



KONINKLIJKE ACADEMIE VOOR GENEESKUNDE VAN BELGIË

Paleis der Academiën
HERTOGSSTRAAT 1 – 1000 BRUSSEL
Tel. 02/550 23 00 Fax 02/550 23 13
E-mail: academiegeneeskunde@vlaanderen.be
Website: www.academiegeneeskunde.be

ADVIES

over management in de intramurale zorg in Vlaanderen*

1. Inleiding

Zorgverleners op de werkvloer klagen soms dat er geen tijd meer is om met patiënten te praten, dat de zorg bijzonder technisch is geworden en dat de administratieve werkdruk enorm is toegenomen, wat heeft geleid tot een vermindering van de zorgkwaliteit (1). De dag van vandaag sturen kwaliteitsmanagementprogramma's in Vlaanderen de zorg en worden ziekenhuizen geaccrediteerd en gecertificeerd. De introductie van moderne managementmodellen en de toepassing van principes van "lean management" worden vaak enkel en alleen met het oog op een meer kostenefficiënte personeelsinzet aangewend, maar daarnaast zouden ze ook moeten leiden tot een kwaliteitsverbetering van de zorg en een verhoogde personeelstevredenheid (2). Patiënten van hun kant zijn meer en meer op zoek naar authenticiteit en persoonsgebonden zorg. Met deze beweging terug naar de basis, waar de patiënt centraal staat voor management en zorgverleners, is het begrip "patient centered care" ontstaan.

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België wenst met dit advies de mogelijke misverstanden, waarop het soms gepercipieerde wantrouwen tussen het ziekenhuismanagement en de zorgprofessionals zou kunnen gebaseerd zijn, in kaart te brengen en oplossingen aan te reiken in de vorm van aanbevelingen. Daartoe heeft een bijzondere commissie voor advies zich, in samenwerking met externe deskundigen, over deze problematiek gebogen. Op 22 november 2012 organiseerde de Academie te Brussel een symposium over "management in de zorg". De constructieve dialoog die toen ontstond tussen managementverantwoordelijken en zorgverleners heeft bijgedragen tot de uitwerking van dit advies. Het advies richt zich in het bijzonder tot de intramurale zorgprofessionals, het ziekenhuismanagement en de verschillende onderwijsinstellingen en -organen (hogescholen, universiteiten, opleidingscommissies), maar bevat ook waardevolle informatie voor de beleidsmakers in de gezondheidszorg. Bij de verspreiding van dit advies naar de ziekenhuisdirecties en de onderwijsinstellingen wordt de mogelijkheid tot feedback (erkent men het aangekaarte probleem en wat denkt men te ondernemen om het op te lossen?) uitdrukkelijk onder de aandacht gebracht.

Het advies start met een schets van de huidige situatie in de ziekenhuizen, waarbij de multifactoriële dimensie van de problematiek aan bod komt. Daarna volgt een beschrijving van de specifieke aspecten die ziekenhuismanagement kenmerken en het onderscheiden van management in de profit sector. Ten slotte formuleert de Academie aanbevelingen op verschillende niveaus om te komen tot een beter ziekenhuismanagement.

2. De huidige situatie in de ziekenhuizen: problematiek en oorzaken

Meerdere factoren kunnen bijdragen tot een perceptie van wantrouwen tussen het ziekenhuismanagement en de zorgverleners op de werkvloer. Om te beginnen heerst er een inherente spanning tussen de medisch-inhoudelijke autonomie van de zorgprofessionals (artsen, maar ook verpleegkundigen) en de van bovenuit opgelegde

* Het advies werd voorbereid door een bijzondere commissie, bestaande uit de collegae Marc Bogaert, Petra De Sutter (voorzitter), Jo Lambert, Johan Kips, Jean Plum en Walter Sermeus. Als externe experts werd de medewerking gevraagd aan Marc Desmet (Palliatieve zorg, Jessa Ziekenhuis, Hasselt) en aan Mieke Grypdonck (Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde, Universiteit Gent).

