

# KRITISCHE SUCCESFACTOREN

voor de overleving van kleine ziekenhuizen

conclusies en samenvatting

van een onderzoek naar het bestaan en voortbestaan

van kleine ziekenhuizen in Nederland

- A Functiepakket
- B Huisartsen
- C Personeel
- D Specialisten
- E Raad van Toezicht
- F Topstructuur
- G Financieel
- H Eindconclusie

Wassenaar, 2 september 2004  
DE GREVE & PARTNERS

Dr. W.B. De Greve

## INLEIDING

Een groep van zorgverleners heeft op initiatief van de heer W.J. van Viersen, radioloog te Dieren opdracht gegeven kritische succesfactoren te detecteren die van belang zijn voor het (voort)bestaan van kleine ziekenhuizen.

De opdracht is nog niet in het stadium van eindrapportage. Op uitdrukkelijk verzoek van de opdrachtgevers zijn de conclusies toch reeds beschikbaar gesteld. Dat houdt verband met het op 16 september 2004 voorziene debat in de Tweede Kamer over kleine ziekenhuizen.

In zes kleine ziekenhuizen zijn vraaggesprekken gevoerd met directeuren en met de voorzitters van de Medische Staf. Daaruit zijn kritische succesfactoren gedestilleerd. In de mate dat deze factoren inzet kunnen zijn van het management is het (voort)bestaan van het kleine ziekenhuis verzekerd. Niet alle succesfactoren hoeven te worden ingezet. Het is veeleer van belang dat bij het vigerende management passende factoren worden geselecteerd. Die selectie vormt dan het instrumentarium waarmee het ziekenhuis het 'doet'.

De succesfactoren zijn hieronder beschreven in receptuurvorm. Het eindrapport bevat hierover argumentatie.

### A FUNCTIEPAKKET

1. Schrap nooit **acute zorgfuncties** als Spoedeisende hulp, IC en verloskunde.  
Het gaat hier om de drie achillespezen voor het bestaan van een ziekenhuis. Zonder één van deze functies verliest het ziekenhuis snel zijn adherentie in meer disciplines.
2. Handhaaf de **acute zorg 24 uur** per dag en 7 dagen per week.  
Een ziekenhuis waar 's avonds het licht uit gaat, telt voor de bevolking niet meer als volwaardig ziekenhuis. Acute zorg die minder dan 24 uur beschikbaar is is geen acute zorg meer.
3. Houdt alle navolgende **poortspecialismen** oproepbaar: chirurgie, interne, gynaecologie, anesthesiologie, neurologie, kindergeneeskunde.  
De onvoorspelbaarheid van acute zorg vereist dat alle basisspecialismen beschikbaar zijn.
4. En tevens de **ondersteunen specialismen**: radiologie en laboratorium.  
Dit is een logisch onderdeel van de instandhouding van acute zorg.
5. Verruim de adherentie met transmurale **thuisbegeleiding**  
Moderne technologie op het vlak van telezorg maakt het mogelijk patiënten te blijven monitoren vanuit het ziekenhuis zonder overdracht aan de extramurale sector.
6. Herberg **extramurale functies** in het ziekenhuis.  
een klein ziekenhuis kan een centrumfunctie vervullen voor verschillende extramurale functies, zowel in het huis als ook op aanpalende terreinen. Het ziekenhuis kan zo verschillende faciliteiten bieden aan de extramurale sector, zoals laboratorium, ECG en röntgen.

7. Beperk het **functiepakket** niet **evenredig** aan de schaalgrootte.  
Als een klein ziekenhuis zich beperkt tot een evenredig klein functiepakket blijkt het niet in staat om dat pakket overeind te houden. Alleen al de kostenstructuur is niet opgewassen tegen een dergelijke kleinschaligheid.
8. **Fuseer niet** met een ziekenhuis dat verder dan 30 minuten rijden ligt.  
Indien de afstand te groot is, is er ook geen basis voor algehele fusie.
9. Verdeel dure functies door deze op één locatie te **concentreren**.  
Het hieraan verbonden gevoel van verlies van autonomie valt weg tegen de verruiming van mogelijkheden om dure functies toch exploitabel te maken.
10. Deel het gebruik van **dure apparatuur** met anderen.  
Succesvol voorbeeld is hier de MRI met gespecialiseerde pakketten van functies.
11. Ontwikkel **specifieke activiteiten** waarin de eigen specialisten goed zijn.  
Voorbeelden zijn hier een mammapoli, heup en knie operaties en staaroperaties.
12. Maximaliseer de **adherentie** voor specifieke activiteiten.  
Het is nodig om de adherentie voor specifieke activiteiten sterk bovenregionaal te maken.
13. Mijdt **deelspecialisatie** zonder aanzienlijke adherentiewinst.  
Sommige specialisten hebben persoonlijke ambities die het hobby-niveau niet zijn ontstegen en dat ook niet zullen doen. Deze deelspecialisaties hebben geen noemenswaardige meerwaarde voor het ziekenhuis.
14. Grijp de behoefte aan **woonzorgcombinaties** aan om voor het functiepakket.  
De ouderenzorg vraagt steeds meer woonzorgcombinaties waar het thuis blijven wonen onder wisselend medisch toezicht, respectievelijk beschikbare zorg. Juist de kleine ziekenhuizen zijn goed uitgerust om op deze behoefte in te spelen. Zeker indien er bouw in directe omgeving van het ziekenhuis mogelijk is.
15. Bestrijdt de terugloop van ligduur met een toename van **electieve zorg**.  
Electieve zorg laat zich per definitie plannen en verbetert daarmee de bezettingsgraad van de kliniek.
16. Mijdt **wachtlijstvorming**. Dat zet het imago 'snel en direct' onder druk.  
Veel kleine ziekenhuizen ontleen hun bestaan aan de regionale schaarste. Hoe verder weg het dichtstbijzijnde ziekenhuis gelegen is hoe gevoeliger de bereikbaarheid van zorg is. Daarop moet de ontwikkelstrategie van het huis zijn geënt. Wachtlijsten bederven het imago 'bereikbaar'.
17. Kies **toegankelijkheid** als criterium voor het zorgpakket.  
Naast bereikbaarheid is van belang dat snel kan worden gereageerd op zorgvragen. Dat verhoogt het gevoel van veilig, goed en snel bij de burger.
18. Volg de opklimmende **ondergrens** van het minimale zorgpakket op de voet.  
Door de wetenschappelijk ontwikkelingen kan er steeds meer. Dat betekent dat steeds meer (deel)specialisaties in huis beschikbaar moeten kunnen zijn. Aldus schuift de minimale ondergrens van de omvang van het ziekenhuis geleidelijk op naar boven.

19. Stem het zorgpakket nauwkeurig af op de behoeften van de **bevolking**  
Ook een ziekenhuis heeft sterke neigingen zelf te bedenken wat goed is voor bevolking en patiënt. Maar juist het kleine ziekenhuis zou daarmee te weinig acht slaan op kansen voor het betrekken van de bevolking bij het wel en wee van het ziekenhuis. Vaak blijft dat beperkt tot actie als de sluitingsdreiging reeds daar is.

## B HUISARTSEN

20. Investeer uitdrukkelijk in huisartsen, als **ambassadeurs** van het ziekenhuis  
Huisartsen zijn feitelijk de meest belangrijke ambassadeurs van het ziekenhuis omdat zij bepalen of en naar welke instelling wordt verwezen.
21. Inviteer **huisartsen** om de SEH buiten de kantooruren te bezetten  
Het is niet meer dan logisch om de huisarts 's nachts te alloceren waar het medische bedrijf door draait. Aldaar komt dan de huisartsenpost. Het is daarbij uitdrukkelijk niet de bedoeling dat huisartsen ook SEH/diensten gaat doen. Dat zou de huisartsen weerhouden.
22. Breng het **huisartsenlaboratorium** onder in het ziekenhuis.  
Voor laboratoria is vaak iedere omzetvergroting winstgevend.

## C PERSONEEL

23. Voer een op de **specifieke** situatie geënt personeelsbeleid.  
Juist kleine ziekenhuizen zijn in staat tot een bijzonder personeelsbeleid waarin de plaatselijk bewoner -medewerker zich thuis voelt
24. Verhef **deeltijds werken** tot een maatschappelijk gegeven.  
Het heeft geen zin ten strijde te trekken tegen deeltijds werken indien de vervrouwelijking in de zorg doorzet als nu al het geval is. Deeltijds werken is al gewoon.
25. Biedt potentiële **herintreders** bijscholing vooraf aan.  
Herintreders hebben het misplaatste gevoel niet meer geschikt te zijn wegens te lang niet meer het vak te hebben uitgeoefend en door de computer waarmee geen ervaring is opgedaan De schroom om te solliciteren kan door een actieve en gerichte aanpak verdwijnen.

## D SPECIALISTEN

26. Benader gekwalificeerde **allochtone deelspecialisten** als volwaardig.  
Allochtone specialisten moeten als andere allochtonen goed worden ingeburgerd waarna zij aan eisen van het Nederlandse ziekenhuis moeten voldoen. Dat kan maar verdient actieve aansturing.
27. **Rekruteer** Europees, zonodig wereldwijd.  
De Nederlandse arbeidsmarkt is voor schaarse specialisten te beperkt. Werven in het buitenland moet als normaal worden beschouwd.
28. Honoreer de claims van minimale diensten door **samenwerking**.  
Dit laat de lokale maatschappen in tact.

