

Case MediZorg ziekenhuis



Inhoudsopgave

Case MediZorg ziekenhuis.....	1
Inleiding.....	2
De omgeving.....	2
Beleidsagenda 2005.....	2
Concurrenten.....	4
Het Nederlands Instituut voor Ziekenhuisaccreditatie (NIAZ).....	4
MediZorg ziekenhuis.....	6
Kwaliteitszorg.....	6
Organisatiestructuur.....	7
Feiten en cijfers van MediZorg ziekenhuis.....	8
Financiële resultaten.....	9
Escalatie.....	9

Inleiding

Het MediZorg ziekenhuis, een fictieve organisatie, is een algemeen streekziekenhuis voor het noordwestelijk deel van Overijssel. Het biedt medisch specialistische zorg aan de inwoners van met name haar primaire verzorgingsgebied (Zwolle en Kampen). Hierbij komt de zorg tot stand in nauwe samenwerking met de andere zorgaanbieders: de eerste lijn (onder andere thuiszorg, fysiotherapie, huisarts), tweede en derde lijn, alsook de verpleeg- en verzorgingshuizen. Er wordt een breed pakket aan medisch diagnostische en therapeutische voorzieningen geboden. Voor vrijwel iedere diagnose en nagenoeg iedere behandeling kan de patiënt bij het MediZorg ziekenhuis terecht. Er is een medische staf van ongeveer 70 specialisten. Het ziekenhuis heeft een capaciteit van 297 bedden en er werken ruim 650 medewerkers.

P.S. Voor zover niet in de case vermeld, bent u vrij om via het internet bij soortgelijke organisaties gegevens te verzamelen en/of aannames te doen mits deze realistisch zijn.

De omgeving

Beleidsagenda 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (MinVWS),

Het zorgstelsel onder druk

De Rijksoverheid is in de tweede helft van de vorige eeuw in Nederland steeds meer verantwoordelijk geworden voor de regie, structuur en financiering van de gezondheidszorg waaronder de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. Deze ontwikkeling sloot aan bij een algemene trend in Europa, met als doel de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. De groeiende rol van de overheid in de zorg heeft tot in de jaren zeventig geen ernstige problemen opgeleverd met de betaalbaarheid. Dat kwam door een aantal historisch unieke factoren: de Europese bevolkingen waren in de 'babyboomjaren' jong en gezond, mantelzorg bleef in vele landen lange tijd vanzelfsprekend en de grote vlucht van de medische technologie, met de daarmee gepaard gaande kosten, begon net. De kosten bleven lange tijd tamelijk beperkt en waren bovendien grotendeels onzichtbaar: ze werden gedekt door inning van ZFW- en AWBZ-premies en Rijksbelastingen zonder dat de netto inkomensontwikkeling daar onder leed. Naoorlogse Nederlanders zijn vrijwel zonder uitzondering opgevoed met de gedachte dat de staat garant staat voor 'gratis' gezondheidszorg. Dit primaat van de overheid ontmoedigde decennia lang de eigen verantwoordelijkheid van de burger en de prestatiegerichtheid van de zorgaanbieders. De Rijksoverheid lijkt door de manier waarop het systeem van zorg in ons land de afgelopen decennia is ingericht, tot in detail verantwoordelijk te zijn geworden voor de zorg. Dit heeft geleid tot veel bureaucratie en te weinig verantwoordelijkheden voor de hoofdrolspelers in de zorg, namelijk de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de individuele burger.

Welke ontwikkelingen en knelpunten zien we in het huidige zorgstelsel?

- De burger is op veel terreinen een kritische consument. Voor zijn eigen gezondheid – toch een wezenlijk onderdeel van zijn bestaan – is zijn rol echter zeer beperkt. De burger betaalt weinig direct mee aan de kosten van de zorg en kent meestal prijs noch kwaliteit van de zorg. Hij heeft daarom geen belang bij de meest doelmatige keuze. Collectieve arrangementen overheersen en dat stimuleert de mogelijkheden niet om de zorgbehoefte op andere manieren op te vangen: door de burger zelf, door mantelzorg, ondersteuning vanuit het maatschappelijk middenveld of door tussenkomst van de gemeente.

