

Wat is er aan de hand in ziekenhuisland

Citation for published version (APA):

Smid, G. (2015). *Wat is er aan de hand in ziekenhuisland: Van professionele autonomie naar gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen*. SIOO.

Document status and date:

Published: 01/01/2015

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

<https://www.ou.nl/taverne-agreement>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 04 Jul. 2022

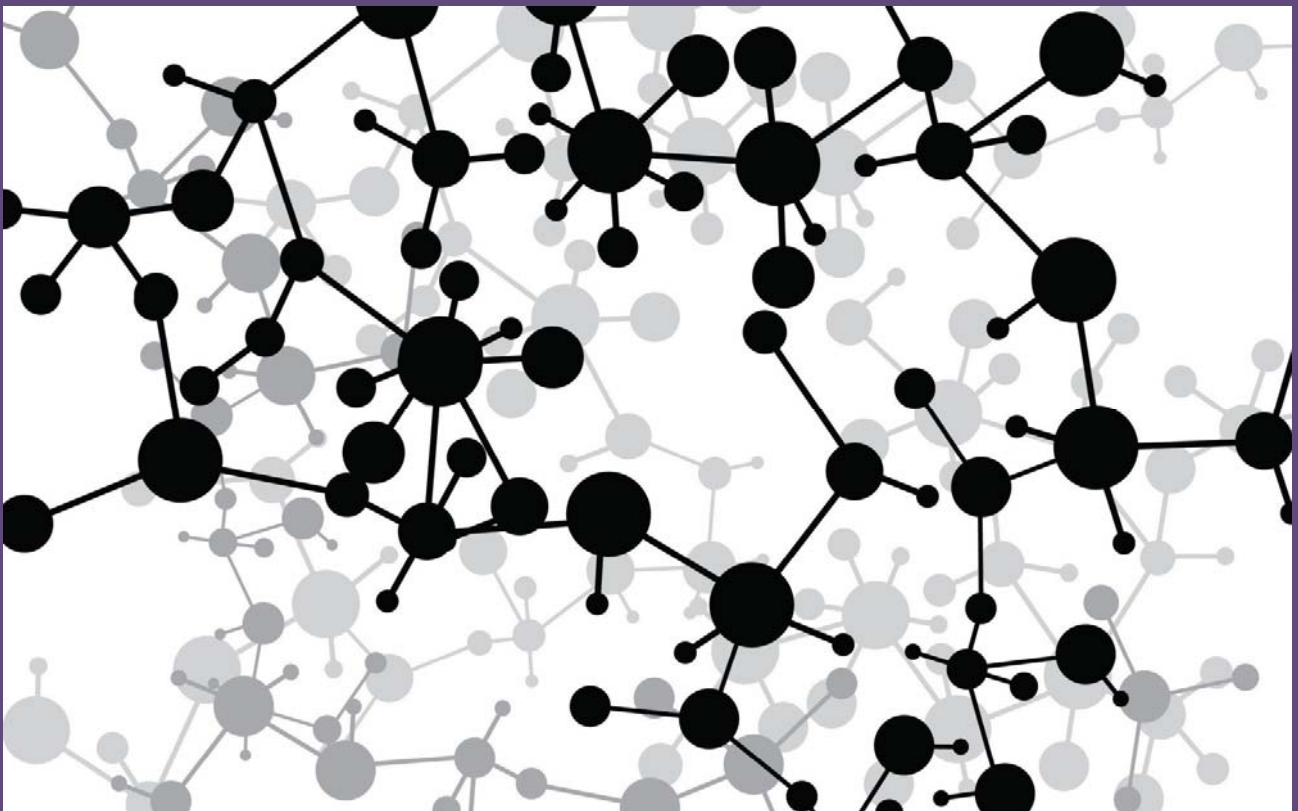
Open Universiteit
www.ou.nl





Wat is er aan de hand in ziekenhuisland

Van professionele autonomie naar gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen



Sioo

Newtonlaan 209, 3584 BH Utrecht

(030) 291 30 00 sioo@sioo.nl

www.sioo.nl

Introductie

Er verandert héél veel in en rond ziekenhuizen. *Wat is er aan de hand?* Een antwoord op deze vraag moeten we in dit veld wel hebben, anders missen we richting en benutten we kansen niet. Die vraag kent echter niet een ondubbelzinnig antwoord. In dit Sioo paper geven we inzichten ter voorbereiding op zo'n antwoord. We verzamelen inzichten vanuit vragen als: Hoe kunnen we kijken naar ziekenhuizen en hun verander- en vernieuwingspogingen? Welke ontwikkelingen zijn gaande? Wat betekenen die voor patiënten, zorgverleners en bestuurders in de ziekenhuizen? Voor welke uitdagingen staan zij?

De afgelopen jaren echode bij het gesprek over deze vragen steeds het antagonisme van markt- versus staatsordening. Velen verwachtten vernieuwing door ruimte voor privaat ondernemerschap. Daar wordt echter voortdurend vakkundig de handrem op gezet, met frustratie en stagnatie als gevolg. Er is maar héél spaarzaam meer ruimte ontstaan. We zitten, kortom, nog steeds in een hybride institutioneel model. Dat leidde eind december 2014 nog tot een (bijna?) kabinetscrisis. Markt versus overheid heeft echter niet onze aandacht in dit paper. We willen het hebben over andere ontwikkelingen, met name over veranderingen in de processen waar zorgverleners te maken hebben met veranderingen bij hun 'klanten'.

We schetsen eerst organisatiekundige aspecten van ziekenhuizen (hoofdstuk 2). Waar is een ziekenhuis eigenlijk voor? Wat betekent het instituut voor burgers, dus potentiële patiënten? Wat maakt dat ziekenhuizen complex zijn? Wat zegt de organisatiekunde daarover? Dan (hoofdstuk 3) bespreken we het werk van artsen en verpleegkundigen, zoals zich dat tot nu toe heeft ontwikkeld. Vervolgens (hoofdstuk 4) bespreken we ontwikkelingen in de omgeving. We stippen politieke, economische, sociale, technologische en ecologische invloeden aan waar een ziekenhuis antwoorden op moet zien te geven. We kijken met nadruk naar belangrijke ontwikkelingen in de bevolking. Op basis hiervan trekken we (hoofdstuk 5) de conclusie dat ziekenhuizen zich ontwikkelen tot regionale zorgplatforms die onderdak bieden aan onderdelen (modules) van zogeheten 'service lines' die dwars door diverse zorgorganisaties heen lopen. Die modules zijn per stuk zeer verschillend, maar moeten het hebben van een uitgekiende 'high tech - high touch' - combinatie. In hoofdstuk 6 maken we de voorlopige balans op. Wat zijn mogelijke ontwikkelstappen? Wat moet er met het werk gebeuren? Welke competenties moeten zorgverleners ontwikkelen om gelijke tred te houden met de verandering onder de patiënten en de veranderingen in het werk? Hoe kunnen bestuurders en managers een ondersteunende rol spelen? In het algemeen geldt dat er verschuiving zal plaatsvinden van professionele autonomie ('*flying solo*') naar gezamenlijke professionele verantwoordelijkheid. Want voor de werkprocessen in ziekenhuizen geldt: '*Way too much airplane to fly solo*'.

