bestuur van de Vereniging Medische Staf, via het dagelijkse bestuur van deze VMS, verenigd in het College van Bestuur. De afspraken hierover liggen vast in een samenwerkingsovereenkomst. Er is dus sprake van gedeelde macht. Het College van Bestuur is het bestuur van het Albert Schweitzer ziekenhuis. Het College van Bestuur wordt ondersteund door de Concernstaf en het Bureau Financiering (zie organogram). Op strategisch niveau is dus sprake van nevenschikking door samenwerking binnen het College van Bestuur. De communicatie met medisch specialisten verloopt via het College van Bestuur.

De zorg binnen het ASz is ondergebracht in divisies. Drie zorgdivisies omvatten de directe patiëntenzorg, twee divisies de indirecte patiëntenzorg en de zesde divisie omvat het Facilitair Bedrijf (zie organogram). Bureau Financiering en Concernstaf ondersteunen alle zorgdivisies. Een zorgdivisie is niet locatiegebonden en ontplooit activiteiten op alle locaties. Zij is samengesteld uit een of meer vakgroepen. Iedere vakgroep heeft een medisch manager als vertegenwoordiger namens de vakgroepen. Samen met de divisiemanagers vormen zij het duale divisiemanagement (ASz, 2007).

De ketenzorg is goed georganiseerd, samenwerking en communicatie met andere zorgaanbieders verlopen goed. Al voor de behandeling is bekend waar de patiënt zal verblijven na de ziekenhuisopname of behandeling in het ASz. Kwaliteit en techniek zijn randvoorwaarden om goed op in te spelen. Het doel is efficiënter te worden. Door procesgestuurde zorg wordt de doorlooptijd per patiënt aanzienlijk verkort en dat scheelt het ziekenhuis veel tijd en kosten.

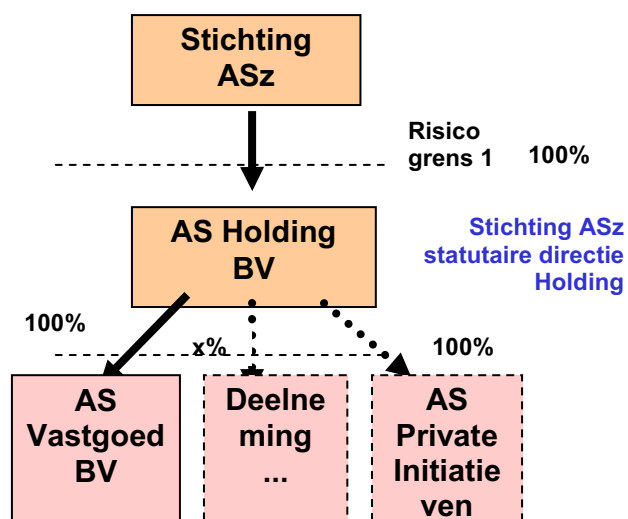
Figuur 6: Organogram ASz:



Bron: www.asz.nl

De versterking van marktwerking in de zorg en de bijbehorende wijziging van de financieringsstructuur (DBC's en vervallen lumpsum) vragen een versterking van de innovatiekracht en het ondernemerschap van het ASz. De Albert Schweitzer Holding dient hiervoor als broedplaats en katalysator (ASz, 2007).

Figuur 7: juridisch organogram ASz:



Bron: Dhr. J. Kingma, ASz.

Dit juridisch overzicht geeft een aanvulling op het (algemene) organogram van het ziekenhuis (De stichting ASz). Onder de vlag van het ziekenhuis is een holding opgezet met verschillende BV's. Het vastgoed van ASz is ondergebracht in een aparte BV, aangezien door de veranderende financieringsregels van de overheid (Wet Toelating Zorginstellingen, WTZi per 1 januari 2006), ziekenhuizen zelf verantwoordelijk zijn voor de bekostiging en de bijbehorende risico's. Een andere holding is de Holding AS private initiatieven, waarin medisch specialisten en derden hun commerciële activiteiten kunnen onderbrengen. In deze holding zijn de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid van de medisch specialist groter. Er wordt gedeeld in de winst, dus de medisch specialist loopt risico. Medisch specialisten horen alle informatie uit eerste hand, zij zijn immers aandeelhouder.