De vaste commissie voor de uitoefening van de adviesbevoegdheid van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, samengesteld uit Guy De Backer, Dominique Declerck, Aart de Kruif (algemeen secretaris), Joke Denekens, Bernard Himpens (voorzitter), Greet Ieven, Jo Lambert, Geneviève Laureys, Lea Maes, Simon Scharpé, Wim Stevens en André Van Steirteghem, keurde het advies goed op 27 april 2013.

regelgeving (management, directie, overheid). Deze spanning, ook wel Mintzbergparadox (3) genoemd, ontstaat doordat de aard van de zorg, die complex en dynamisch is, een gedecentraliseerde en organische structuur vereist, terwijl de sterkte van de externe druk (overheid, publieke verantwoording) leidt tot een gecentraliseerde en geformaliseerde structuur. Deze managementparadox wordt verscherpt, doordat de medewerkers enerzijds onvoldoende zien wat management betekent en beoogt (blijft onzichtbaar). Zorgprofessionals voelen zich bovendien meestal in de eerste plaats klinici en geen managers. Anderzijds weten managers vaak niet goed, hoe ze met zorgprofessionals moeten omgaan (4). Het management is veelal te weinig van dichtbij betrokken bij het gebeuren rond patiënten. Bovendien is er vaak inconsistentie in de leidinggevende competenties van het management, en leidt slecht of niet-gecommuniceerd management (bv. “laissez-faire management”) tot feitelijke afwezigheid van management en (terechte) kritiek op het management. Een gevoel van gebrek aan ondersteuning door het management en onvoldoende betrokkenheid bij het beleid leidt in combinatie met een hoge werkdruk vaak tot een gebrek aan bezieling en intrinsieke motivatie bij de hedendaagse zorgverleners (5). Een bijkomende factor situeert zich op het niveau van de organisatie van het ziekenhuis. Het vaak vastgestelde gebrek aan globale missie binnen de gezondheidszorg is vertaalbaar naar de verschillende entiteiten binnen een ziekenhuis. Deze worden momenteel in vele gevallen nog te verschillend georganiseerd. Dit “cottage-systeem” (6) van afzonderlijke eilandjes van management in de ziekenhuizen leidt tot frustratie en een suboptimaal benutten van kennis en ervaring.

Daarnaast bestaat er ook een spanningsveld tussen het belang van de individuele en dat van de gemiddelde patiënt. Vooraf afgesproken protocollen zijn afgestemd op de gemiddelde patiënt, terwijl de individuele patiënt met zijn eigen bijzonderheden meer tijd en/of middelen kan vragen. Extra tijd, besteed aan één patiënt, gaat namelijk ten koste van tijd voor volgende patiënten. Indien het protocol hier specifiek niet aan heeft gedacht, leidt dit tot conflicten. De patiënt moet worden bejegend als mens, en deze parameter is moeilijk meetbaar. Het gebruik van metingen van andere variabelen kan de aandacht van de beleving van de patiënt in ongewenste mate afleiden of met zijn belang op gespannen voet staan.

“Meten is weten”, maar de exponentiële groei en de top-down lawine van kwaliteitsindicatoren op Vlaams en nationaal niveau creëren bij zorgverleners aversie eerder dan motivering ten aanzien van kwaliteit (7).

Ten slotte, maar daarom niet minder belangrijk, meent de Academie dat het unieke aspect van management in de zorg en het omgaan met het hanteren van kwaliteitsindicatoren nog te weinig aan bod komen in de basisopleiding en vooral in de voortgezette opleiding van zowel zorgprofessionals als managers.

3. Specifieke aspecten van ziekenhuismanagement

Management is “het proces van het coördineren van werkzaamheden, zodat deze efficiënt en effectief samen met en door anderen kunnen worden afgerond” (8). Het management vervult vier essentiële functies. De eerste is de formulering van de globale missie en doelstelling van de organisatie. Dit vertaalt zich in strategische plannen die zich over meerdere jaren situeren (bv. de bouw van een nieuw ziekenhuis) tot de korte-termijn operationele planning (bv. uurroosters, operatieplanning). De tweede functie situeert zich in het uittekenen van een werkbare structuur om deze doelstellingen en plannen te realiseren, wat betekent dat het werk verdeeld en tegelijkertijd ook gecoördineerd moet worden. Hierin zien we een verschuiving naar structuren rondom patiëntenstromen of zogenaamde zorgprogramma's. Een derde functie is het motiveren en inspireren van de medewerkers. Een belangrijke rol is weggelegd voor de “zorg voor de zorgverlener”. Een vierde en laatste functie ligt bij opvolging en evaluatie. Hierbij is een belangrijke verschuiving naar het werken met indicatoren en bordtabellen merkbaar. Deze vier functies helpen het management in de ziekenhuizen om een kader te scheppen met als doel zoveel mogelijk mensen de beste zorg aan te bieden.

