

Gevraagd: geschikte zorgondernemers

De opkomst van Zelfstandige Behandelcentra bevestigt dat nieuwe organisatievormen aantrekkelijk zijn voor medisch specialisten. Een ZBC biedt overzicht en gelegenheid om snel en efficiënt te werken, met veel aandacht voor selectieve patiëntengroepen. Iets dat in de ogen van de medisch specialist in een ziekenhuis niet te evenaren is. Van binnenuit veranderen is voor veel ziekenhuizen kennelijk moeilijker dan gedacht. Dr. Liliane Hopstaken onderzoekt hoe dat komt en legde haar bevindingen vast in het masteronderzoek Ontluikend ondernemerschap - Zicht op ziekenhuiszorg, op weg naar ondernemen. Voor VOZ Magazine schreef ze een korte versie.

door Dr. Liliane Hopstaken MA

Tijdens een ziekenhuisbezoek wees ik mijn zoon op de afdeling Spoedeisende Hulp met: "Daar is de eerste hulp". Hij reageerde meteen met: "Waar is dan de tweede hulp?" Ik moest lachen, omdat beelden van knie-, heup-, en steenstraten, mammapoli's, ZBC's en dergelijke door mijn hoofd flitsten. Hoewel de tweedelijnszorg geleidelijk aan opnieuw wordt ingericht, valt op dat daadwerkelijke vraaggestuurde zorg en het organiseren van zorgprocessen rondom klantbehoeften en -wensen kennelijk toch meer voeten in de aarde hebben dan je van de inhoudelijke verandering van zorgprocessen op zichzelf zou verwachten. Is de verandernoodzaak nog te gering of ontbreekt het aan de juiste competenties en is van binnenuit veranderen een moeizaam proces? Stimuleren van ondernemerschap werpt nog maar weinig vruchten af; belemmeringen blijven lang van kracht. In een casestudy - een topklinisch ziekenhuis - heb ik geprobeerd om meer zicht te krijgen op deze achterliggende processen. Ruim tien medisch specialisten,

een even grote groep van bestuurders en managers en een delegatie van de cliëntenraad zijn geïnterviewd om een beeld te krijgen van wat zij onder ondernemen verstaan. Centraal stond de vraag welke factoren in de organisatie en welke in de persoon van zorgprofessionals of bestuurders bijdragen aan ondernemerschap, met als doel het verbeteren van de patiëntenzorg.

Waarom ondernemen?

Ruim twintig jaar geleden zag de overheid in dat de toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorg in het gedrang kwamen, omdat de zorgbehoefte en innovatiekosten bleven stijgen. De gedachte was om via marktwerking de vraag en behoefte van de patiënt leidend te maken, in plaats van aanbodsturing. Reagerend op deze vraag en het ontstaan van concurrentie moet een betaalbaar, evenwichtig zorgstelsel ontstaan, waarvoor de veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn. De overheid heeft



Dr. Liliane Hopstaken

deze beweging in gang gezet met gedeeltelijke liberalisering en gereguleerde marktwerking, om zich vervolgens verder terug te trekken en de verantwoordelijkheid aan de hand van een toezichhoudende rol in te vullen. Wetgeving is de afgelopen jaren aangepast om deze ontwikkelingen te ondersteunen.

Toch komt ondernemen in de zorg moeizaam uit de verf. In VOZ Magazine werd eerder gesproken over dreigende Haagse wolken, die zorgondernemers er nogal eens van weerhouden om ideeën in daden om te zetten. Maar wat verstaat eenieder onder 'ondernemen' en wat ligt daaraan ten grondslag?