Ook het ASz wordt geconfronteerd met de maatschappelijke ontwikkelingen en de ontwikkelingen in het zorgstelsel, zoals geschetst in hoofdstuk twee. Het ASz is een perifeer ziekenhuis; directe concurrentie met bijvoorbeeld Rotterdamse ziekenhuizen is niet aan de orde. Slechts een kleine groep patiënten, met specifieke klachten gaat de grens over. Er is dus weinig last van zorgshoppen in België.

De huidige discussie wordt beheerst door de financiering van het ziekenhuis. De lumpsum veranderingen voor medisch specialisten en het financieringsvraagstuk over het vastgoed, worden doorgenomen met banken. Het ASz heeft ervoor gekozen zich meer te concentreren op core-activiteiten. De consequentie daarvan is dat (financieel) minder renderende taken eventueel elders kunnen worden ondergebracht.

Het ASz bevindt zich nog in een oriënteringsfase; definitieve keuzes zijn nog niet gemaakt. Wel wordt al gekeken naar de indeling van de zorg binnen het ziekenhuis. Het voornemen ligt er om met RVE's te gaan werken, waarbij een medisch specialist hoofd van de RVE wordt. De instelling hiervan wordt gezien als een tussenstap naar 'de totale' marketingstructuur. Het ASz gaat ervan uit dat door deze tussenstap de medisch specialisten meer gewend raken aan het werken met budgetten en het verkopen van hun product. Door uitbreiding van de functie nemen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden toe.

Opvallend voor het ASz is dat er reeds een structuur is neergezet die kan inspelen op toekomstverwachtingen. Door de invoering van de BV kunnen specialisten al aan het commerciële werk ruiken en de invoering van RVE's wordt hier gezien als tussenstap naar de marketingstructuur, waarbij marketing een nieuw werkterrein voor medisch specialisten is.

Aanbevelingen Glouberman en Mintzberg getoetst voor het ASz:

Het ASz heeft van de onderzochte ziekenhuizen de meeste kenmerken van een organisatie gericht op de vrije markt. Er is al sprake van een (juridische) BV - structuur, waarin de private initiatieven van medisch specialisten en derden ondergebracht zijn. Ook is er een aparte BV waarin het ASz haar onroerend goed heeft ondergebracht, zodat de ziekenhuisstichting straks geen financiële risico's loopt. De inspraak van medisch specialisten is via het College van Bestuur vastgelegd. In dit College van Bestuur zitten, naast de Raad van Bestuur, ook twee leden van het stafbestuur. In gezamenlijk overleg wordt hier het beleid bepaald. De voorbereidingen voor de invoering van RVE's zijn in een vergevorderd stadium. Het ASz kiest ervoor om medisch specialisten aan te stellen als verantwoordelijk manager van een RVE.

Er zijn diverse regionale netwerken waarin het ASz participeert. Via de stichting Drechtzorg biedt het ASz, in samenwerking met andere instanties, een totaalpakket van zorg aan. Het gezondheidscentrum, waar nu aan gebouwd wordt, is een tweede voorbeeld van een (zorg)netwerk waar het ASz in participeert. De kernstafvergaderingen worden door medisch specialisten gezien als de belangrijkste formele manier om onderling te overleggen. Over de informele circuits was geen informatie beschikbaar.

Bij nieuwe private initiatieven wordt altijd eerst advies van de medische staf gevraagd. Dit advies is bepalend. In de BV private initiatieven zijn medisch specialisten ook financieel betrokken en lopen zij dus ook financieel risico. Deze opzet brengt een grotere betrokkenheid van medisch specialisten met zich mee. De medisch specialisten beslissen mee over de kwaliteit en kwantiteit van de aangeboden diensten.