Management in de zorg verschilt substantieel van management in de profit sector. Het vertrekt vanuit een missie, welke gegrond is op een bredere maatschappelijk gedragen missie (9). Men heeft hier te maken met een menselijk eindproduct (patiënten en hun familieleden, die het management zelden zien) en dus is management niet los van de werkvloer te voeren. Management in de zorg volgt meer de logica van complexe adaptieve processen (meer dan alleen planning van medicatie, consultaties, operaties...), met een hoge nood aan wendbaarheid en plasticiteit. De essentie van het management in de zorg is het sturen op collectieve ambitie (4). Opdat management constructief gebruikt zou worden, dienen alle betrokkenen op alle niveaus overtuigd te zijn van het nut ervan. Medewerkers moeten zich bewust zijn dat management onlosmakelijk verbonden is met de job en mogen zich niet verstoppen achter opgelegde protocollen. Men moet streven naar meer inzicht in en naar een beter beheer van bepaalde processen, met de erkenning dat bepaalde factoren “unmanageable” zijn. Een ziekenhuis is een professioneel risicobedrijf. Een strenger kwaliteits- en veiligheidsbeleid vergt meer organisatie met medewerking van alle betrokken partijen. Het management moet het gevoel geven dat het ruimte laat voor engagement of persoonlijke

keuzes, die afwijken van het opgelegde protocol. Bij goed management zal dankzij standaardisatie en parametrisering (weg van het “cottage systeem”) net tijd gewonnen worden, waardoor hier ruimte voor vrijkomt. Dit is een win-win situatie.

Leiderschap is essentieel voor een goede manager (10). Hij/zij moet medewerkers intrinsiek kunnen motiveren, inspireren en werken volgens een participatiemodel. Mensen moeten het gevoel krijgen dat ze meetellen en inspraak hebben. Hierdoor ontstaat meer eigenaarschap en betrokkenheid van de teams, waarbij de manager een facilitator is.

4. Aanbevelingen voor een beter ziekenhuismanagement

De weg naar goed management start bij de opleiding van (toekomstige) zorgprofessionals en managers. Zij moeten vertrouwd gemaakt worden met het begrippenkader rond management door middel van opleiding en bijscholing. Reeds vanaf de bachelorjaren moeten studenten geneeskunde, verpleegkunde en management leren omgaan met kwaliteitsindicatoren (11). Tijdens de opleiding tot arts-specialist zou het ontwikkelen van managementcompetenties meer aan bod moeten komen. Er bestaat een nood aan een geleidelijke aanpak (bv. 1^e jaar: aan de hand van ervaringen leren het ziekenhuis als werkomgeving te begrijpen, 2^e jaar: aanleren om er vat op te krijgen en het mee te helpen sturen, kortom de taal leren begrijpen). Studenten moeten nog meer betrokken worden bij de totstandkoming van visitatierapporten van hun opleiding als direct leerproces. In de managementopleiding moet meer aandacht zijn voor het wezen en de betekenis van zorg voor de gebruikers of ontvangers ervan en voor het verschil tussen het managen van productielijnen en het managen van zorg, zodat afgestudeerde managers geschoold zijn in de complexe, heel eigen aspecten van het ziekenhuismanagement.

Goed management impliceert goed leiderschap dat leidt tot bezielde medewerkers. De selectie op directieniveau van bekwame artsen-diensthooften dient gericht te gebeuren, aan de hand van het insluiten van een beoordeling van het menselijk aspect en hun leidinggevende kwaliteiten en niet enkel de academische output. Goed management moet ook de juiste prioriteiten stellen. Een voorbeeld van een prioriteitenlijstje wordt gegeven door Gabow *et al.* in een discussiepaper voor het Institute of Medicine (IOM) (12). Elk van de hier voorgestelde maatregelen leidt niet alleen tot een verhoging van de kwaliteit van de zorg, maar tevens tot een reductie van kosten. Een goede leidinggevende doet medewerkers op alle niveaus inzicht krijgen in het feit dat management een continu proces is en opgenomen is in het dagelijkse handelen. De zorgsector is *in se* bezielend. Goed management zal vanzelf bijdragen tot de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals, wat zich zal vertalen in de kwaliteit van hun werk.

Idealiter is in ziekenhuizen de organisatie zo dat alle managementniveaus naadloos op elkaar zijn afgestemd en vlot in beide richtingen communiceren, zodat geen geïsoleerde eilandjes ontstaan, hoe excellent deze ook mogen wezen.