1. Ziekenhuizen organisatiekundig bekeken

Iedereen kan uit zijn/haar gewone doen raken. Het eigen vermogen om zelf regie te voeren op de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven, is dan aangetast¹. Menigeen krijgt dan het label: 'ziek'. Dan is er een grote kans dat zij met de medische industrie in aanraking komen. In Nederland betekent dat in eerste instantie: Probeer eerst wat met zelfmedicatie en raadpleeg als dat niet helpt een huisarts. Als het vermogen tot aanpassing en regievoering dan nog niet is hersteld, volgt de gang naar een medisch specialist voor een behandeling van wat nu 'een aandoening' heet. Zo bezien kunnen we iedereen rekenen tot het potentiële klantenbestand van ziekenhuizen, iedereen kan in een 'patiëntenproces' terecht komen om aan een 'aandoening' behandeld te worden. Ziekenhuizen zijn als organisaties bijzonder. We kunnen ze zien als een vorm van geïnstitutionaliseerd professionalisme. De diverse professionals moeten mensen, door een behandeling van een aandoening en het ondersteunen bij herstel, helpen de onzekerheid over hun gezondheid hanteerbaar te maken². Ze zitten als organisatie nogal eens in elkaar als een 'cottage industry', oftewel een bundeling van werkpraktijken van individuele professionals, (nog) niet ontworpen als productieproces. In ziekenhuizen verrichten veel verschillende mensen veel soorten werk, soms behoorlijk los van elkaar, maar soms ook heel nauw op elkaar betrokken. We kunnen ziekenhuizen dan ook beschouwen als 'losjes gekoppelde systemen'. Voor de effecten van het werken in zulke systemen is het goed om het werk van Karl Weick in herinnering te roepen. Dat maakt duidelijk dat leren van en in deze organisaties een opgave is (zie box 1).

Box 1. Karl Weick over losjes gekoppelde systemen

"Mensen in losjes gekoppelde systemen werken op basis van vertrouwen en aannames, vaak geïsoleerd, vinden het moeilijk om vergelijkingen te maken, kunnen niet veel van anderen 'lenen', kunnen niet zo goed imiteren, (...) handelen naar eigen goeddunken, (...) hebben niet zoveel moed omdat zij weten dat ze de wereld niet kunnen veranderen, omdat de oorzaak-gevolg ketens nu eenmaal niet zo in elkaar zitten dat als zij wat doen er elders ook wat gebeurt. Feedback is er vaak niet, of vertraagd, geneutraliseerd, door elkaar gehaald (...). Vergissingen worden vaak geneutraliseerd. Het resultaat daarvan is dat de mensen steeds met probeersels blijven zitten, hun handelen is ontkoppeld van de omgeving en van handelingen van anderen" (naar Karl Weick).

In ziekenhuizen spelen diepe patronen die niet op het eerste gezicht helder zijn. Zo zijn ziekenhuizen ooit beschreven als een kastenmaatschappij (die term kennen we voornamelijk als het over India gaat). Dat duidt op een grote machtsafstand met veel ongeschreven, maar onverbiddelijke regels³. Recentelijk typeren wetenschappers ziekenhuizen als 'complex adaptief systeem'⁴. Voor nu houden we het bij het inzicht dat binnen ziekenhuizen ten minste vier verschillende subculturen of kortweg 'werelden' in werking zijn, namelijk 'cure', 'care', 'control' en 'community'. Elke wereld heeft een eigen oriëntatie en eigen manieren van doen. Differentiatie is troef. Deze verschillen in oriëntatie en manieren van doen zorgen in het speelveld tot middelpuntvliedende krachten, met grote kans op lage integratie en even zo grote kans op fragmentatie⁵ (vgl. figuur 1).

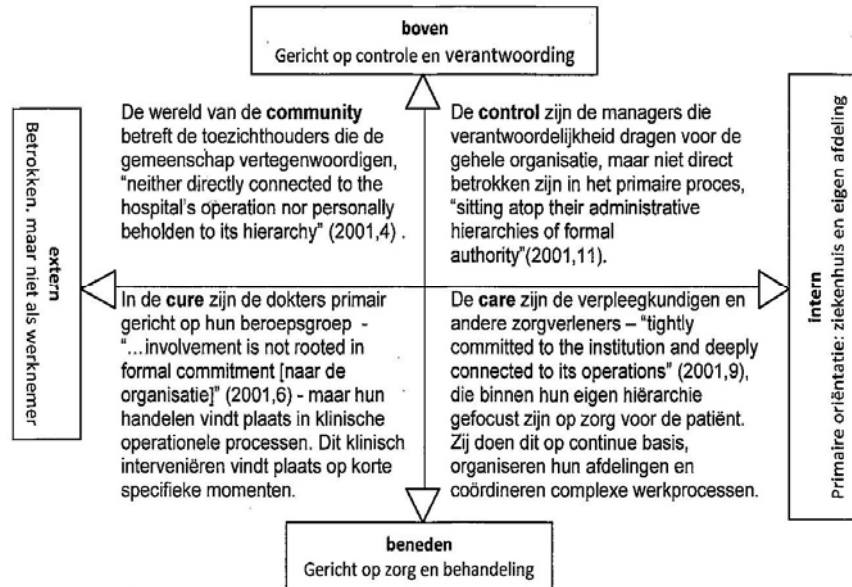
¹ Zie de definitie van gezondheid bij Huber, M. (2014) *'Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* Dissertatie Universiteit van Maastricht, december 2014.

² Zie de definitie van professionalisme: Smid, G. (2012) *Goed werk vraagt om goed besturen. Over professionalisering als hart van besturing van organisaties in de 21e eeuw.* Oratie OU 2012. O.a. als pdf op www.sioo.nl.

³ Lammers, C. (1967) Ziekenhuis als kastenmaatschappij. *Sociologische gids* 1967. 14,67-85).

⁴ McDaniel, R.R., Driebe, D.J. (2001) Complexity science and health care management. In: *Advances in Health Care Management* Vol. 2p. 11- 36 Elsevier 2001.