§ 5. Conclusie.

De vergelijking van de onderzochte ziekenhuizen is vooral gericht op de positionering van de medische staf op strategisch niveau, de communicatielijnen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. In onderstaande tabel zijn de resultaten weergegeven.

Tabel 2. Vergelijking ziekenhuizen op basis van Scholten en Van der Grinten:

Ziekenhuis Karakteristiek	MST	MCA	ASz
(Eind) Verantwoordelijkheid	Raad van Bestuur.	Beleidscentrum, Raad van Bestuur eindverantwoordelijk.	College van Bestuur.
Bevoegdheid	Gedeelde macht.	Gedeelde macht.	Gedeelde macht.
Communicatie	Via stafbestuur en (nu nog) clusterhoofden, verandert in RVE- managers.	Via stafbestuur en RVE-managers.	Via College van Bestuur.

Tabel 3. Aanbevelingen Glouberman en Mintzberg per ziekenhuis:

Ziekenhuis Aanbeveling	MST	MCA	ASz
Verhouding Hiërarchie – Markt.	Mix van beiden.	Beiden, richting markt.	Richting markt.
Betrokken leiders / medisch specialist	Via RVE en positie medisch manager is medisch specialist betrokken.	Via RVE is de medisch specialist betrokken	Via RVE en BV is de medisch specialist erg betrokken.
Samenwerkende netwerken	Veel, ook intern. Gericht om cultuur te ondersteunen.	Veel, gericht op STZ en regionale samenwerking.	Regionale netwerken om het totale zorgtraject aan te bieden.

Tijdens het onderzoek is gebleken dat de onderzochte ziekenhuizen evenals de ZGT, enorm in ontwikkeling zijn. Door te focussen op de positie van de medische staf konden de relevante verschillen op strategisch niveau in de organisatie zichtbaar worden gemaakt. Beschreven is eveneens de wijze waarop de ziekenhuizen zijn gekomen tot de door hen gemaakte keuzes. Opvallend hieraan is dat er vanuit het GMSB wel ontwikkelingen te constateren zijn, maar dat er geen eenduidig beleid is. De ene organisatie gaat terug naar RVE's, de andere wijst ze af. Een belangrijke ontwikkeling voor de medische specialisten en hun positie in het ziekenhuis is de toename van het aantal private initiatieven.

Deze nieuwe ontwikkeling heeft gevolgen voor de organisatie van het ziekenhuis en de medisch specialist. Posities veranderen, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zullen eveneens veranderen. In dit onderzoek is deze ontwikkeling wel aangestipt, maar niet meegenomen.

Gezien de aanbevelingen van Glouberman en Mintzberg kan gezegd worden dat het ASz (Dordrecht) de meeste aansluiting heeft gevonden met de toekomstige marktontwikkelingen. De structuur is al zodanig voorbereid dat de uitbreiding van de vrije markt voor het ziekenhuis goed kan worden opgevangen en ondergebracht in de verschillende BV's. De financiering van onroerend goed is reeds binnen een aparte BV ondergebracht.

Het MST (Enschede) legt het accent op het coördinatiemechanisme van gedeelde normen van Glouberman en Mintzberg. Uit eerdere ervaringen binnen het MST is besloten de cultuur tot een van de belangrijkste speerpunten van beleid te maken. Door deze benaderingswijze verwacht het MST onder andere het spanningsveld tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur te verminderen. De betrokkenheid bij de organisatie wordt vergroot door de gedeelde normen.

De ervaringen binnen het MCA (Alkmaar) waren zodanig dat er behoefte bestond aan een meer gestructureerde aanpak en toedeling van verantwoordelijkheden en inspraak. De huidige structuur blijkt daarvoor onvoldoende en heeft teveel besluitvormingsmomenten.

Deze ervaringen versnellen de invoering van RVE's, met aan het hoofd medisch specialisten. Deze keuze brengt met zich mee dat medisch specialisten zullen beschikken over meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden. De verwachting binnen het MCA is dan ook dat deze medisch managers te zijner tijd de positie van de kernstaf zullen innemen.