- De zorgverzekeraar verkoopt weliswaar zorgproducten aan zijn klanten maar heeft in het huidige systeem van zorgverzekeringen weinig invloed op de prijs van dat product en te weinig belang bij kostenbeheersing. Een verbrokkelde verzekeringsmarkt (verplicht verzekerd via Ziekenfondswet en AWBZ of particulier verzekerd) beperkt om te beginnen de concurrentie tussen verzekeraars. Ten tweede staan verzekeraars nog te weinig onder druk van kritische consumenten. Ziekenfondsverzekerden hebben nauwelijks financieel belang om van verzekeraar te wisselen, particuliere verzekerden kunnen het vaak niet omdat zorgverzekeraars daaraan hoge eisen stellen. Dit alles geldt in extreme mate in de AWBZ-sector: verzekeraars lopen daar helemaal geen financieel risico en consumenten hebben geen enkel voordeel bij het overstappen tussen verzekeraars.
- De aanbieders van zorg – onder andere huisartsen, medisch specialisten, ziekenhuizen, instellingen voor verzorging en verpleging, apothekers, paramedici – worden te weinig gestimuleerd tot optimale prestaties. De wijze van financieren van instellingen en zorgverleners belooft doelmatig handelen en kwaliteitsverbetering onvoldoende. Het huidige zwaar gereguleerde en inflexibele stelsel remt bovendien creativiteit. Instellingen lijken zich vanwege de gedetailleerde regelgeving meer te richten op het voldoen aan de eisen uit Den Haag.

Zorgaanbieders moeten beter presteren

Ook de zorgverleners zelf moeten beter gaan presteren. Daarvoor is het nodig dat verzekeraars stevig met aanbieders van zorg onderhandelen over prijs en kwaliteit. Daarnaast moeten consumenten zich kritisch opstellen over de kwaliteit en service van de zorgaanbieders. Dit dwingt zorgaanbieders er toe om goede zorg voor een scherpe prijs te leveren. Voor betere prestaties van zorgaanbieders zijn drie aspecten van marktwerking van belang: inzicht in prestaties, meer tegenwicht van verzekeraars en consumenten en meer onderhandelingsruimte.

Inzicht in prestaties

Goed zicht op prestaties legt druk op aanbieders om goed te presteren. Het moet duidelijker worden wat zorgaanbieders precies doen en tegen welke prijs. Ziekenhuizen krijgen hiervoor een systeem van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De DBC's maken niet alleen zichtbaar de kosten van handelingen van bijvoorbeeld de medisch specialist, de verpleegkundige en/of de paramedicus bij bepaalde ingrepen, maar ook wat de hotel- en andere ondersteuningskosten van het ziekenhuis zijn.

Er komen tevens prestatievergelijkende onderzoeken (benchmarks) voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en de eerstelijnszorg. DBC's en de vergelijkende onderzoeken bieden verzekeraars handvatten om te onderhandelen over prijs en kwaliteit van de zorg. In de AWBZ maakt de nieuwe functiegerichte bekostiging duidelijk welk prijskaartje er aan een bepaalde vorm van zorg hangt. Het zorgkantoor kan hiermee de prijzen van verschillende aanbieders vergelijken. Daarnaast wordt binnenkort een nieuw systeem van gegevensuitwisseling in de AWBZ ingevoerd, het AWBZ Zorgregistratiesysteem (AZR). Dit nieuwe elektronische systeem vergroot de doelmatigheid door snellere gegevensuitwisseling tussen de organisaties in de zorg.