⁵ Zie: Garman, A., Leach, D., Spector, N. (2006) Worldviews in collision: Conflict and collaboration across professional lines *J. Organiz. Behav.* 27, 829-849 (2006). Ook: Morgan, P. I., & Ogbonna, E. (2008). Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Human Relations*, 61(1), 39-65.



Figuur 1. Subculturen in ziekenhuizen⁶

De verschillende beroepsculturen zorgen binnen ziekenhuizen voor gevarieerde betekenisgeving. Er komen veel signalen uit de omgeving. Dat vergt voortdurend selecteren. Constant is een interpretatiemachine aan het werk. In elke interne 'wereld' worden andere signalen opgepikt en geïnterpreteerd. Iedereen haalt wat anders op. Er is niet één centrum in de organisatie dat selecties maakt, het is geen monocentrisch geheel. In al die selecties en interpretaties met elkaar enige lijn krijgen, is een enorme opgave. Dat maakt ook dat de basisdefinitie van waar een ziekenhuis voor is, in beweging is zonder dat een bepaalde definitie echt dominant wordt. We komen tegen: verzorgen (Caritas), helen (Hippokrates), herstellen, business (New Public Management met haar efficiëncyslagen), servicedenken, ketendenken en aandoeningsgericht organiseren (paden), 'bijdragen aan gezondheidswinst'. Het 'ziekte paradigma' zit overigens nog altijd stevig in het zadel. Door de losse koppeling, het interne krachtenveld en de gevarieerde betekenisgeving, lopen ziekenhuizen bijna per definitie het risico van underperformance. Prestaties op het gebied van patiënt-, medewerkers-, organisatie- en omgevingswaarde en de balans tussen die waardengebieden, blijven achter bij wat zou kunnen. Oftewel: de betekenis voor de patiënt, het functioneren en de tevredenheid van medewerkers, de financiële prestaties en de betekenis voor de omgeving zijn lager dan mogelijk⁷.

Ziekenhuisbestuurders proberen van alles om iets te doen aan die matige prestaties en die matige balans, maar dat valt niet mee. Ziekenhuizen zijn losgeslagen van hun maatschappelijk anker (zie Box 2).

⁶ Ontleend aan het manuscript van het proefschrift van Jeanette Knol, naar Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. Health care management review, 26(1), 56-69. Part II: Integration. Health care management review, 26(1), 70-84.

⁷ Zie o.a. <http://www.pzc.nl/regio/zeeuws-nieuws/dermatologen-van-gerwen-ziekenhuizen-zijn-slecht-in-veranderen-1.4636464>.

Box. 2 Losgeslagen van het maatschappelijke anker⁸

Ziekenhuizen komen, net als woningcorporaties en scholen, voort uit particulier-maatschappelijk initiatief. De verankering in de maatschappij was traditioneel hecht ('ons ziekenhuis'), maar (...) die relatie (is) verzwakt. Dat daar niet een nieuwe verankering en gevoel van eigenaarschap voor in de plaats is gekomen, creëert (...) een groot governance probleem (...). Raden van toezicht zitten in een spagaat, want ze zijn wel verantwoordelijk, maar beperkt bevoegd. Tegelijkertijd neemt hun reputatierisico gevaarlijk toe. Zij zijn onvoldoende verbonden met de (lokale) stakeholders, maar het volgen van regelgeving en het afvinken van compliance-eisen brengt schijnveiligheid.

Het ontbreken van een goede externe verankering en eigenaarschap heeft intern tot gevolg dat het bestuurlijk gezag niet vanzelfsprekend is. Dat maakt coördinatie en integratie tot lastige opgaven op alle niveaus van de organisatie en dat stelt hoge eisen aan bestuurders. Gangbare noties over management en 'aansturen' met op de achtergrond het denken vanuit één centrum en een bevelshiërarchie, werken niet. Organisatiekundig gezien is een mix van theorieën als 'Organisational Culture', 'Viable Systems Model' en 'Complex Adaptive Systems' beter bruikbaar. Heel praktisch uitgedrukt: Kijk naar een ziekenhuis als was het een federatie, of een markt (à la de Albert Cuyt), of een grote verzameling indianenstammen, zoals in het Amazonegebied.

⁸ L. Schoots op een congres in 2013.

2. Ziekenhuizen arbeidskundig bekeken

De organisatiekundige typering geeft aan dat we te maken hebben met een bijzonder type fenomeen. Dat wordt meer inzichtelijk als we ook vanuit een arbeidssociologische invalshoek kijken naar het werk in ziekenhuizen.

Medici: Er zijn zo'n 21 duizend medisch specialisten in Nederland. Van oorsprong verrichten zij individueel ambachtelijk werk (geneeskunde en – kunst). Dat vindt nu vooral plaats in het ziekenhuis. Hun werk wordt opgeschaald. Aanvankelijk gebeurde dat veelal langs de weg van houtje-touwtje-werkprocessen. Die werden nogal eens gevormd rond de dokter. Diens tijd moest optimaal benut en daarmee stond diens inkomen en comfort centraal. Wat dokters vervolgens deden was hun zaak, gelegitimeerd met het leerstuk van de 'professionele autonomie'. Dokters spraken van 'patiëntenaanbod' en lange tijd was een goedgevulde wachtkamer eerder wenselijk dan een probleem.

De medische beroepsgroep kenmerkt zich door verregaande specialisering. Artsen werken hard en lang. Recent onderzoek van de Universiteit van Amsterdam vermeldt lange werkweken (52-55 uur) met werk dat lijkt op ploegendienst, maar dan zonder echt goede roosters⁹. Artsen zien de mensen die zij voor zich krijgen gewoonlijk als 'patiënten', als mensen met een aandoening die zij verholpen willen hebben. De arts kijkt met distantie. In deze kijkwijze is niet per definitie plaats voor een relatie met de personen die in de rol van patiënt binnenkomen. In box 3 is te lezen hoe een neuroloog de functionaliteit van zijn distantie legitimeert.