Hoofdstuk 6.

Conclusies en aanbevelingen.

Conclusies onderzoek:

Geconcludeerd kan worden dat in de afgelopen jaren de medisch specialisten via stafvertegenwoordiging voldoende inspraakmogelijkheden op strategisch niveau hebben gehad in de ontwikkeling van ziekenhuisorganisaties op de middellange termijn. Daartoe zijn in de organisaties via organogrammen en convenanten speciale constructies bedacht om de communicatie, de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van Raad van Bestuur en medische staven te waarborgen. Uit het onderzoek blijkt dat deze structuren aan erosie onderhevig zijn. De in dit onderzoek geschetste ontwikkelingen gaan zo snel dat nagenoeg ieder ziekenhuis interne discussies voert over de toekomst. Daarbij wordt nadrukkelijk gekeken naar de positie van medisch specialisten en hun inspraakmogelijkheden. De onderzochte ziekenhuizen hebben reeds ontwikkelingstrajecten ingezet of doorgemaakt.

Duidelijk is dat de door het nieuwe zorgstelsel ingegeven, toekomstige procesgestuurde zorg, in alle onderzochte ziekenhuizen een belangrijk item was. Geconstateerd kan worden dat ziekenhuizen op verschillende manieren trachten hun organisaties naar deze wijzigingen in te richten. Een belangrijk aspect hierbij is de wijze waarop de medisch specialisten de nieuwe functies zullen invullen.

De centrale vraag is: hoe kunnen medisch specialisten hun inspraak op strategisch niveau behouden en vergroten?

Het antwoord op deze vraag is gesplitst in het behouden en het vergroten van de inspraak.

- Voor het **behouden** van de inspraak is het van belang dat medisch specialisten, via het stafbestuur, inspraak houden op strategisch niveau. Zoals in alle vier ziekenhuizen is gezien, is er een vorm van overleg tussen stafbestuur en Raad van Bestuur. Dit overleg kan verschillende vormen aannemen.

Figuur 8:



Bron: www.zgt.nl (bewerkt).