Vanaf 1 februari 2005 prijzen van 10% van de DBC's vrijgegeven

De zorgverzekeraars zijn vanaf 1 februari 2005 voor een beperkt aantal, niet-spoedeisende, DBC's niet meer verplicht om met elk ziekenhuis en/of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) afspraken te maken. De prijzen van ongeveer 10% van de DBC's liggen vanaf 1 februari 2005 niet meer wettelijk vast. In relatie tot de geprognoseerde zorgvraag van hun verzekerden kunnen de zorgverzekeraars voor deze DBC's met die ziekenhuizen contracten afsluiten die que prijs/kwaliteit verhouding hen het meeste hebben te bieden.

Overheid blijft randvoorwaarden bepalen

De overheid is en blijft verantwoordelijk voor het systeem van toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg. De overheid bepaalt – zij het veel minder in detail dan tot nu toe – de spelregels, ziet toe op een juiste toepassing daarvan en schept de voorwaarden voor een goed functionerende gezondheidszorg. VWS richt zich voor een goede invulling van de veranderende rol het komende jaar vooral op het bevorderen van concurrentie en beter toezicht op mededinging. Er komt geleidelijk op een aantal zorgmarkten meer marktwerking (ziekenhuizen en fysiotherapie). Voor de Rijksoverheid blijft het mogelijk, via wetgeving, om in te grijpen bij ongewenste ontwikkelingen. Tevens worden de randvoorwaarden voor een zo optimaal mogelijke concurrentie door de NmA goed in de gaten gehouden. De Zorgautoriteit gaat vanaf 2006 de (effecten van het invoeren van) marktwerking bewaken. Zij krijgt dan meer wettelijke bevoegdheden om zowel concurrentie in de zorg te bevorderen als waar nodig in te grijpen.

Meer vrijheid bouw instellingen

De Wet toelating zorginstellingen (WTZi) ligt bij de Tweede Kamer ter behandeling als vervanger van de Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV). De nieuwe wet maakt het mogelijk om gereguleerde marktwerking te introduceren in het zorgaanbod. Dat betekent onder meer dat de bouw van zorginstellingen geleidelijk aan meer aan het veld wordt overgelaten. Op grond van deze wet worden eisen gesteld aan transparant bestuur en ordelijke bedrijfsvoering.

Concurrenten

Naast het jaarverslag publiceren ziekenhuizen sinds 2004 prestatie-indicatoren. Informatie over de inhoud van de prestatie-indicatoren is te vinden op www.prestatie-indicatoren.nl. In onderstaande tabel zijn gegevens opgenomen van een aantal ziekenhuizen met aanmerkelijke verschillen in omvang. Om deze gegevens onderling te vergelijken moet de nodige voorzichtigheid in acht worden genomen. Aangezien de data niet onder gelijke omstandigheden en op dezelfde grootheden gebaseerd zijn, mogen slechts indicatieve conclusies getrokken worden.

Feiten en cijfers van 4 ziekenhuizen in 2004				
Algemeen	1	2	3	4
Medewerkers	2.350	2.187	820	5.000
Specialisten	146	117	86	250
Bedden (geregistreerd)	715	985	386	1.368
Kliniek				
Opnames	45.000	27.868	12.606	37.000
Operationele lasten (x 1.000)				
Personele kosten	€ 83.300		€ 66.100	€ 244.000
Materiële kosten	€ 43.700			
Afschrijvingen, huur & lease	€ 8.100			
Nacalculerbare kapitaalslasten	€ 7.100			

Voor de vergelijking van ziekenhuizen in gelijke omvang en samenstelling (zorgpakket, onderzoek, onderwijs, enzovoort) kan men gebruikmaken van gepubliceerde jaarverslagen onder www.ziekenhuis.pagina.nl.