Box 3. De dokter huilt¹⁰

Een neuroloog aan het woord: *De eerste keer dat het me overkwam schrok ik een beetje. Een jongeman van mijn leeftijd, met dezelfde voornaam als ik, bevond zich al maanden in een minimaal responsieve toestand na een motorongeval. Hij kreeg een pneumonie en op ieders verzoek behandelden we niet met antibiotica, maar gaven morfine tegen de benauwdheid en pijn. Hij overleed, terwijl ik met de familie om het bed stond, 25 jaar oud. Ik voelde de tranen over mijn wangen lopen. Ik schonk er destijds niet teveel aandacht aan. Door naar het volgende klusje. Wat wij artsen doen is eigenlijk een beetje toneelspelen. Mensen die goed kunnen acteren zijn betere artsen. Het is een combinatie van deep-acting en surface-acting, van Meryl Streep en Arnold Schwarzenegger. Wij zijn acteurs die staan te huilen met de familie en vervolgens doorlopen naar de volgende acte.(.....) acteren is even noodzakelijk als onvermijdelijk. Je kan je limbische structuren niet voortdurend overbelasten en alles op jezelf betrekken. Je kan niet, thuisgekomen, iedere avond huilend met je gezin doorbrengen om alle leed van overdag te verwerken. Het moet enigszins luchtig en behapbaar blijven. Het gaat om de balans. Het is meeleven en toch professioneel zijn.*

Distantie is volgens deze arts noodzakelijk om overbelasting te voorkomen. Het is een afweerstrategie. Vaak leidt dit bij artsen tot een niet zo sterk ontwikkelde neiging (of dispositie) om nabijheid en empathie te tonen en oog voor het patiëntproces te hebben. Zij houden het – uit zelfbescherming – graag bij 'onaangedaan aandoeningsgericht werken'.

⁹ Vgl. J. Haafkens in: Aias Newsletter spring 2014 p. 10 Uitgave UvA.

¹⁰ Bron: congresverslag 2012 St. Elisabeth ziekenhuis.

Verpleegkundigen: Verpleegkundigen zien de mensen die zij voor zich krijgen – net als artsen - als patiënt, maar krijgen vanuit hun beroepssocialisatie tegelijk ook de opdracht mee tot naderen, tot nabijheid en empathie. Hun rol in het patiëntenproces is immers niet zozeer de aandoening verhelpen, maar condities te scheppen voor een proces van herstel na het verhelpen van de aandoening. De aanname is dat in verbinding komen met de persoon die in de rol van patiënt verkeert, helpt bij het herstel. Anders gezegd: het komt er op aan met en voor de patiënt een vertrouwenwekkende context te creëren. Er is evidentie dat dit leidt tot stressreductie en dat leidt weer tot meer patiëntveiligheid en spoediger herstel. In verbinding komen vraagt gerichte aandacht en focus. Het vraagt ook om te schakelen van een op collega's gerichte aandacht naar aandacht voor het patiëntproces. Diverse verpleegkundigen meldden¹¹ echter dat deze neiging tot nabijheid en empathie in het eerste jaar van de beroepsuitoefening vrij snel wordt weggedrukt.

Box 4. Het verborgen curriculum in het werk

Verpleegkundigen vertellen in interviews dat ze in de opleiding gevoelig worden gemaakt voor het perspectief van de patiënt en leren empathie te ontwikkelen. In het werkproces leren ze het echter af. In het werk hebben ze het niet over de opgave¹² van de patiënt, ze raken gehard. Ze hebben het niet meer over wat het allemaal betekent voor de patiënt en de familie. Zo worden ze 'cynisten'. Ze hanteren zwartgallige humor en ironie, cynisme gaan overheersen. Het komt voor dat goed getrainde HBO-ers hun relationele kwaliteiten na een half jaar al kwijt zijn.

Al in de eerste beroepsperiode kan de gevoeligheid bij verpleegkundigen voor het patiëntproces rudimentair worden en uitdoven. Wat de beroepsopleiding op school aandraagt leren ze af in het werk. Dit zien we ook in ander instituties¹³. Daarbij spelen diverse factoren, zoals werkdruk en het opslokken van aandacht door computerwerk. Ook speelt groepsdruk. In teams spelen processen van dominantie en onderschikking. Er zijn in het werk ook typische systemische patronen¹⁴. Verder zijn teams vaak niet stabiel, er zijn voortdurend spelerswisselingen en het verband waarin gewerkt wordt, is vaak ook lossier dan bij teams in de klassieke betekenis. Ook het teamleidersniveau is zelden stabiel. De loopbaan van de verpleegkundige is altijd *van het bed af*. Daarmee is de kans dat er een gezaghebbende collega in de buurt blijft die de op het patiëntproces gerichte houding borgt, klein. De resulterende collectieve werkpraktijk is dus eerder gedistantieerd dan gericht op het patiëntproces.

¹¹ Bij een Sioo onderzoek in Tilburg, voorjaar 2014.

¹² Zie voor het begrip 'opgave van de patiënt': Olthuis, G., Prins, C., Smits, M. Van de Pas, H., Bierens, J., Baart, A. (2013) "Matters of concern. A qualitative study of patients' experiences in emergency care", *Annals of Emergency Medicine* 2013/4.

¹³ Smid, G.A.C. e.a. (2000) Naturalistisch Onderzoeken. Aspecten van een onderzoek naar ziekteverzuim in gevangenen. In: Schaufeli, W., et al, *Het meten van werkstress*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum (2000).

¹⁴ Anita Slagter (2014) Goed verzorgd maar slecht gehoord. Een schets van dominante dynamieken die in de zorgsector leiden tot emotionele verwaarlozing van zorgvragers. Gepubliceerd in: *Waardenwerk* 2014.

3. Invloeden uit de omgeving

Er komt veel vanuit de omgeving op de ziekenhuizen af. Een aantal ontwikkelingen beschrijven we in dit hoofdstuk. De politiek bemoeit zich nadrukkelijk met de sector en dat raakt elk ziekenhuis. Politici maken paniek over de stijging van het aandeel van de zorg in het BNP. Voortdurend sleutelt de overheid aan het stelsel. Dat levert een bombardement van beleid op, met dakpaneffecten. De spelregels veranderen steeds.

Box 5. Voortdurend veranderen de spelregels

Bestuurder Peter Langenbach van het JBZ in Den Bosch schrijft in een blog in april 2014: "*Er is geen enkele andere sector die in een periode van tien jaar zoveel stelselwijzigingen of veranderingen in de productstructuur heeft doorgemaakt. (.....)(...) voortdurende verandering van de spelregels. Van de functionele budgettering in 2004, via de marktwerking en vrije prijzen in de vorm van DBC's voor respectievelijk 10% (2005), 20% (2006) en 34% (2008) van de geleverde zorg naar DOT's in 2012 (....) en passant ging het kapitaallaststelsel in 2008 volledig op de schop. Van ziekenhuizen wordt verwacht dat de rente en afschrijving worden terugverdiend in de prijzen die met zorgverzekeraars worden afgesproken*".