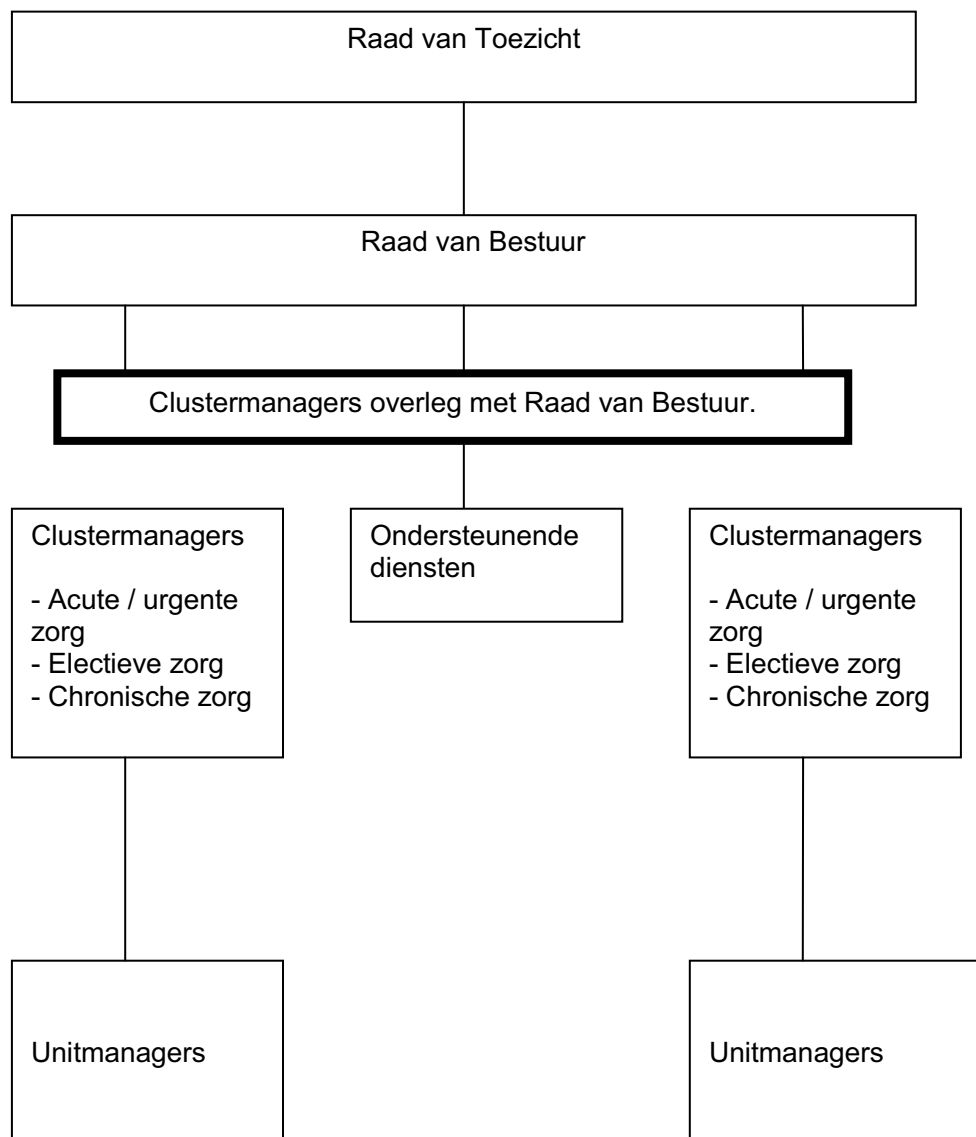
Bovenstaand figuur is een bewerking van het huidige organogram van de ZGT. Omdat de fusie nog niet helemaal is afgerond bestaan nog steeds twee stafbesturen, één per locatie. Voor de communicatie met de Raad van Bestuur is gekozen voor een Interstafraad die beide stafbesturen vertegenwoordigt. In de andere onderzochte ziekenhuizen communiceert het stafbestuur rechtstreeks met de Raad van Bestuur. Hierin is het deel van het organogram te zien waar de relatie tussen Interstafraad en Raad van Bestuur en de daarmee formeel vastgelegde inspraakmogelijkheden op strategisch niveau worden weergegeven. Uit het onderzoek blijkt dat alle organisatieontwikkelingen en –implementaties in de onderzochte ziekenhuizen rekening houden met het behoud van dit inspraakmodel.

- Om de inspraak op strategisch niveau te **vergroten** zal een extra organisatorische inspanning moeten worden verricht. De beschreven ontwikkelingen in hoofdstuk twee leggen een druk op het bestaande inspraakmodel. In de onderzochte ziekenhuizen zal de aandacht voor de coördinatie van de zorg toenemen. Door de ontwikkeling van de RVE's wordt de behoefte aan managers vergroot. Indien het profiel van deze managers uitsluitend gericht is op de bedrijfskundige kant, zal de inspraak van de medisch specialisten automatisch verminderen.

Voor vergroting van inspraak op strategisch niveau, zal via de medische staf een bepalende stem moeten worden uitgebracht over het profiel en de aanstelling van de toekomstige RVE-manager. Dit profiel zal gekenmerkt worden door een medisch-specialistische achtergrond, aangevuld met relevante managementopleidingen.

De inspraak van medisch specialisten zal worden vergroot door een medisch specialist aan te stellen als hoofd van een RVE of cluster.

Figuur 9:



Bron: ZGT 2007-b, bewerkt.

- De praktische inspraakmogelijkheden voor de ZGT op strategisch niveau worden gevoerd door de clustermanagers. Dit overleg is niet in het organogram terug te vinden, waardoor onduidelijkheid ontstaat op welke wijze communicatie en besluitvorming plaatsvinden.