Het Nederlands Instituut voor Ziekenhuisaccreditatie (NIAZ)

Het NIAZ-accreditatiesysteem toetst of een zorginstelling de juiste structuur en randvoorwaarden bezit om goede zorg te kunnen leveren. Het gaat dus om de kwaliteit van

de manier waarop de zorgverlening is georganiseerd. Het NIAZ richt zich niet op de beroepsinhoudelijke kwaliteit van de zorg. Toetsing daarvan is in handen van medische wetenschappelijke verenigingen. Accreditatie geldt als een aanvulling op die beroepsinhoudelijke visitaties. Kwaliteitszorg moet dus verankerd zijn in de organisatie van een ziekenhuis. Er moet binnen die organisatie sprake zijn van een cultuur, waarin iedereen alert is op verbetermogelijkheden en die kansen aangrijpt. Het is beslist níet de bedoeling, dat de mensen op de werkvloer alles wat zij doen en laten schriftelijk vastleggen. Integendeel, want dat zou kwaliteitszorg tot een bureaucratisch monster maken en de organisatie in een keurslijf dringen. Wat moet er dan wel gebeuren om de kwaliteit binnen ziekenhuizen te borgen? In de eerste plaats moeten de werkwijze en afspraken op kritische punten in het proces helder zijn en moeten alle betrokkenen daar ook naar handelen. Daarnaast moeten alle afspraken structureel worden getoetst op effectiviteit en, waar nodig, bijgesteld. Zo ontstaat een continue verbetercyclus - een voorwaarde voor accreditatie. Het NIAZ richt zich dus niet op de beroepsinhoudelijke kwaliteit van de zorg; toetsing daarvan is in handen van verpleegkundige en (para-)medische wetenschappelijke verenigingen. Accreditatie is een aanvulling op die beroepsinhoudelijke visitaties.

Werkwijze

Hoe werkt NIAZ-accreditatie? Tijdens een meerdaags werkbezoek toetst een team van auditoren uit collega-instellingen of een ziekenhuis werkt volgens de gemaakte afspraken. Ook kijken zij of die afspraken bijdragen aan een goede organisatie van alle werkzaamheden. Die afspraken liggen vast in het zelfevaluatie-rapport dat een ziekenhuis na de accreditatie-aanvraag heeft opgesteld. Bij de toetsing dienen de NIAZ-kwaliteitsnormen als leidraad. Het werkbezoek resulteert uiteindelijk in een auditrapport met verbeterpunten. Het ziekenhuis vertaalt die in een actieplan. Op basis van het auditrapport en het actieplan besluit het NIAZ of het ziekenhuis aan de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie voldoet. Is dat het geval, dan ontvangt het ziekenhuis een accreditatiebewijs. Na een jaar komt een deel van het auditteam weer op bezoek om de uitvoering van het actieplan te controleren. Oordelen zij positief, dan wordt het accreditatiebewijs van het ziekenhuis voor vier jaar gecontinueerd.

NIAZ-accreditatie werkt dus op basis van 'peer review': de auditoren zijn leden van Raden van Bestuur, clustermanagers, kwaliteitsmanagers, specialisten en andere 'peers' die de ziekenhuiswereld door en door kennen. Het NIAZ leidt hen op en begeleidt hen tijdens het accreditatietraject. Om de onafhankelijkheid van de toetsing te garanderen, mogen de leden van het auditorenteam geen binding hebben met het te accrediteren ziekenhuis. Tevens tekenen zij voor geheimhouding.

INK-model

De relatie tussen het INK, het Instituut Nederlandse Kwaliteit, en het NIAZ is in de ziekenhuiswereld altijd een onderwerp van discussie geweest. Omdat die discussies in veel gevallen berustten op misverstanden, vroeg het bestuur van het NIAZ eind 2001 aan Professor dr. ing. T. Hardjono, hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, om een oriënterende studie uit te voeren naar de raakvlakken in het gedachtegoed van beide instituten en de mogelijkheden tot samenwerking. Na dit onderzoek concludeerden de besturen van het INK en het NIAZ dat er goede aanknopingspunten zijn om de relatie tussen beide modellen te verhelderen. In 2002 is gestart met de afstemming van de ziekenhuisbrede NIAZ-norm Kwaliteitssysteem en het INK-managementmodel. Dat resulteerde in juni 2004 in een nieuwe ziekenhuisbrede NIAZ-accreditatienorm: de Kwaliteitsnorm Zorginstelling. Deze norm vormt een synthese van de ziekenhuisbrede Norm Kwaliteitssysteem en de systematiek van het INK-managementmodel. De Kwaliteitsnorm Zorginstelling zal de Norm Kwaliteitssysteem per 1 januari 2005 definitief vervangen.