De marktomstandigheden veranderen. Na jaren van groei neemt de toestroom van patiënten af. Vanzelfsprekende omzet verdwijnt. De arbeidsmarkt is sterk aan het veranderen. De vrees dat zorgwerk niet aantrekkelijk is voor nieuwe werknemers is nu wat verstomd, maar blijft wel aandacht vragen. Er is grote druk om de explosie van bio-medisch-technische kennis te benutten. Bij sommige artsen en bestuurders is het vertrouwen in nieuwe technologie groot. Push vanuit de industrie leidt tot fikse toename van apparatuur met bijbehorende groei van de kapitaalintensiteit. Er is grote druk om nieuwe informatie- en communicatietechnologie te benutten. Wie daarvoor bezwijkt en aan oude werkprocessen zonder meer ICT toevoegt, is duur uit. Het echt goed benutten van nieuwe technologie lukt nog maar matig. Er is ook push vanuit de consulting sector. Die geeft bedrijfskundige technieken van de afgelopen vijftig jaar een nieuwe verpakking en biedt die in de ziekenhuizen aan. Diverse adviesbureaus, de inspectie, verzekeraars, maar ook universiteiten en niet te vergeten het Ministerie van WVS spelen mee in dit spel. Bestuurskundigen en managementwetenschappers brengen nieuwe manieren van denken in, betrekken posities en willen wat te zeggen hebben. De buitenwereld stelt steeds meer eisen op het gebied van duurzaamheid, ook intern klinkt die roep.

En de laatste: Patiënten zijn mondiger. Ze zouden beter geïnformeerd zijn en misschien ook wel gemiddeld gezonder. Ze stellen zich als veeleisende consument op en worden soms agressief. Soms wordt dit heel heftig, zoals bij de grote morele verontwaardiging over wachtlijsten rond 2002. Er is meer aan de hand. Nu al hebben 5,3 miljoen Nederlanders een chronische aandoening, zoals astma, overgewicht of diabetes. Het aantal 75+ ouderen neemt toe. Juist deze categorie is gebruiker van ziekenhuiszorg. Zij lopen grote risico's in ziekenhuizen: delier (acute verwardheid), vallen, ondervoeding. Een onderzoekster van de Tilburg University¹⁵ meldde dat 30 tot 60% van de patiënten in deze leeftijdsgroep blijvend functieverlies heeft na opname in een ziekenhuis. Dat functieverlies staat lós van de aandoening waar zij voor zijn behandeld! De verwachting is verder dat over 25 jaar 50% van de patiënten ouder dan 65 jaar zal zijn. Uit haar onderzoek is af te leiden, dat opname in een ziekenhuis voor de oudere patiënten héél veel onzekerheid en veel risico met zich meebrengt. Menig oudere leeft al in een wankel evenwicht, pech met de gezondheid ontwricht dit evenwicht duurzaam. Vaak begrijpen ouderen lang niet alles van de medische en verpleegkundige handelingen. Ze maken voortdurend verhalen aan om betekenis te geven aan de voor hen moeilijk te vatten situatie, die hen per definitie controleverlies oplevert (wat stresseert). Ze voelen zich vaak bezwaard om nadere informatie te vragen, ze zijn zeer bezorgd om het imago dat ze opbouwen bij de mensen van wie ze zich afhankelijk voelen. Vaak kunnen ze ook niet weer gewoon terug naar de situatie waar ze uitkomen.

¹⁵ Hanneke van der Meide, op een studieavond op 24 maart 2014 in het St Elisabeth Ziekenhuis Tilburg.

4. Wat doen ziekenhuizen met deze invloeden?

Lang trokken ziekenhuizen zich niet veel aan van externe invloeden. Ze hadden een monopoliepositie. Scherpste op omgevingsinvloeden en 'klanten' was voor ziekenhuizen niet echt nodig. Klanten hadden feitelijk geen keuze, want ze waren maximaal afhankelijk, maar die tijd is echt voorbij. De instroom van patiënten stukt. De noodzaak van 'De klant willen hebben' begint door te dringen (vgl. box 6), want zonder patiënten bestaat geen ziekenhuis.

Box 6. Heb je de klant?¹⁶

'Heb je de klant' is een slagzin in de werktaal van de financiële dienstverlening. Men zegt daar: Ik 'heb de klant' of 'het is mijn klant'. Dat geldt voor de volgende situatie: 1. Jij (*de dienstverlener*) bent hun (*de klant*) eerste keuze. 2. Ze vragen jou te helpen hun problemen op te lossen. 3. Ze delen vertrouwelijke informatie met je. 4. Ze praten over hun plannen. 5. Ze accepteren je advies, ideeën en kritiek. 6. Ze betrekken je vroeg in hun beslissingen. 7. Ze bespreken opties met je. 8. Ze geven je vanzelf feedback. 9. Ze bevelen je aan bij anderen, ze willen dat jij slaagt = dat jij succesvol bent. 10. Ze vertrouwen erop dat jij in hun belang handelt.

Ziekenhuizen staan natuurlijk niet stil, gezien op de lange termijn, maar of eerdere veranderingen geïnspireerd waren door het klantbelang is de vraag. Wat waren de veranderingen op de lange termijn?

De gasthuizen van weleer met zalen met patiënten en verpleegkundigen - vaak religieuzen - en dokters die vanuit hun eigen praktijk kwamen 'binnenvliegen', veranderden in huizen met een medische en een verpleegkundige dienst. Die huizen veranderden weer in geïntegreerd medisch specialistisch bedrijven en 'kantelden' naar de patiënten. Die zien we nu veranderen in een kennisgebaseerde zorgpraktijk¹⁷, aandoeningsgericht georganiseerd in plaats van discipline-gewijs¹⁸. Daarmee worden ziekenhuizen steeds meer tot een platform voor behandelcentra (modules) die onderdeel zijn van service lines (zorgsporen) midden in regionale zorgnetwerken. Alles wat elders beter en goedkoper kan worden georganiseerd, gaat weg uit het dure huis. De toeloop naar de behandelcentra wordt via preventie beïnvloed. De besturing van het zorgnetwerk vindt niet alleen plaats vanuit de bestuurskamer van het ziekenhuis, maar ook op een 'hoger' niveau waarbij veel meer spelers in een regio zijn betrokken (zie box 5). Het motief: Goede zorg verlenen in een regio.

Box 7. Een voorbeeld van de platform benadering¹⁹

In een workshop van de SBZ leergang schetst een bestuurder van een klein regionaal ziekenhuis zijn opgave. Hij heeft te maken met een grote broer in de regio: een UMC. Via portfolioplanning en de platformbenadering komt hij tot een ziekenhuis dat rendabel is, goede diensten kan verlenen aan patiënten en waar het leuk werken is. Hij heeft nieuwbouw gerealiseerd en daarbij vele lessen benut die hij leerde bij Orbis MC. 60% van de activiteiten in het ziekenhuis is van het ziekenhuis zelf, 20% wordt gedaan door het UMC en nog eens 20% door een gespecialiseerde kliniek. De stichting waar zijn ziekenhuis onder valt, bepaalt wel het dienstverleningsconcept. Door deze strategie heeft deze stichting nu een breed portfolio: een ziekenhuis, verpleeg- en verzorgingshuizen, GGZ (joint venture met GGZ) en alle vormen van thuiszorg.

