

Liefde voor het werk in tijden van management.

Toen Dr. Desmet me enkele weken geleden vroeg om aan dit symposium mee te werken heb ik daar nogal gemakkelijk ja op geantwoord. Misschien wat té vlug want bij nader inzien is dit een onderwerp dat mij, ons, niet erg goed ligt. Wanneer u me vraagt om een voordracht te geven over de recente behandeling van hypertensie of het myocardinfarct dan kan ik me baseren op een massa literatuur, er zijn goed gevalideerde criteria om die literatuur kritisch te analyseren, er zijn tal van gerandomiseerde studies waaruit we besluiten kunnen trekken, en vanaf dat ogenblik ontstaat er een standaard, een richtlijn waaraan je je ook best kan houden, behoudens stevige argumenten om dat niet te doen.

Voor het onderwerp van vandaag ligt de zaak heel wat moeilijker. Na alles wat ik over dit onderwerp gelezen heb kan ik inderdaad alleen maar vaststellen dat er geen evidence based managementregels bestaan en dat heel dit onderwerp redelijk arbitrair benaderd wordt. Of maakt dit het integendeel net veel gemakkelijker? Iedere mening is er immers een.

Zelfs over de definitie van management wordt van mening verschild; indien je de termen leadership of definition of leadership of hospital management googelt krijg je tientallen tot honderden miljoenen hits.

Bovendien mag u veronderstellen dat artsen, als de zelfstandige ondernemers zoals we ons zelf voelen, sowieso al een intrinsieke hekel aan management hebben. Jan met de pet volgt zijn leiders klakkeloos zei Johan Anthierens ooit, maar dit geldt waarschijnlijk niet voor artsen in een ziekenhuis - en gelukkig maar.

Want wat nog erger dan dat het management redelijk arbitrair is, is dat het bovendien ook erg vrijblijvend is.

In mijn carrière van 25 jaar maak ik nu mijn zesde ziekenhuisdirecteur mee. Gelukkig hebben we nu een goeie, daar niet van, maar zij komen en gaan, vermoedelijk telkens met een mooie afscheidspremie, maar de artsen en verpleegkundigen blijven in 95% der gevallen wel in hetzelfde ziekenhuis werken en draaien als enigen op voor de

gevolgen van de eventuele debacles die anderen hebben aangericht, en alleen zij worden rechtstreeks geconfronteerd met het gebrek aan continuïteit in het beleid.

Ik wijs er terloops op dat de enige vorm van benchmarking voor het management die in het deel B1 van het Budget van Financiële Middelen bestond, enkele jaren geleden werd afgeschaft, en ik kan u wel vertellen dat dat niet op vraag van de artsen was.

Hebben we dan wel behoefte aan managers?

Het zou nogal erg populistisch zijn om daar negatief op te antwoorden. De toenemende regelgeving door de overheid, de complexe wetgeving, niet alleen op medisch gebied maar ook i.v.m. bijvoorbeeld de afvalverwerking, de bouwwerken, de arbeidswetgeving, enz., maakt dat de vraag stellen in feite gelijk staat met ze te beantwoorden.

Zoals sommigen onder u heb ik het beruchte artikel 9 uit de ziekenhuisfinanciering nog meegemaakt, wat er op neer kwam dat het ziekenhuis beter gefinancierd werd naarmate het meer facturen indiende. Een uitnodiging dus om zo weinig mogelijk te managen, en een methode die uiteindelijk heel het systeem zowat deed kapseizen. Daarna volgde gedurende vele jaren een moratorium waardoor de grootverbruikers dit mochten blijven doen, en de anderen gedurende jaren het water aan de lippen hadden staan. Naarmate de financiering meer en meer gebaseerd wordt op pathologie neemt de nood aan management, niet in het minst medisch management, ook toe.