MediZorg ziekenhuis

Algemeen

Het MediZorg ziekenhuis is een algemeen streekziekenhuis en biedt medisch specialistische zorg aan de inwoners van de regio Noordwest Overijssel met een gezamenlijk inwonersaantal van ruim 85.000. Het MediZorg ziekenhuis heeft een marktaandeel van 76% in dit verzorgingsgebied. Binnen het ziekenhuis zijn alle poortspecialismen aanwezig en acht gespecialiseerde poliklinieken; diabetespoli, hartfalenpoli, geheugenpoli, stomapoli, CARA-poli en kinderdiabetespoli.

Visie op patiënten en patiëntenzorg

De patiënt staat centraal in het zorg- en behandelproces en in de wijze waarop het MediZorg ziekenhuis aan dit uitgangspunt invulling geeft. Een professionele deskundigheid, gekoppeld aan een persoonlijke houding van bewogenheid, betrokkenheid, invoelingsvermogen en verantwoordelijkheid zijn hierbij de kernbegrippen. De patiënt wordt hierbij gezien als uniek met specifiek bij die mens behorende zorgvragen. Hij is een persoon die zelf richting kan en moet geven aan zijn eigen leven. Hij zal dus ook een actieve rol moeten spelen in het zorg- en behandelproces. Leidend kenmerk is de patiëntgerichte zorgverlening; bedrijfsprocessen zijn rondom de patiënt georganiseerd. Een prominente plaats bij dit alles neemt de bejegening in van de patiënt door zowel de medisch specialist als de ziekenhuismedewerker.

Visie op medewerkers

Medewerkers zijn sleutelfiguren in het totale patiëntenzorgproces. De cliënt - zorgaanbieder verhouding krijgt mede door hun gedrag gestalte. De ideale medewerker voldoet aan de volgende kenmerken:

- toont zich verantwoordelijk voor patiënten en collega's;
- is ter zake deskundig en goed opgeleid;
- is mondig, zelfbewust en enthousiast;
- is taakvolwassen en streeft voortdurend een hoge individuele kwaliteit na;
- stelt zich coöperatief op.

Werken in een ziekenhuis betekent meestal multidisciplinair teamwork. In de visie van het ziekenhuis komen teams, maar ook individuele medewerkers, beter tot hun recht in een plat gestructureerde organisatie. Dit betekent in de praktijk, dat de verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie ligt.

Kwaliteitszorg

Patiënt- en klanttevredenheid

Om optimale zorg aan patiënten te kunnen bieden, is het van belang dat ziekenhuizen de tevredenheid toetsen over de aan hen geleverde zorg, nazorg en dienstverlening. Dat biedt ziekenhuizen de vereiste informatie voor het verbeteren van die zorg, mocht dat nodig zijn. Het MediZorg ziekenhuis onderzoekt systematisch de tevredenheid van de patiënten over de zorgverlening. Dat gebeurt via een jaarlijkse steekproef van alle patiënten (klinisch en poliklinisch) in de maand februari. Patiënten en bezoekers worden dan actief benaderd om een enquête in te vullen. De andere maanden kunnen patiënten er zelf voor kiezen om een enquêteformulier in te vullen

Klachten

Klachten zijn uitstekende signalen voor het analyseren, controleren en reviseren van de kwaliteit van de verleende (keten)zorg in het ziekenhuis. Als verzamelpunt voor klachten zijn klachtencommissies in het leven geroepen, die systematisch het klachtenproces begeleiden. Het jaarverslag stelt meestal hoeveel klachten in een bepaald jaar zijn geuit. Als rekenmaat wordt de gewogen patiënteenheden gebruikt, een berekening op basis van het aantal

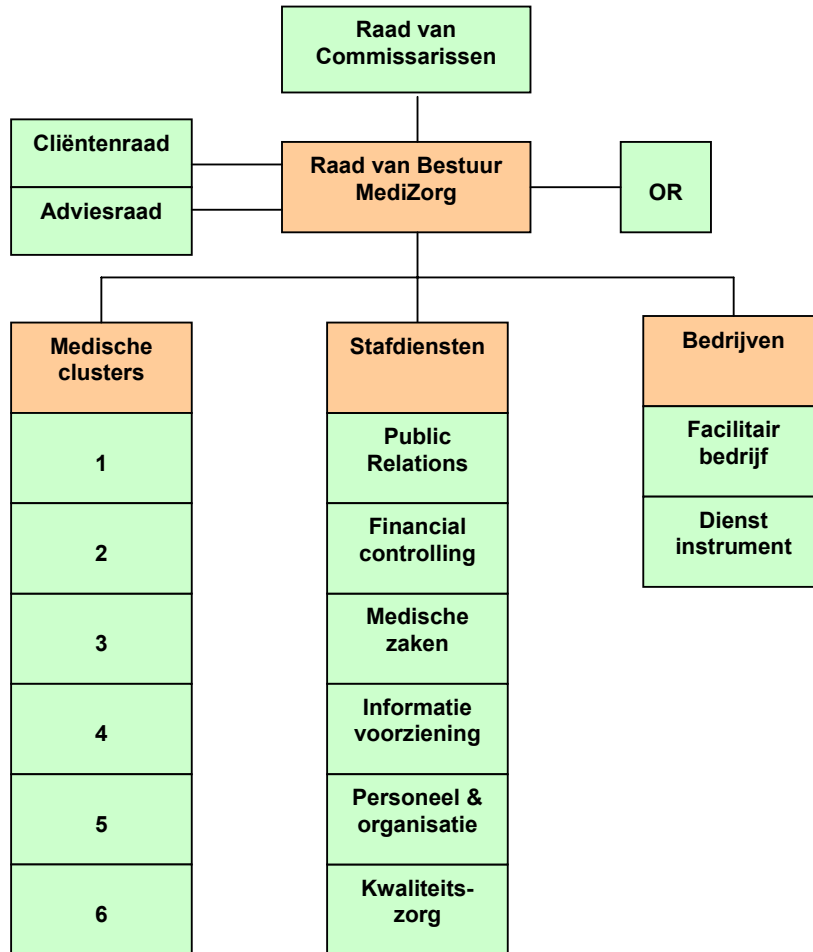
opnames, eerste polikliniekbezoeken, aantal verpleegdagen en het aantal dagverplegingdagen. Voor het MediZorg ziekenhuis bedroeg dit 214.726 patiënteneenheden. In 2004 zijn 39 klachten binnengekomen. Per gewogen patiënteneenheid betreft het dan 0,00018. Van het aantal klachten is 36% gegrond verklaard. Op dit moment is onbekend hoeveel procent van de gevallen dit tot maatregelen heeft geleid. De commissie registreerde deze gegevens tot op heden niet, maar is deze vanaf 1 januari 2005 wel gaan registreren, zodat dit het komend jaar beantwoord kan worden. Er zijn 47 klachten/opmerkingen niet via de klachtencommissie gemeld, maar bij de afdeling patiëntenvoorlichting.

Kwaliteitssystemen

Door het implementeren van kwaliteitssystemen kan een ziekenhuis systematisch de kwaliteit en het niveau van de verleende zorg (laten) controleren en waar nodig maatregelen voor verbetering treffen. Het ziekenhuis participeert nog niet in de accreditatiesystematiek van NIAZ. Daarnaast zijn wel andere positieve beoordelingen volgens een erkend systeem behaald, te weten HACCP (februari 2004), CCKL (augustus 2000).

Organisatiestructuur

De organisatie indeling is als volgt:



Personele bezetting

Voorzitter Raad van Commissarissen: prof. dr. J. Th. Van Dormolen
 Voorzitter Raad van Bestuur: drs. A.F.M. Meijer
 Leden Raad van Bestuur: dr. F.J. Batenburg, medische staf
 drs. H.G. Brentjens, clustermanager
 dhr. B.A. Geelhuis, manager bedrijven
 drs. T. Pieterse, manager staf

De medische clusters zijn gegroepeerd rond de belangrijkste medische specialismen. Binnen de clusters werken specialisten en verplegend personeel samen binnen de toegewezen zorgtaken. Specialisten zijn zelfstandig (veelal in een maatschap gestructureerd) en opereren als 'kleine bedrijven' binnen de ziekenhuisorganisatie. De coördinatie en aansturing door de heer Brentjens, de clustermanager, is indirect en faciliterend.

Feiten en cijfers van MediZorg ziekenhuis



Feiten en cijfers MediZorg ziekenhuis			
Algemeen	2003	2004	Mutatie
Inwoners verzorgingsgebied	85.000	85.000	0,00%
Medewerkers	620	650	4,84%
Specialisten	67	70	4,48%
Bedden	297	297	0,00%
Operatiekamers	5	5	0,00%
Kliniek			
Opnames	9.239	9.274	0,38%
Verpleegdagen	67.916	65.369	-3,75%
Gemiddelde verpleegduur in dagen	7,35	7,05	-4,08%
Polikliniek			
Eerste polikliniekbezoeken	49.887	52.368	4,97%
Herhalings polikliniekbezoeken	82.235	88.132	7,17%
Spoedeisende hulp patiënten	14.254	12.097	-15,13%
Dagbehandeling			
Dagbehandelingen	5.509	5.751	4,39%
Overige productgegevens			
Bevallingen (exclusief sectio's)	641	729	13,73%
Fysiotherapeutische behandelingen	29.554	29.410	-0,49%
Röntgenverrichtingen	54.011	54.814	1,49%
Poliklinische cytostatica behandelingen	1.744	1.463	-16,11%

Financiële resultaten

Over het boekjaar 2004 werd een negatief exploitatieresultaat van €2.828.000 door het MediZorg ziekenhuis gerealiseerd. Inclusief de aanpassing van het wettelijke, externe budget met €1,6 miljoen, is er sprake van een groei van het externe budget en overige bedrijfsopbrengsten ten opzichte van 2003 met €3.045.000. De totale bedrijfskosten plus de financiële baten en lasten verminderd met de opbrengsten voor dienstverlening voor derden stegen met €4.065.000 Het resultaat over 2004 verslechterde daardoor ten opzichte van vorig jaar met ruim €1.020.000.

Belangrijkste oorzaken voor het negatieve resultaat zijn:

- Een te forse groei van de personele formatie met 18 fte.
- De niet door de overheid gecompenseerde meerkosten van de ingevoerde arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten in dienstverband (AMS).
- De structurele reductie door de efficiëntiemaatregel van de Minister van VWS van het ziekenhuisbudget.
- De slechte beheersbaarheid van de materiële kosten en in het bijzonder het patiëntgebonden deel ervan.

Escalatie

De samenwerking met het verplegend personeel in dienst van het MediZorg ziekenhuis verloopt in een tweetal medische clusters niet naar behoren. Er doen zich herhaaldelijk conflicten voor in de onderlinge samenwerking. Voor de medisch specialisten tellen de individuele belangen zwaarder dan het collectieve belang. Een aantal specialisten oefent, volgens het verplegend personeel, een waar schrikbewind uit; hun wil is wet en zij bepalen het regime. In de afgelopen jaren zijn een tweetal clustermanagers vertrokken; één manager vertrok omdat hij niet langer verantwoordelijk wilde zijn voor een proces dat hij niet kon beïnvloeden (hij werd in zijn aanwijzingen volledig genegeerd door een aantal medisch specialisten) en zijn opvolger werd al na vier maanden de laan uitgestuurd omdat de intensiteit van de interne conflicten alleen maar toenam. Ook drs. H.G. Brentjens, clustermanager, voelt zich hulpeloos in deze situatie; hij heeft eigenlijk niets in te brengen. Het lijkt wel of de verziekte sfeer binnen een tweetal clusters zich uitbreidt naar de andere clusters. De interne conflicten hebben een negatieve uitwerking op de samenwerking en werksfeer binnen het gehele ziekenhuis en ook op de kwaliteit van de zorgverlening. In de laatste twee jaren staat de problematiek van de (gebrekkige) interne samenwerking stevast op de agenda van de overlegvergadering van de OR., overigens zonder enig resultaat. Steeds weer doet de Raad van Bestuur toezeggingen om via overleg verbeteringen tot stand te brengen maar alle acties stuiten op een onwrikbare houding van de medisch specialisten.

De voorzitter van de Raad van Bestuur, de heer drs. A.F.M. Meijer zei het in mei 2004 in een interview met het Zwols Dagblad als volgt: 'Ziekenhuizen en universiteiten zijn zeer complexe organisaties en ziekenhuisvolk is een apart volk. Ze luisteren nauwelijks naar buitenstaanders. Je hebt te maken met heel veel professionals en met zeer veel verschillende activiteiten. Je ziet in grote ziekenhuizen ook bijna geen buitenstaanders als leidinggevend'.

Januari 2005

Het verplegend personeel van de twee betrokken medische clusters heeft per direct de samenwerking met de specialisten opgeschort en eist acuut ingrijpen door de topleiding. Het verplegend personeel wordt daarin ondersteund door de clustermanager en de beroepsorganisatie verpleegkundigen NU'91. Deze laatste heeft met grote afschuw gereageerd op de onwrikbare situatie binnen de twee clusters en vinden het een schande

dat de specialisten hun conflicten zo uit de hand laten lopen. Ze duperen er, volgens NU'91, ook patiënten mee, en jagen de maatschappij op extra kosten.

De acute situatie heeft ertoe geleid dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de complete medische zorg binnen de twee clusters (waaronder de poliklinieken en de intensive care) van het MediZorg ziekenhuis te Zwolle voorlopig stilgelegd heeft. De IGZ heeft dit besluit genomen omdat zij van mening is dat de medische coördinatie binnen de clusters onvoldoende geregeld is. Dit zou een te grote risicofactor vormen voor de patiënten. De Raad van Bestuur van het MediZorg ziekenhuis is hier door de IGZ van op de hoogte gebracht. Volgens een woordvoerder van de inspectie is het in Nederland nog nooit voorgekomen dat twee complete medische afdelingen per onmiddellijk worden gesloten. De patiënten, hun familie en de medisch specialisten van de twee clusters zijn direct daarna door het MediZorg ziekenhuis geïnformeerd over de situatie en de gevolgen hiervan. De betrokken patiënten zijn vandaag overgeplaatst naar andere ziekenhuizen binnen de regio.

Het ziekenhuis kreeg bezoek van waarnemend burgemeester Loman van Til van Zwolle. Deze sprak van een 'zwarte ochtend' voor zijn gemeente. Volgens hem is de sluiting ingeslagen als een bom. 'Dit had niet hoeven gebeuren. Het wordt tijd dat de specialisten hun geschil met het verplegend personeel bijleggen.' Volgens de burgemeester is er in het MediZorg ziekenhuis onenigheid over wie de baas is en wie verantwoordelijk is voor welke patiënten. 'De zorg in het ziekenhuis is over het algemeen goed.

Op dit moment vindt er intensief overleg plaats tussen de Raad van Bestuur van het MediZorg ziekenhuis, de inspectie, de zorgverzekeraars en andere betrokkenen, met als doel de medische zorg op korte termijn weer te kunnen herstellen. Het is natuurlijk een uitermate ernstige situatie,' aldus Meijer. 'Tegelijkertijd zullen wij alles in het werk stellen om snel een oplossing te bereiken. Ik ga ervan uit dat onze medische staf de problemen net zo serieus neemt als ikzelf en ben van mening dat het daarom mogelijk moet zijn om ze te boven te komen.'