In zo'n behandelcentrum komen patiënten in hoofdzaak voor het raadplegen van een arts en om behandeld te worden. Aan nagenoeg elke handeling van een arts zit ook werk van anderen vast: verpleegkundig, administratief en medisch ondersteunend en paramedisch werk. Het werk in zo'n centrum wordt arbeidsdeliger, sneller, strakker gekoppeld, kortcyclischer; patiënten verblijven korter. De onderlinge afhankelijkheid van artsen en verpleegkundigen neemt toe. De Wet BIG maakt verantwoordelijkheden en bevoegdheden wel duidelijker, maar met

¹⁶ Naar een presentatie van George Bernaert, gebaseerd op S. van der Merwe (1996) *Transforming to 'own' customers*. Wiley, London.

¹⁷ Maccoby, M. (2007). *The Leaders We Need: And What Makes Us Follow*. H 7: Leaders for Health Care.

¹⁸ Vgl. M. Porter en T. Lee (2014) Waarde als overkoepelend doel. De strategie om de zorg weer gezond te maken. In: *Management Executive* nr. 1, 2014. Ook Porter & Lee (2013) *The strategy that will fix health care*. HBR oktober 2013.

¹⁹ Ruud Verreussel, RvB lid van Pantein - Maasziekenhuis in Boxmeer.

een juridische regeling is het alledaagse verkeer nog niet op orde. De grotere onderlinge afhankelijkheid stelt hoge eisen aan onderlinge afstemming, dat is een gezamenlijke professionele verantwoordelijkheid. Het moet in één keer goed; werk wordt wat dat betreft riskanter. Er zijn naadloze overgangen nodig net als in andere organisaties die foutloos moeten werken. Alle patiënten hebben immers baat bij een goede behandeling en vervolgens een minstens zo goed vervolg dat bijdraagt aan goed herstel, steeds met aandacht voor risico's op bijvoorbeeld delier of decubitus, met klinische aandacht, goede verzorging, relationele aandacht, slimme transfer, minimale wachttijden. Laat de onderbreking van het gewone doen snel ten einde komen! Dat vraagt om stabiele werkpatronen binnen en tussen organisaties, waarin de relationele bekwaamheid goed is ontwikkeld. Hoe hoger het risico, hoe meer vertrouwen nodig is. Dat vereist onderling vertrouwenwekkend gedrag en dat wil zeggen: *sterk relationeel gedrag*, goed zijn in consulteren, steun aanbieden, inspireren, maar ook onderhandelen!

Het afstemmen van gedrag van zorgverleners op het verhoogde risico bij patiënten verdient meer aandacht. Ziekenhuisopname kan zeer stresserend zijn, voor iedereen en ook voor ouderen, zeker de 75+. De uitdaging is om die stress te reduceren. Stressreductie werkt positief op het herstelproces en gaat vallen en functieverlies tegen. Bij een bezoek aan het Bronson Hospital in Kalamazoo Michigan USA zeiden ze: *Wat goed is voor ouderen is goed voor iedereen*. Richard van Enk, daar als medisch microbioloog verantwoordelijk voor het hele gebied van de patiëntveiligheid, vertelde dat het gebouw en de werkwijze in de zorgprocessen geheel ontworpen en ingericht zijn vanuit het idee van stressreductie²⁰. Het gedragsrepertoire van personeel is met het oog daarop geheel gescript (zie box 8).

Box 8. Scripting²¹

The idea of script brings a metaphor and imagery for understanding human *encounters as social and learned interactions*. The concept was first introduced by sociologists John H. Gagnon and William Simon. Their idea highlights three levels of scripting: the cultural/historical, the social/interactive and the personal/intra-psychic²². I am only referring to the social/interactive level and only a bit to the personal level, because I use the concept to focus on interpersonal precision. The idea of a scripts is not unknown in health. Gail Boylan, former chief nursing officer of Baptist Health Care, Pensacola, Fla., was never a believer in scripting. She disliked giving trainees word-for-word recitations to use in face-to-face conversations with patients. Until she made a field trip to a sister institution in Chicago. She discovered that instructing aides and nurses, even janitors, to say "*Is there anything else I can do while I'm here? I have time to help you,*" decreased patient calls to nursing stations by 40 percent. Now Gail is as strong a believer in interpersonal precision as she is in, say, intravenous accuracy²³.

De opdracht is dus: realiseer in het interpersoonlijke vlak net zoveel precisie als de precisie die nodig is om intraveneus te gaan! Stress vergroot de kans op vallen. Als een patiënt valt, keert in de USA een verzekeraar niet uit. Het opzetten van een aparte afdeling geriatrie of deze verandering als 'psychosociale problematiek' door te schuiven naar de afdeling maatschappelijk werk (zoals op de University of Virginia²⁴) of naar medische psychologie, gaat niet werken. Daar is de trend te algemeen en te groot voor.

De nieuwe rol van ziekenhuizen vraagt dus om andere manieren van werken en besturen. Hoe ziet de ontwikkelagenda eruit voor medici, verpleegkundigen managers en bestuurders?

²⁰ Zie: Sadler, B.L., DuBose, J., and Zimring, C. (2009) "The business case for building better hospitals through evidence-based design." *Health Environments Research and Design Journal* 1.3 (2008): 22-39.

²¹ Bron: *Principles for Research in Health Organizations; An interview with Gerhard Smid by Pieterbas Lalleman (Utrecht University of applied Sciences)* Zie: <https://vimeo.com/104610093>.

²² Zie: Gagnon, J.H. en Simon, W. (1973) *Sexual Conduct* http://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_script.

²³ [source: <http://50.63.221.144/article/behavioral-repertoire>].

²⁴ <http://uvahealth.com/blog/2013/03/19/coping-with-stress-in-the-hospital-social-workers-at-uva>.