Kakofonie en verwarring

Ondernemen betekent eigenlijk dat iemand zelfstandig, voor eigen rekening en risico werkt. Vraag je echter aan genoemde spelers in een ziekenhuis wat zij onder ondernemen in ziekenhuiszorg verstaan, dan ontstaat een kakofonie. De diversiteit aan antwoorden is enorm. De invalshoeken zijn met name:

- politiek (overheidsregels, besluitvorming, ziekenhuis dat meerwaarde zoekt)
- maatschappelijk (kwaliteit, belangen, waarden)
- bedrijfsmatig (beleid- en budgetcyclus, efficiënt, organisatievorm, besturingsfilosofie)
- marktgericht (klantgericht, concurrentie, prijs)

Deze duw- en trekkrachten geven aan dat verschillende stakeholders langs elkaar heen

praten door verwarring over inzichten en doelen. Wil een partij sturen op bedrijfsmatigheid, dan werkt dit juist averechts op marktgerichtheid (productie- versus consumentgedreven). Deze dimensies lopen in de huidige discussie door elkaar heen. Ondernemen wordt daarmee een 'wicked problem', een verwarrend, duivels geheel. Juist door te doen, door te ondernemen, leren mensen hoe om te gaan met de verwarring. Overigens las ik in de trein eens over ondernemerschap, waarop een buurman mij aanstootte en vertelde dat hij zelf ondernemer was, direct daaraan toevoegend: "en ondernemers lezen niet..."

Walk the talk

De trage ontwikkelingen benadrukken dat 'van binnenuit veranderen' in ziekenhuizen moeizaam verloopt. De mate van betrokkenheid is ook afhankelijk van bekendheid met de mogelijkheden en onvermijdelijke risico's van ondernemen. Mensen voelen zich nog aangesproken bij de ontwikkeling van een vocabulaire en begrippenkader (learn and understand the talk), maar haken af wanneer implementatie en actief toe-eigenen van ondernemerschap aan de orde zijn (speak and walk the talk).

Een feit is zo langzaam wel dat niet-ondernemen in deze tijden van marktwerking meer risico met zich meebrengt dan het aangaan van ondernemersrisico's (Van Harten en Schuring, 2003). De opkomst van Zelfstandige Behandelcentra (in aantal tussen 2005 en 2007 meer dan verdubbeld) bevestigt dat deze nieuwe organisatievormen aantrekkelijke omgevingen zijn voor medisch specialisten, die daar meestal in deeltijd actief zijn, naast de patiëntenzorg in ziekenhuizen, met name interessant voor de complexe zorg en de eigen professionele ontwikkeling. Een ZBC biedt overzicht en de gelegenheid om snel en efficiënt te werken, met veel aandacht voor de selectieve patiëntengroepen. Iets dat in de ogen van de medisch specialist in een ziekenhuis niet te evenaren is.

Ondernemen als middel, betere zorg als doel. Uit literatuuronderzoek blijkt dat drie elementen betekenis geven aan ondernemen: proactiviteit, innovatie en risico nemen. In de casestudy scoorde de groep medisch specialisten hoger op deze drie elementen dan de groep bestuurders en managers. Ook bleek de eigen inschatting van de groep bestuurders/managers op vooral de mate van risico

nemen een grote overschatting ten opzichte van het oordeel van de medisch specialisten. Hoewel een bestuurder met een oneliner stelde: "ondernemen is risico nemen," illustreert dit de discrepantie tussen woord en daad en de fase waarin de ontwikkeling van aanbodnaar vraaggestuurde zorgverlening verkeert. In het algemeen is het zelfoordeel van zowel bestuurders/managers als medisch specialisten

"Vooral proactief en innovatief handelen zijn van invloed op de ziekenhuisprestaties, met name op de zorgkwaliteit"

dat men net onder- of net bovengemiddeld scoort op innovatief, proactief of risiconemend gedrag. Vooral de eerste twee kenmerken, proactief en innovatief handelen, zijn van invloed op de ziekenhuisprestaties, met name op de zorgkwaliteit.

Om de kluwen aan krachten te ontfaffen is aan de hand van een model nagegaan wat oorzaken en gevolgen zijn van deze drie ondernemende dimensies. Marktwerking en ondernemerschap zijn middelen, geen doelen. Uiteindelijk gaat het om de prestaties. Gekeken is daarom ook naar de relatie tussen ondernemen en zorgproductie en -kwaliteit.

Wat maakt een ziekenhuis tot onderneming?

Een ziekenhuis begeeft zich in een complex krachtenveld. Interne en externe stakeholders oefenen invloeden uit op het ziekenhuis en andersom. Er is een passief bewustzijn van deze externe en ook interne belangenvelden, geen bewuste beïnvloeding van deze - veelal zinderende - belangen. Hoewel een enkeling meldde dat "de gordijnen langzaam open gaan" en externe gerichtheid toeneemt, ontbreekt het aan stakeholdermanagement. Deze competentie is in ondernemingen in een marktgeving gemeengoed, omdat nagenoeg altijd rekenschap moet worden afgelegd over 'public affair management' aan stakeholders of shareholders, zoals klanten, investeerders, partners, en dergelijke. Het hybride karakter van een ziekenhuis (winst met publieke middelen) creëert dilemma's, maar ook de klassieke kolommenscheiding tussen organisatie en professional of zelfstandig gevestigde specialist

vormt een broeiplaats voor non-productiviteit en conflicten. Het bolwerk is gespleten en ook gesloten. Relevant is dan de observatie van een respondent dat "de professionals het zullen moeten doen." Stakeholdermanagement zal één van de onderscheidende dimensies zijn in een concurrerende omgeving, waar allerlei partijen met elkaar de vraagsturing realiseren. De stem van de patiënten is hierin toonaangevend. Deze zijn echter nog niet gewend om te denken in termen van alternatieven. Zij moeten hierin worden gecoacht, om het woord emancipatie niet te gebruiken. Wat uit analyses van 'eerste polikliniekbezoeken' van deze casestudy bleek, is dat meer dan de helft van de oudere patiënten niet één, maar meer dan twee specialismen per jaar consulteert. Dit legt de uitdaging bij de zorgaanbieders: hoe organiseer je vraaggestuurde zorg, met de patiënt dan ook echt centraal en niet quasi-centraal.

Bolwerk of netwerk

Discussies komen nu van de grond tussen ziekenhuisbesturen en medisch specialisten over de - voor hen - best werkende, organisatievormen. Hoe en met wie kan de zorg dan het best worden georganiseerd? Een vraag die minder aan de orde is, maar wel tot de kritische succesfactoren behoort: welke kwaliteiten horen daarbij?

Kwaliteiten van de organisatie, van invloed op ondernemend gedrag, zijn:

- bestuurlijke kracht ('board activism');
- leiderschapsstijl die inhaakt op intrinsieke motieven en niet bureaucratisch, controlerend op extrinsieke motivatie stuurt;
- ondersteunend, voorwaarts voedend managementinformatiesysteem;
- ruimte voor eigen beslissingen (discretionaire ruimte), van belang voor innovatief gedrag.



Deze organisatiekenmerken zijn in de ogen van de informanten benedengemiddeld aanwezig. Opvallend was dat meerdere medisch specialisten wezen op de noodzaak van gekwalificeerd en getalenteerd personeel en de schreeuwende behoefte hierin hun eigen beleid te kunnen bepalen. Een team kunnen samenstellen in eigen beheer, bijvoorbeeld door de beste mensen - van baliepersoneel tot arts - via stages en opleidingsplaatsen te werven, wordt als cruciaal HR-instrument gezien voor een goed functionerend zorgteam. Schrijnend is dan dat soms al gewerkt wordt met goede krachten, die door centralistisch en bureaucratisch HRM-beleid niet behouden kunnen blijven. Vanuit bestuurdersoptiek is gesteld dat een van de meerwaarden van het ziekenhuis juist schuilt in het kunnen beschikken over voldoende en goed personeel. In de praktijk zijn deze belangen niet gelijk geschakeld en lijken het vooral de regels, traagheid en gebrek aan eigen regelruimte die frustreren. Nodig zijn een krachtig meervoudig bestuur, een ondersteunende organisatie en goede instrumenten in combinatie met weinig regels.

Zijn deze kwaliteiten, snel genoeg, te ontwikkelen en wat moet daarvoor gebeuren?

Drs. Willem van der Ham, voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten zegt daarover: "Tijden veranderen. Ziekenhuizen moeten ook veranderen. En misschien kunnen ze dat wel." Hij schetst het beeld van de verdeeldheid van het veld: van de topreferentie zorg tot en met de pure basiszorg. Deze verschillende typen zorg brengen een geheel andere werkwijze en cultuur met zich mee. Bij topreferentie zorg ligt het accent meer op innovatie van de zorg en ontwikkeling van de dokters en bepaalt het multidisciplinaire karakter de organisatie en cultuur. In de basisziekenhuizen heerst niet diezelfde geest. Wat betreft de actualiteit rondom het IJsselmeerziekenhuis schat Van der Ham dat de ziekenhuiszorg van de locaties Emmeloord en Lelystad misschien wel in succesvolle ZBC's kan worden georganiseerd. Een lage adherentie (circa 40%) als van het Emmeloordse ziekenhuis geeft aan dat organisatie en bejegening moeten veranderen. "Decentralisatie en concentratie van de zorg is de richting die de Nederlandse ziekenhuizen op gaan; eenvoudige planbare zorg gaat uit de ziekenhuizen naar ZBC's en aan de andere kant zullen de ziekenhuizen zich concentreren op waar ze goed in zijn en

een groter aandeel van dit type zorg opeisen", Voor Van der Ham bestaan hiervoor twee redenen: "Marktwerking werkt; er zijn steeds meer ZBC's die tegen aantrekkelijke prijzen zorgproducten wegzetten en de ziekenhuizen zijn nog steeds onvoldoende patiëntgericht. De patiëntenbejegening en de organisatie van de zorg zijn nog niet optimaal. Echte concurrentie met lagere prijzen en betere kwaliteit komt pas van de grond als er meer aanbieders zijn." Hij schets het beeld dat er wel veel management is gekomen, maar dat juist de service, zoals telefoonbeantwoording, schone gangen en zalen, vier jaar geleden meer op orde was dan nu. Toch is Van der Ham niet hopeloos gestemd. Het draait om het creëren van een wij-cultuur in de ziekenhuizen. "Ziekenhuizen moeten kunnen veranderen in de nieuwe tijd. Zij die dat goed kunnen worden gekenmerkt door dokters en lijnmanagement, die samen alle kwaliteitsaspecten goed in beeld hebben

"De klassieke kolommenscheiding tussen organisatie en professional vormt een broeiplaats voor non-productiviteit en conflicten."

en uitvoeren, door bijvoorbeeld verantwoordelijkheden toe te kennen en daarop af te rekenen." Het ultieme doel, zegt hij pakkend: "De helft wil in jouw huis patiënt zijn en de andere helft wil er werken."

De persoon van de ondernemer

Wat mensen tot ondernemers maakt zijn met name de volgende persoonlijke competenties:

- Interne locus of control: oorzaken en gevolgen bij jezelf zoeken in plaats van toe te schrijven aan externe factoren;
- Doorzettingsvermogen. Een reactie van een geïnterviewde: "Op een schaal van 1 tot en met 5? Een 7."

Deze competenties zijn van invloed op proactief en innovatief gedrag en direct op de zorgkwaliteit. Anders dan vaak gedacht is interne locus of control geen persoonlijkheidskenmerk (een 'trait'), maar aan te leren gedrag. Naast werving en selectie van professionals op deze kenmerken, kan de interne locus of control bij



Drs. Willem van der Ham

de al aanwezige medewerkers door scholing en training toenemen. Mensen voelen zich dan niet langer slachtoffer, of overgeleverd. Het maakt ze initiatiefnemer en eigenaar van ontwikkelingen.

Zijn deze competenties nog op tijd, voor de wal het schip keert, bij medici en ander (zorg)personeel van ziekenhuizen te ontwikkelen? Of zijn de mensen die over deze kwaliteiten beschikken ook de eerste die buiten de ziekenhuisdeuren op zoek gaan naar een omgeving die bij hun kwaliteiten past?

Voor Van der Ham is het duidelijk dat succesvolle ondernemers appelleren aan ont-plooiingskansen, respect en waardering. Ook hier geldt dat deconcentratie en differentiatie veel meer mogelijk zouden moeten zijn dan nu. Het principe van gelijkheid, toegepast binnen beroepsgroepen of organisatie-eenheden van zo'n 180 personen, werkt fnuikend. Het is nodig om te differentiëren aan onder- en bovenkant en professionaliteit terug te brengen. Lastig is alleen dat dit raakt aan zaken zoals gelijke behandeling waar werknemers-organisaties lang voor hebben gevochten. Toch zullen het toekennen van verantwoordelijkheden, resultaatgericht werken en het honoreren van verschillen het onderscheid gaan maken. "In ZBC's staat alles en iedereen in het teken van kwaliteit en dan vooral de klantvriendelijkheid; deze focus is voor ieder het leidend principe. Het grootste manco is onvoldoende leiderschap binnen de ziekenhuizen door gebrek aan de juiste mensen die

e goede opleidingen hebben. In Nederland hebben wij behalve het iBMG Erasmus, onvolgende universitaire medisch-bestuurlijke opleidingen”, zegt Van der Ham. Daar wil hij de komende tijd snel verandering in brengen. Daarnaast moet het zorgondernemingsklimaat in Nederland veranderen, we hebben nog teveel st van inconsistentie in het overheidsbeleid. Zweedse of Duitse zorgondernemers zijn nog helemaal niet geïnteresseerd in onze zorg”, dus Van der Ham, “omdat het risico dat je hier als ondernemer loopt niet afhangt van je roduct in deze markt, maar van een instabiele wet- en regelgeving.” Het blijft nog wel even wachten, besluit Van der Ham. Ondertussen is het - zo luidt ook een van de aanbevelingen van de casestudy - zaak om customer-intimacy, de juiste aandacht voor de klant, tot de basis voor kwaliteit en organisatie te maken. “ZBC's zijn ook niet succesvol door betere dokters, maar door betere, consistente klantenfocus.”

Hybride - stupide?

In de hybride situatie van ziekenhuizen zijn de randvoorwaarden voor marktwerking nog niet aanwezig. Informanten gaven aan dat de overheid niet consistent, zelfs contraproductief is in haar doelen en gedrag om vraagsturing het leidend principe te maken. Het uitblijven van echte invloed van kritische klanten en het aanblijven van forse overheidsbemoeienis verhindert marktwerking en maakt ondernemen daarmee vrijblijvend. Onduidelijk is ook wie profiteert - en voor hoe lang - van de eerste voordelen en wie op termijn? Toch kan deze vraag alleen worden beantwoord door te gaan ondernemen: oefenen en doen.

Gevraagd: geschikte zorgondernemers.



Dr. Liliane Hopstaken MA is gepromoveerd arbeids- en organisatiepsycholoog en bestuurswetenschapper. Zij heeft meerdere beleids- en adviesfuncties bekleed, in zowel not-for-profit als profitorganisaties (bijvoorbeeld Philips Medical Systems). Dit masteronderzoek voerde zij uit als bestuursadviseur van een groot topklinisch ziekenhuis, waar zij de afgelopen tien jaar heeft gewerkt. Per 1 oktober jl. is zij werkzaam als senioradviseur bij BMC (Bestuur- en Management Consultants), waar zij onder andere ziekenhuisbesturen, stafbesturen en/of maatschappen adviseert over nieuwe zorgconcepten en organisatievormen. Reacties op het artikel stelt zij zeer op prijs. De scriptie Ontluikend ondernemerschap is op te vragen bij: lilianehopstaken@bmc.nl