29. Maak het perifeer werken leuk door aansluitingen **Academische** Ziekenhuizen  
Als specialisten te weinig uitdaging in een perifeer klein ziekenhuis ervaren kunnen met academische ziekenhuizen afspraken worden gemaakt voor deeltijds te werk stellen van perifere specialisten in het academische ziekenhuis, bijvoorbeeld voor een dag in de week.
30. Beschouw **periodieke werkperioden** als bruikbare vaste inzet.  
Buitenlanders die jaarlijks een aantal maanden willen komen werken zijn feitelijk vaste stafleden met regelmatige afwezigheid, als zodanig heel bruikbaar

## E RAAD VAN TOEZICHT

31. Houdt de Raad van Toezicht uitdrukkelijk aan zijn **toezichthoudende taak**.  
Toezicht mag niet ontaarden in besturen. Wie dat niet begrijpt verdient geen plaats in een Raad van Toezicht.
- Beperk de **zittingstermijn** tot 4, hooguit 6 jaar.  
De aard van het houden van toezicht brengt met zich mee dat na enkele jaren gewisseld moet worden om weer nieuwe denkbeelden binnen te laten.
32. Plaats geen **politici** in de Raad van Toezicht  
Vermijdt belangentegenstellingen. Politici dienen de handen vrij te houden om hun politieke verantwoordelijkheid te kunnen blijven nemen.
33. Maak **personele unies** met andere, concurrerende instellingen onmogelijk.  
Personele unies zijn democratisch gedrochtelijk. Het blokkeert maatschappelijke invloed waar deze onontbeerlijk is.
34. Maak werk van het RvT-lid zijn en beschouw het **niet als erebaan**  
Leden moeten een aanwijsbare meerwaarde hebben.
35. **Werf openbaar** en op basis van een welomlijnd gepubliceerd profiel.  
Er is geen enkele reden voor coöptatie, dat is een obsoleet instrument
36. Verleen de **Medische Staf** het recht van zwaarwegende invloed op benoemingen.  
Een lid dat geen draagvlak heeft verworven van de Medische Staf is gedoemd van weinig waarde te zijn.

## F TOPSTRUCTUUR

37. **Verbind** de Staf op de nauwst mogelijke manier met het management.  
Een klein ziekenhuis kan zich geen polarisatie tussen professie en management permitteren. Het is overigens eenvoudig om juist in het kleine ziekenhuis directe communicatielijnen in tact te houden.
38. Regel gewenste **verhoudingen** met communicatie, niet met bevoegdheden.  
Alle organisatiestructuren ten spijt alleen met goede communicatie zijn gewenste verhoudingen te verkrijgen.

39. Overweeg de voordelen van een **dubbele medische directie**.

Als twee stafleden het werk van de medische directiefunctie kunnen en willen vervullen kan dat uit het oogpunt van communicatie in een klein ziekenhuis een heel werkbare situatie scheppen.

## G FINANCIIEEL

40. Houdt de **gevaarzones** van een klein ziekenhuis scherp in de gaten.

Het kleine ziekenhuis beschikt na de bijstellingen van de Minister van vorig jaar over voldoende financiële middelen. Maar anders dan in grotere ziekenhuizen kan het kleine zich geen ongelukken veroorloven. Een scherp toezicht op de middenstroom is geboden.

41. Schroom niet de **bevolking** bij te laten dragen in dure voorzieningen

Bekend zijn de voorbeelden waarbij de bevolking en lokale organisaties grote bedragen bereid is te doneren voor een MRI en dergelijke.

42. **Investeer extra** in vitale medische specialismen

Als het in standhouden van bijvoorbeeld kinderartsen meer geld kost dan er voor beschikbaar is, moet een structurele extra bekostiging worden opgebracht binnen de beschikbare budgetten en dus ten koste van andere posten.

43. Vermijdt onnodig financieel **risico** door uitbesteding van facilitaire diensten

Veel facilitaire diensten kunnen worden uitbesteed. Het daartegenover staande verlies van autonomie weegt op tegen de exploitatieve voordelen.

## H EINDCONCLUSIE

44. Het **aantal kritische succesfactoren** is groot. Dat betekent enerzijds dat het runnen van een klein ziekenhuis gecompliceerd is en anderzijds dat er veel mogelijkheden zijn om dit tot een succes te maken.

45. Alle kritische succesfactoren zijn met enige inspanning op eenvoudige wijze te **realiseren**, zeker indien er geen sprake is van een eis dat *alle* succesfactoren worden gerealiseerd.

46. Enkele kritische succesfactoren zijn vitaal. Realiseert men deze niet dan leidt dat de **liquidatie** van het kleine ziekenhuis in. Voorbeelden:

- een incompleet pakket poortspecialismen,
- geen 42 uren 7 dagen in de week acute zorg,
- fusie met ziekenhuis verder weg dan 30 minuten rijden,
- onvoldoende uitruil van functies,
- inadequaat toezicht van de Raad van Bestuur,
- onvoldoende creatief management,
- politici of topambtenaren in de Raad van Toezicht,
- belangenverstrengeling leden Raad van Toezicht,
- te zware dienstbelasting voor specialisten

*einde*