In bovenstaande figuur is deze extra overleglaag toegevoegd. Via het overleg tussen het clustermanagement (de drie clustermanagers van beide locaties) en de Raad van Bestuur, bestaat een mogelijkheid om extra inspraak te krijgen voor medisch specialisten. De consequentie hiervan is dat op de positie van clustermanager een medisch specialist moet worden benoemd. Indien dit doel kan worden bereikt, zal de positie van medisch specialisten op strategisch niveau versterkt worden.

Aanbevelingen ZGT:

In 1998 heeft de fusie tussen de ziekenhuizen van Hengelo en Almelo plaatsgevonden. Deze fusie is nog niet volledig afgerond. Voor de besluitvorming is derhalve van belang dat gewerkt wordt aan de totstandkoming van één medische staf onder de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur.

De ontwikkelingen op het terrein van commerciële activiteiten zullen doorgaan. De ZGT kanaliseert dit via Zorgservices Twente en dit kan verder worden uitgebreid. De ZGT moet ondernemende specialisten stimuleren om commerciële activiteiten te ontplooiën onder regie van de ZGT. Deze specialisten blijven op deze wijze verbonden aan het ziekenhuis waardoor het mes aan twee kanten snijdt.

Voor de ZGT is het duidelijk dat de Interstafraad of een stafbestuur in de toekomstige structuur zal blijven bestaan. Geconcludeerd wordt dat de feitelijke bevoegdheden en verantwoordelijkheden op strategisch niveau van clustermanagers zullen toenemen. Voor het behoud van haar invloed op de strategische keuzes van het ziekenhuis dient de medische staf er voor te zorgen dat zij hier tijdig op inspeelt. Dat kan door medisch specialisten (deels) om te scholen tot manager en hen de rol van clustermanager te laten vervullen. Op deze wijze is maximale inspraak gewaarborgd.

Literatuurlijst.

Boeken:

- C.J. Lammers, A.A.Mijs & W.J. van Noort, organisaties vergelijkenderwijs, 1997.
- M. Weggeman, Leidinggeven aan professionals, 1992.
- K. Meersma & E. Bassant, een kwestie van lange adem, 2006.
- W.B. de Greve, professie en management in de organisatiestructuur van het ziekenhuis, 1979.
- K. Grit & P. Meurs, verschuivende verantwoordelijkheden, 2005.
- J.H. Schaaf, zoektocht naar een effectieve organisatievorm, 2000.
- A. van Raak & A. Paulus, onderzoek doen in de zorg, 2002.
- N.S. Klazinga, Quality management of medical specialist in the Netherlands, 1996.
- G. de Vries & H. Van Tuijl, Gezondheidszorg onder druk, 2006.
- K. Putters, geboeid ondernemen, 2001.
- H. Mintzberg, Structures in fives, designing effective organizations, 1983.
- H. Mintzberg, Mintzberg over Management, 1992.
- E. Babbie, The practice of social research, 1998
- G.King, R. Keohane & S. Verba, Designing social inquiry, 1994.

Artikelen:

- W. Sermeus, De organisatiestructuur voor het ziekenhuis van morgen; acta hospitalia 2001-3.
- GRM Scholten & TED van der Grinten, Medische staf op weg naar partnership? De deelname van medisch specialisten in de besturing van Nederlandse ziekenhuizen; Acta hospitalia 2003-2.
- G. Scholten & B. Hermans, Het Geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf: van baken naar dwaallicht? Medisch contact 2003, nr. 58.
- GRM Scholten, Passende besturingsvormen voor de medisch-specialistische zorg; Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg EUR, April 2001.
- B. de Bakker, Managementparticipatie van artsen in, rond patiëntengroepen gestructureerde ziekenhuizen: strategische trends in modern ziekenhuisbeleid; Acta hospitalita 99-1.