Er is me gevraagd om het stramien dat door Dr. Desmet werd vooropgesteld te volgen en mijn visie te geven op de knelpunten die hij in zijn open brief en in zijn recente boek heeft aangehaald, zijnde: de opeenvolging van de vele veranderingen; het geïnstitutionaliseerde wantrouwen en het toenemende 'big brother' gevoel; de toename van de middelpuntvliedende krachten t.o.v. van de patiënt; en ontmoedigende contradicties.

Ik probeer:

De opeenvolging van vele veranderingen

Ik ga er mee akkoord dat het ziekenhuislandschap in zijn geheel en de interne organisatie per ziekenhuis continu veranderen maar ik vrees dat dit onvermijdelijk is en zo zal blijven.

De medische kennis evolueert exponentieel, en brengt onvermijdelijk ook organisatorische veranderingen mee. De nieuwe aanpak van het acute myocardinfarct heeft heel wat organisatorische implicaties i.v.m. het oprichten van B1, B2, B3-centra; nieuwe technieken maken plots ambulante verzorging mogelijk, enz.

Dr. Desmet haalt 2 concrete voorbeelden aan, **fusie, informatica**.

Wij zijn al 15-20 jaar voorstander van fusie tot middelgrote ziekenhuizen, wij vertellen al zolang aan de collega's dat de kleinste ziekenhuizen het alsmear moeilijker gaan krijgen om te overleven, dat schaalvergroting vaak onvermijdelijk is en dat ze zich daarop best tijdig voorbereiden. Intussen is het ziekenhuislandschap inderdaad al sterk in die richting geëvolueerd. En dat fusies met veel veranderingen en spanningen gepaard gaan kan ik alleen maar bevestigen, we zijn net zelf aan de tweede op 10 jaar tijd begonnen. In grote mate is dit soort veranderingen dus onvermijdelijk of zelfs wenselijk. Maar...

Nadat er al heel wat fusies gerealiseerd zijn, blijkt nu dat sommige beheerders absoluut de grootste willen hebben. En als dat het streven wordt dan loopt het gegarandeerd mis. Vijftien jaar geleden publiceerde Prof. Van Herck uit Leuven een studie waarin hij aantoonde dat, toen, de optimale grootte van een ziekenhuis rond de 450 bedden lag. Daarboven leken de ziekenhuizen de controle over hun kosten en hun performantie te verliezen.

Hoewel schaalvergroting op medisch gebied ook wel voordelen kent zoals voor het invullen van de wachtdiensten, de permanenties, en superspecialisatie, begint er ook op medisch gebied een en ander te haperen. Soms zijn de nadelen dezelfde als de voordelen, bv. superspecialisatie is niet altijd even gelukkig, en er is ook het simpele feit dat je veel collega's, vele verpleegkundigen eenvoudig niet meer persoonlijk kent; dat je dagelijks mensen ziet rondlopen waarvan je geen flauw vermoeden hebt wat hun functie precies is.

Ik hoef niet in het grootste ziekenhuis te werken, ik zou wel graag in het beste werken.

In verband met informatica geldt voor mij min of meer hetzelfde. Ook die is onvermijdelijk en ik denk zelfs dat onze informatisering op korte tijd best nog een bijkomende boost kan gebruiken, en dat die zeker een belangrijke rol kan spelen in kwaliteitsverbetering. En ja, het is jammer dat een al wat oudere verpleegkundige die de digi-taal minder goed beheerst maar wel goede zorg aan het bed levert, hierdoor dreigt ontmoedigd te geraken. Maar ook hier is er geen weg terug. Om deze mensen niet te verliezen is uiteraard voldoende begeleiding noodzakelijk en ik denk dat die er vaak ook wel is, maar wat wraakroepend is, is dat men ons geregeld opzadelt met gebrekkige software, met onooglijke interfaces, met talrijke bugs en crashes, en wanneer een pilootdienst dan besluit dat het project absoluut niet rijp is voor prime time dan wordt het de volgende weken toch zonder meer over gans het ziekenhuis ‘uitgerold’, zoals dat in managerstaal heet.

U merkt het, ik oefen het jargon.

We zien een alsmaar groeiend middenkader waarvoor men vaak de beste verpleegkundigen van de werkvloer weghaalt, terwijl de bezetting er nu al ondermaats is. Is er elke dag een verandering, of zijn er elke dag evenveel veranderingen? Neen, maar iedere dag zijn er wel evenveel, ten minste evenveel, kaderleden die zich ergens moeten mee bezig houden. Managers en kader besteden een groot deel van hun tijd met mekaar.

Geloofst iemand nu ernstig dat er van al dat kantelen al ooit een patiënt beter geworden is? Overigens binnen tien jaar komt er een nieuwe die opnieuw wil kantelen en dan staat de zaak terug zoals ze voordien stond.

In bedrijven of in scholen hoor ik van vrienden of van mijn echtgenote overigens dezelfde verhalen. Agogen allerhande, nog groen achter de oren, komen leerkrachten met 20-30 jaar ervaring even vertellen hoe ze het vanaf nu anders moeten aanpakken.

Al even wraakroepend is het te pas en te onpas laten opdraven van consulenten allerhande.

Mooi ingebonden rapporten, blinkend papier, grote letters, veel spaties en grafieken, om te vertellen wat iedereen die effectief in het ziekenhuis werkt al lang wist, en aan een prijs waarvoor je veel verpleegkundigen een mooie bonus had kunnen geven.

Ik denk dat veranderingen zowel door artsen als verpleegkundigen gemakkelijk aanvaard worden als we ze als zinvol ervaren, als we er nut kunnen van verwachten, maar bespaar ons alstublieft de gebakken lucht, de verandering om de verandering.

Is er een geïnstitutionaliseerd wantrouwen en een toenemend ‘big brother’ gevoel?

Ja en neen.

Als artsen zijn wij -in tegenstelling tot de managers- aan heel wat controles en registraties onderworpen maar die gaan in hoofdzaak uit van de overheid, niet van het management. Ik hoor weinig klachten over directe inmenging van het management in het medisch handelen, al zal men mogelijk wel proberen om de productie te optimaliseren. Het management is vaak wel verplicht om overheidsopdrachten gewoon door te geven aan de professionals, denk aan MKG of MVG. We kunnen wel vloeken op die MKG, maar als men kwaliteit wil vergelijken of een billijker financiering wil realiseren dan is een correcte pathologieregistratie een conditio sine qua non. Het budget van financiële middelen, de klinische biologie, de medische beeldvorming, het geneesmiddelenbudget, de referentiebedragen, binnenkort ook nog de reanimatieprestaties: voor elk van deze onderdelen is een goede MKG-registratie onontbeerlijk.

De vraag blijft echter al jaren of de MKG's wel voldoende sluitend gecontroleerd worden. Als de controle op de registratie te wensen overlaat dan zal de output ervan, de financiering, ook niet correct verlopen. En dan roept de registratie zelf ook meer en meer weerstand op. Ik wens daarom in dit geval zelfs meer controle vanwege de overheid.

De MVG-registratie is in mijn ogen een volledige miskleun. Het is een regelrecht schandaal hoeveel tijd hieraan verprutst wordt. Volgens een mededeling van Zorgnet Vlaanderen zou dit overeenkomen met 800 voltijdse equivalenten of een uitgave van 54 miljoen euro. Stel u voor!

Ik begrijp niet goed dat beheerders en verpleegkundigen dit blijven tolereren.

De Vlaamse overheid doet er dan vaak nog een schepje bovenop door dezelfde gegevens nog eens op een wat andere manier op te vragen. Ik herinner me het antwoord van een vroegere minister van Welzijn op de vraag wat ze met deze gegevens eigenlijk deed: “Voorlopig alleen stockeren in containers want ik heb niet genoeg ambtenaren om ze te analyseren. “

Het gebrek aan verpleegkundigen is een dagelijkse bekommernis. Sedert onze nieuwe dienst intensieve zorg een viertal jaren geleden verbouwd werd hebben we nog geen enkele dag alle operationele bedden kunnen gebruiken bij gebrek aan verpleegkundig personeel en bijna dagelijks moeten shifts worden aangevuld met interims wat soms ok is maar soms ook kwalitatief te wensen overlaat. Dan wordt de vraag naar overbodige registratie of registratie waar men niets mee aanvangt, lichtelijk misdadig.

We moeten durven toegeven dat niet alle collega's zich even professioneel opstellen. Dat ons medisch werk zelf geëvalueerd wordt daar heb ik ook geen probleem mee op voorwaarde natuurlijk dat dit op een ernstige manier gebeurt door daarvoor deskundige personen, en dat zijn in dit geval niet de managers, hoewel die zich er vanuit het standpunt van de patiënt net zo betrokken kunnen bij voelen. Standaarden en protocollen ervaar ik niet zoals Dr. Desmet aanhaalt, als controlemiddel of als belastend, integendeel, bij exploderende kennis beschouw ik ze als een enorm hulpmiddel.

Ik geef u nog een voorbeeld dat me helder voor de geest staat en dat ik in de Multipartite vanop de eerste rij heb meegemaakt. België was ondanks al jarenlang bekende en EB-ondersteunde richtlijnen, ondanks herhaalde nationale oproepen, de slechtste leerling van de Europese klas in verband met het profylactisch toedienen van antibiotica bij heelkundige ingrepen. Uiteindelijk heeft minister Vandenbroucke deze profylactische antibiotica geforfaitariseerd en binnen het jaar waren we de beste leerling van de klas en kon 500

miljoen BF bespaard worden. Betere kwaliteit voor minder geld. Ik vind het nog altijd beschamend dat we als corps zelf niet dergelijke beslissingen kunnen nemen, integendeel, sommigen hebben zelfs hemel en aarde verzet om die forfaitarisering tegen te houden. Dus met die controle valt het in mijn ogen nogal mee.

Toename van de middelpuntvliedende krachten t.o.v. van de patiënt.

Ontmoedigende contradicties.

Ik denk dat ik bij de bespreking van de vorige 2 stellingen hierop al voldoende ben ingegaan, elk van de punten en voorbeelden die Dr. Desmet in zijn brief aanhaalt herken ik, maak ik zelf dagelijks mee. Een patiënt komt naar het ziekenhuis voor een bepaalde arts in wie hij zijn vertrouwen legt en of hij tevreden buiten gaat hangt in hoge mate af van de verpleegkundige zorg die hij gekregen heeft. Dat is de core business, al de rest is bijzaak, niet onbelangrijk, zeker niet, maar bijzaak.

Ik ben niet te beroerd om ook nog wat voor eigen deur te vegen: Zoals ik al zei gedragen niet alle professionals zich steeds even professioneel. Maar ten opzichte van een slecht presterende collega verkiezen we vaak om ons te verschuilen achter de rug van het management om een pijnlijk gesprek te voeren of een pijnlijke beslissing te nemen. Maar als we niet in staat zijn om zelf te sturen dan zullen we natuurlijk gestuurd worden.

Werken in een ziekenhuis veronderstelt voor mij een engagement. We zien echter de laatste jaren dat het engagement van de artsen in het ziekenhuis terug afneemt. Raadplegingen en ingrepen in een privépraktijk zijn financieel interessanter dan dezelfde verstrekkingen in het ziekenhuis waar de kosten veel hoger zijn en er nog allerlei afdrachten bijkomen.

Is het overigens nog normaal dat artsen de nieuwbouw van een ziekenhuis mee moeten afschrijven, er vervolgens huur moeten betalen, en wanneer ze op pensioen gaan of verongelukken er geen euro aan overhouden?

De shift van activiteit wordt duidelijk.

Meer en meer horen we klachten van toenemende wachttijden in de polikliniek terwijl het steeds mogelijk is om op zeer korte termijn in

de privépraktijk gezien te worden. Wanneer men uit het ziekenhuis is is men ook minder beschikbaar voor de opvang van onverwachte gebeurtenissen op de verpleegafdeling. De ligduur wordt daardoor langer dan wat hij zou kunnen zijn, het aantal verantwoorde bedden neemt af. Dure toestellen die in de industrie 24 uur op 24 zouden draaien blijven onderbenut. De financiële gevolgen worden meer en meer ten laste gelegd van degenen die hun activiteit niet kunnen verplaatsen, de onderlinge spanningen nemen toe. Kandidaturen voor de medische raad worden meer en meer geïnspireerd door corporatistische motieven eerder dan door zijn wettelijk opgelegde prioritaire opdrachten.

In ons nieuwe fusieziekenhuis met nu meer dan 300 artsen, werden recent kandidaten gevraagd voor een aantal nieuwe commissies: boden zich aan voor het MFC: 3 kandidaten, voor het Comité Ziekenhuishygiëne: 3.

Intussen beklagen beheerders zich geregeld over het voortbestaan van het zogenaamde duale model. Het is niet genoeg dat de afhoudingen zijn wat ze zijn, het is ook vervelend dat ze telkens moeten gevraagd worden. De twee artsensyndicaten zijn het over niet veel onderwerpen eens maar integratie van de artsen bewerkstelligen door de honoraria onder te brengen in het budget van financiële middelen van het ziekenhuis, zal over ons dead body zijn. Ik denk integendeel dat de duale piste in de huidige omstandigheden net een zegen is: checks en balances. Zonder die scheiding zouden zeer snel nog meer middelen wegvloeien naar randactiviteiten en zou de vlucht uit het ziekenhuis nog toenemen. Om de shift geleidelijk om te keren pleiten wij er sterk voor om de ziekenhuisraadplegingen op te waarderen. We worden daarin vooralsnog door het meerderheidssyndicaat niet gevolgd.

Als men dan toch van de duale structuur af wil dan geef ik ter overweging dat de artsen het ziekenhuis ook zouden kunnen overnemen, er een aandeel in hebben, en er werken er binnen de door de overheid opgelegde spelregels. Voor het dagelijkse beleid kunnen ze dan beroep doen op managers waarvan ze de dienstverlening inkopen. De balans zou dan terug meer in evenwicht komen en het engagement dat we nu zien afkalven zou terug toenemen.

Ik besluit:

Vele problemen die door Dr. Desmet werden opgeworpen worden door vele zorgverstrekkers herkend, maar sommige zijn onvermijdelijk, we zullen er moeten mee leven en er het beste van maken.

Zonder degelijk management kan een modern ziekenhuis niet functioneren en degelijk management mag ook beloond worden. Maar omdat er geen juiste regels voor goed management bestaan, omdat er geen ijkpunten zijn, en geen responsabilisering, is er bij het management enige nood aan bescheidenheid en aan wat men in de filosofie praktische wijsheid noemt.

In het bijzonder de verkoop van gebakken lucht jaagt artsen maar in toenemende mate ook de verpleegkundigen, de gordijnen in. In de plaats van grote managementtheorieën en gekantel zien wij bv. liever een betere bewegwijzering in het ziekenhuis.

Veel van wat ons stoort is het gevolg van wat de overheid oplegt zonder dat het management daar veel kan aan doen.

Ik heb er natuurlijk enig begrip voor dat de onderfinanciering bestaat maar daarvoor is de overheid het aanspreekpunt, niet de artsen. Indien men dit miskent dan zal het engagement verder afbrokkelen en de performantie van het ziekenhuis en de kwaliteit van de zorg er hoe langer hoe meer onder lijden.

Dr. Robert Rutsaert
ASGB