Een gebrek aan communicatie, participatie, kennis en inzicht ligt aan de basis van het hoger vermelde gevoel van wantrouwen tussen het ziekenhuismanagement en de zorgverleners, eerder dan fundamenteel verschillende inzichten en/of intenties. Wederzijdse communicatie moet frequenter en transparanter plaatsvinden. Dit kan door middel van visitaties van het management op de werkvloer, formele en informele gedachtenwisselingen en interviews. Het management dient te zorgen voor overleg met de medewerkers bij de implementatie van ieder nieuw project, zodat zij overtuigd worden van de meerwaarde ervan en dit niet ervaren als hiërarchisch opgelegd. Het management moet meer vertrouwen stellen in de medewerkers en deze de nodige ruimte en mogelijkheden geven om te groeien. Kwaliteit en efficiëntie zijn gerelateerd aan elkaar en geen tegengestelden, en het management en de zorgprofessionals streven in wezen hetzelfde doel na: meerwaardecreatie door het leveren van de beste zorg voor elke patiënt. Managementstechnieken, gericht op optimalisatie van het doorlopen zorgproces en medische kwaliteitsverbetering kunnen wel degelijk hand in hand gaan. Dit dient te worden gerealiseerd door een nauwe samenwerking tussen zorgverleners en management, vertrekkend vanuit het medisch inhoudelijke. Een geïntegreerd kwaliteitsmanagementsysteem, als essentieel onderdeel van bedrijfsvoering in een ziekenhuis, vereist de actieve participatie van zorgverleners.

Er is nood aan betere kadering, visie en feedback vanuit de overheid wat de kwaliteitsindicatoren betreft. Ziekenhuizen en het beroepenveld dienen kwaliteitssystemen op een coherente en geïntegreerde manier uit te bouwen en een set van een klein aantal weloverwogen indicatoren aan de hand van bottom-up registratie op te stellen.

5. Conclusie

Hoewel de zorgverstrekkers op de werkvloer en het management in wezen dezelfde doelstellingen nastreven, namelijk de zorg voor de patiënt centraal te stellen, bestaan er vaak misverstanden die berusten op gebrekkige communicatie tussen beide niveaus. Het moet mogelijk zijn om via de opleiding alle betrokkenen met ziekenhuismanagement vertrouwd te maken en te streven naar een gestroomlijnde organisatie en communicatie tussen alle managementniveaus. Naast betere communicatie zullen bezieling, zo eigen aan de zorg, en goed leiderschap, dan automatisch zorgen voor een verbetering van de zorg, zowel voor de patiënt als voor de zorgverstrekkers zelf.

Literatuurlijst

1. Desmet M. Liefde voor het werk in tijden van management. Tiel: Lannoo; 2009.
2. Mazzocato P, Savage C et al. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:376-382.
3. Mintzberg H. Mintzberg over management. Amsterdam: Business Contact; 2003.
4. Weggeman M. Leidinggeven aan professionals? Niet Doen!. Schiedam: Uitgeverij Scriptum; 2008.
5. Aiken LH, Sermeus W et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
6. Swensen SJ, Meyer GS et al. Cottage industry to postindustrial care - the revolution in health care delivery. *N Engl J Med*. 2010;362(5):e12. doi: 10.1056/NEJMp0911199
7. Meyer GS, Nelson EC, Pryor DB, James B, Swensen SJ, Kaplan GS, Weissberg JI, Bisognano M, Yates GR, Hunt GC. More quality measures versus measuring what matters: a call for balance and parsimony. *BMJ Quality and Safety*. 2012;21(11):964-968. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001081
8. Robbins SP, Coulter M. *Management*. 11^e ed. New Jersey: Pearson -Prentice Hall; 2012.
9. Bestuursvereenkomst 2010-2012 tussen de Staat en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), Brussel, 12/1/2010, Artikel 6, p. 15. <http://www.riziv.fgov.be/presentation/nl/management/2010-2012/pdf/20102012.pdf>
10. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, Muise M, Stafford E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(3):363-85. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
11. The Health Foundation. Evidence scan: quality improvement training for health professionals. London, August 2012. <http://www.health.org.uk/publications/quality-improvement-training-for-healthcare-professionals/>
12. Gabow P, Halvorson G, Kaplan G. Marshaling leadership for high-value health care: an Institute of Medicine discussion paper. *JAMA*. 2012;308(3):239-40. doi:10.1001/jama.2012.7081