- H. van Lindert, D. Delnoij, P. Groenewegen & S. Holland, Op weg naar een Geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, managementparticipatie van medisch-specialisten in Nederland; Acta hospitalia 99-2
- K. Kruijthof, Medisch specialist in perspectief; proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, Augustus 2003.
- Th. Plochg, N. Klazinga & A. Prof. Dr. A. Casparie, Een 'dubbele' integratie tussen de medische beroepsgroep en de ziekenhuisorganisatie. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, december 1998.
- H. Schimmel, E. Veenstra & B. Durlinger, Ziekenhuisorganisatie, dwangbuis of maatkostuum? ZM 2003-3
- H. Beijer & L. Offringa, Tijd voor een nieuw jasje; Medisch contact 2004 nr. 25.
- H. Beijer, Bestuursbekrachtiging: hoe bestuurt een medisch stafbestuur? Onderzoek in opdracht van ZorgConsult Nederland, Juni 2001.
- Commissie-Biesheuvel. Gedeelde Zorg: Betere Zorg. Rapport van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg. Ministerie van WVC. Rijswijk 1994.
- P.G. De Vries & P.L. Batenburg, de krachten verenigd, in ZM magazine nr 7/8, 2003.
- J.T. Prins, H.B.M. van de Wiel & C.A. Jaspers, kwaliteit van arbeid(sleven) in de zorg, ZM magazine 12, 2003.
- R. van der Avort-Lier, het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf,; puzzelen met samenwerkingsmodaliteiten, 2003.
- S. Glouberman & H. Mintzberg, managing the Care of Health and the Cure of Disease, Part 1, Health Care Management Review, volume 26, 2001.
- S. Glouberman & H. Mintzberg, managing the Care of Health and the Cure of Disease, Part 2, Health Care Management Review, volume 26, 2001.
- Interne documenten Ziekenhuisgroep Twente:
 - Rapport derde fase fusie, 2005.
 - Marktanalyse.
 - Statuten OV-HS.
 - Strategische koers ZGT, 2007-a
 - Notitie Organisatieontwikkeling, 2007-b.
 - Convenant Raad van Bestuur – Medische Staf, 2005.
- Albert Schweitzer ziekenhuis, Jaarverslag 2006.
- Interne documenten Medisch Centrum Alkmaar:
 - Jaarverslag 2006, 2007
 - Beleidsvisie MCA 2006-2008, 2005.

- Interne documenten Medisch Spectrum Twente:
 - Organisatiestructuur deel 1, 2005.
 - Notitie aanpassing organisatiestructuur 2007, 2007-a
 - Kaderbrief 2008, 2007-b.
- N. Staal, Het nieuwe verzekeringsstelsel, een zware bevalling, 2005.
- T. E.D. van der Grinten & J.P. Kasdorp, Choices in Dutch health care mixing strategies and responsibilities, in Health Policy, vol. 50-1.
- G. Scholten & T.E.D. van der Grinten, Organisatie-ontwerpen voor het ziekenhuis; tussen medicus en management, in M&O Magazine vol. 51-6, 1997.
- R. Vroom, Zorg(eloos) managen, 2002, via www.ev.nl
- J. Holland, het einde van de toelatingsovereenkomst, Medisch Contact 2006 nr. 41.
- C.J. Rodenburg, CA Bronkhorst en EPM Werther-Voorrecht, De rol van het stafbestuur anno 2004 en nadien, 2004.
- VVAA, enquête onder medisch specialisten, Zorgvisie magazine 2006)
- M. Dekker, Specialist en ziekenhuisbeleid, Medisch Contact 2003.
- P. Lalkens & J. Piersma, Wie is de baas in het ziekenhuis?, Financieel Dagblad 22 september 2007.

Internet:

- www.zgt.nl
- www.mca.nl
- www.asz.nl
- www.mstwente.nl
- www.zorgvisie.nl
- www.zn.nl
- www.snellerbeter.nl
- www.minvws.nl
- www.nivel.nl
- www.zst.nl
- www.ev.nl

(De websites zijn bezocht in de maanden juni – augustus 2007).