5. De uitdaging

Veranderingen in het werk binnen ziekenhuizen stellen nieuwe eisen aan het gedrag van artsen en verpleegkundigen. De belangrijke veranderingen bij de 'klanten' - de patiënten - maken een andere procesinrichting en ander gedrag noodzakelijk. Het proces van de patiënt en diens gang door het werkproces moet waar mogelijk 'seamless' zijn. Het eerder beschreven gedistantieerde gedrag van zorgverleners past daar niet altijd goed bij. Menigeen practiseert bovendien, soms niet-functionele, gewoonten ten opzichte van elkaar. Recente studies over werk van medici en verpleegkundigen benadrukken het belang van 'relationele coördinatie'²⁵. Eerder in dit paper gaven we al aanduidingen voor een nieuw gedragsrepertoire, zoals 'high touch', relationeel sterk, vertrouwenwekkend. Hierna gebruiken we de termen *relationele scherpte* of *precisie*, ontleend aan het verhaal dat we in box 8 vertelden. Ook komen beide beroepsgroepen onherroepelijk terecht in wat Noordegraaf 'organized professionalism' noemt²⁶. Zorgverleners kunnen zich niet langer opstellen als op zichzelf staande vakbeoefenaren, ze zijn óók lid van een organisatie en moeten daarnaar handelen.

De uitdaging voor artsen, verpleegkundigen en anderen is om het samenspel in een nieuwe fase te brengen en ook de omgang met patiënten te veranderen. Een gedragsrepertoire waarin relationele precisie vooropstaat wordt belangrijk. Het gaat om precisie in de relatie tussen arts, c.q. verpleegkundige met de patiënt en diens familie, precisie in de onderlinge werkrelaties én precisie in het contact met management en bestuur. Ook zijn nieuwe betekenis gevende werkkaders (frames) nodig. Allemaal kennen we het frame *'Werk hard, focus op je taak om een professioneel oordeel te vellen inzake een patiënt, doe de verantwoorde ingreep/verantwoorde zorghandeling, laat anderen zich er niet mee bemoeien'*. Dit frame heet 'professionele autonomie'. Gaat dit frame zorgen voor een goed samenspel? Wij denken dat we aan de vooravond staan van een beweging waarin het idee 'professionele autonomie' zich doorontwikkelt naar 'gezamenlijke professionele verantwoordelijkheid'.

Het is tijd dat vooraanstaande medici en verpleegkundigen samen opstaan en zeggen: Onze beroepspraktijk is drastisch in verandering. Ziekenhuis en beroepsverenigingen help ons goede patiëntgerichte werkpatronen te ontwikkelen. Laat bestuurders en managers deze oproep honoreren en ook de structuur waar nodig veranderen. Als relationele precisie vereist is, dan moet die tenminste niet gehinderd worden door de inrichting en voortgang (en bijvoorbeeld de ICT ondersteuning) van de werkprocessen, of door de verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Bij voorkeur moeten het ontwerp van de werkprocessen en de verantwoordelijkheden en bevoegdheden het benodigde gedrag faciliteren.

Ook is het zaak dat bestuurders op organisatieniveau betekenis gevende principes aanreiken die coördinatie bevorderen van allerlei ogenschijnlijk onsamenvattende activiteiten die elk voor zich effect hebben op de werkprocessen van de professionals en daarmee op het proces dat patiënten doormaken²⁷. Bij elkaar komt dit paper uit op een 'streefbeeld'²⁸ van goede patiëntgerichte werkprocessen, vakmatige en relationele accuratesse, zorgprofessionals die in onderlinge relaties sterk zijn, goede (processen voor) werkondersteuning, heldere verantwoordelijkheden en bevoegdheden en sturen op betekenis. Dit streefbeeld is verre van compleet, we moeten het aanscherpen in discussie.

²⁵ Zie. Lanham, H.J. (2013) - A Complexity Science Perspective of Organizational Behavior in Clinical Microsystems - In: Handbook of Systems and Complexity in Health, 2013 - Springer.

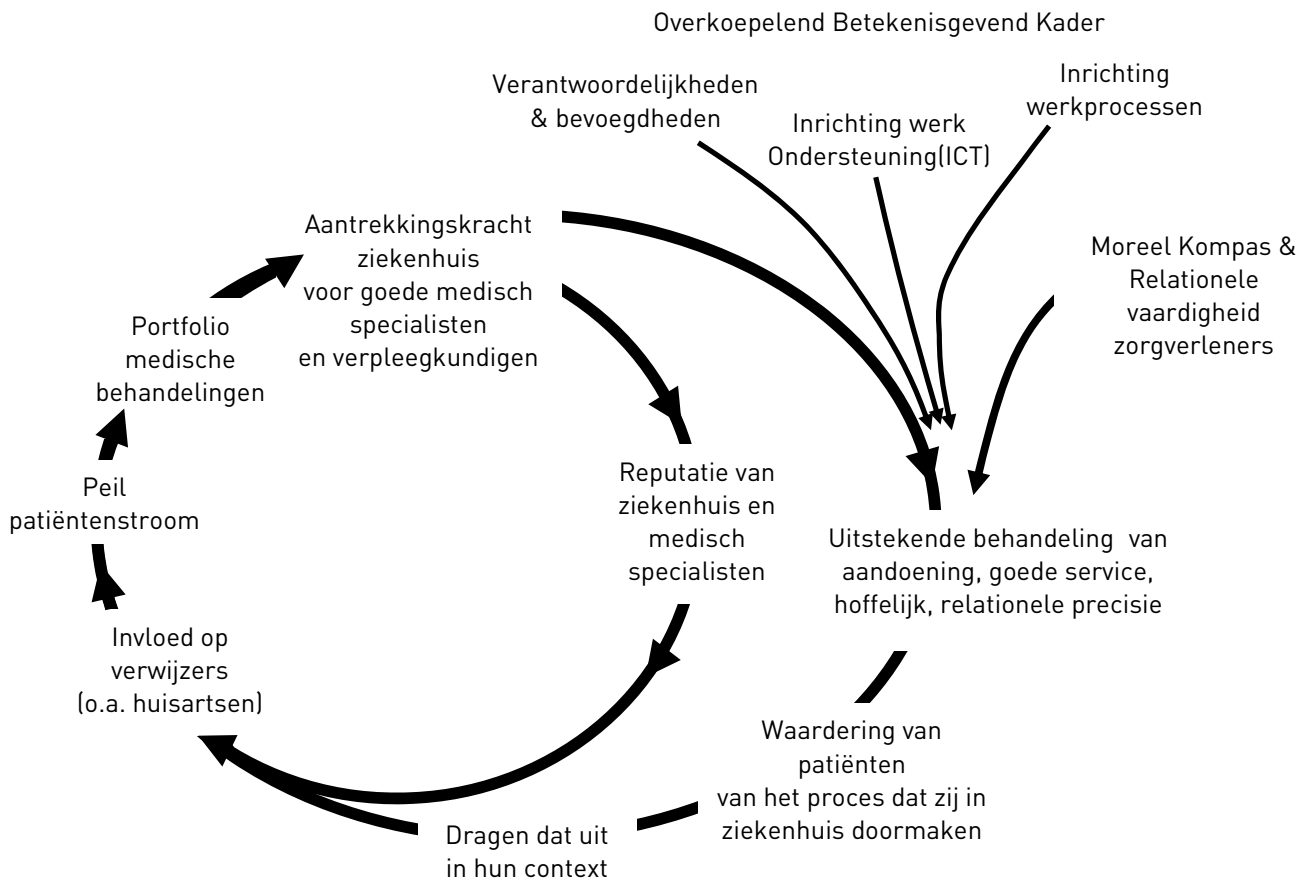
²⁶ Noordegraaf, M.(2011) - Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues Organization Studies 32(10) 1349-1371.

²⁷ De Zoete, R.P., Smid, G.A.C, Bernaert G.F. (2009) Innovatie, leidbeeld, lange adem en andere lessen. Naar een handelingsrepertoire voor de transitie naar een klantgerichte omgeving - Hoofdstuk 15 in: Van Es, R., Boonstra, J. en Tours, H. - Cultuurverandering, mythe en realiteit. Praktijken, verhalen en reflecties. Deventer, Kluwer, 2009. Ook in: Tijdschrift M&O jg. 63.

²⁸ Zie voor het begrip streefbeeld: Smid, G.A.C. (2001) Professionals Opleiden. Over het ontwerpen van competentiegericht vervolgonderwijs voor hoger opgeleiden. Schoonhoven, Academic Service.

Dat is niet een discussie over 'nice to have', er spelen ook zakelijke overwegingen. Die overwegingen worden duidelijk als we naar het volgende beeld kijken, een zogeheten causal loop diagram (figuur 2).

Figuur 2. Causal Loop Diagram



Het diagram begint links bij de vaststelling dat patiënten aan de deur van het ziekenhuis géén natuurverschijnsel meer zijn. Ze kunnen bijna altijd ook ergens anders heen. Het 'hebben van je klant' wordt cruciaal. Met een stabiel peil van de instroom van patiënten is het portfolio van behandelingen in een ziekenhuis op peil te houden (lees: bij te weinig patiënten minder modules en minder specialisten). Een breed portfolio van behandelingen maakt het ziekenhuis tot een aantrekkelijke plek voor medisch specialisten en voor ambitieuze verpleegkundigen. Goed personeel draagt bij aan de reputatie van het huis en zorgt er mede voor dat verwijzers (huisartsen) patiënten doorverwijzen. Goed personeel is een voorwaarde voor goede behandeling en dat is een noodzakelijke (maar niet voldoende) voorwaarde voor een positieve waardering van patiënten, die dat weer doorvertellen. Die positieve waardering is echter ook afhankelijk van goede service, hoffelijkheid en relationele precisie, waar ook een goed ontwikkeld moreel kompas bij komt kijken²⁹. Zulk goed werk is alleen mogelijk in goed ingerichte werkprocessen met nauwgezet passende andere ondersteunende processen. De grote uitdaging bij dit alles is het creëren van een gedeeld overkoepelend betekenisgevend kader.

²⁹ Vergelijk de drie E's van Howard Gardner: Excellence, Engagement en Ethics. Zie ook het boek 'De patiënt is terug van weggeweest' (werktitel) onder redactie van Vosman en Baart. Verschijnt voorjaar 2015.

Samenvatting

De afgelopen jaren echode in de wereld van ziekenhuizen steeds het antagonisme markt - versus staatsordening. Velen verwachtten vernieuwing door ruimte voor privaat ondernemerschap en het aantrekken van durfkapitaal. Daar zet de politiek echter vakkundig de handrem op. We zitten kortom nog steeds in een hybride model. Voor een buitenstaander is het niet te overzien hoeveel actoren zich met ziekenhuizen bemoeien. Politici, beleidsmakers, verzekeraars en veranderaars, ze zitten vooral buiten de ziekenhuizen en sleutelen aan wetgeving, financiering, besturing, organisatieontwerp. Dat doen zij steeds vanuit eigen redeneringen over wat goed is. De interventies werken door tot in het dagelijkse werk van alle betrokkenen met zowel positieve als negatieve gevolgen. Binnen ziekenhuizen gedragen bestuurders, managers, artsen en verpleegkundigen zich niet als objecten van verandering. Net als iedereen willen zij wel veranderen, maar niet veranderd worden. Ze beïnvloeden het externe beleidsspel. En intern pakken zij de handschoen op, dicht bij hun dagelijkse werk. Vanuit werk, met eigen taal en vanuit eigen ideeën over wat goed geven ze vorm aan vernieuwing. Soms overschrijdt die de grenzen van maatschap, team of eenheid. Er ontstaat beweging in het hele ziekenhuis en/of in de keten. Als we beter kijken, dan zien we dat a) instroom van patiënten geen vanzelfsprekendheid meer is en b) de instroom kwalitatief diepgaand verandert. Oorzaken zijn veroudering en door toename van chronische ziekten.

De huidige manier van werken en organiseren in ziekenhuispraktijk met professionele autonomie als uitgangspunt kan deze tendensen niet goed aan. Er zijn veranderingen nodig, dat weten velen. Het gaat om meer dan alleen technologische verbeteringen. High Tech vraagt juist ook om High Touch. Dat lijkt een versleten zin, maar die is nu juist van toepassing. In dit paper laten we zien dat het voor de gezondheid van een ziekenhuis (dat wil zeggen voor een ziekenhuis dat patiënten uitstekend bedient, een aangename werkplek is voor professionals, financieel gezond is en een goede plek in de samenleving bezet) essentieel is om de vinger aan de pols van de patiëntenstroom te houden.

Nodig zijn:

- ophouden met te denken over een ziekenhuis als een stand alone organisatie;
- een nauwkeurige inrichting van processen tot ver voorbij de eigen voor- en achterdeur;
- een werkstijl van professionals die uitstekende medisch-technische behandeling combineert met goede service, hoffelijkheid en relationele precisie;
- ophouden met het beroep op professionele autonomie, maar juist gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen,
- ICT gebaseerde ondersteuning die werk faciliteert in plaats van frustreert;
- regeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden die werk faciliteert in plaats van frustreert;
- besturen via betekenisgeving.

Dank aan Leo Schoots, Jeanette Knol, Pieterbas Lalleman, Yolande Witman, Andries Baart, Frans Vosman, onderzoekers van de Tilburg University, docenten en deelnemers van de leergangen Succesvol Besturen van Ziekenhuizen, het programma Zorgeenheden aan Zet (Franciscus ziekenhuis) én medewerkers van het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg.