

Een zorginhoudelijke aanvulling op de scenariokeuze vanuit het patiëntenperspectief¹

Een bredere context

De Cliëntenraad wil breder kijken naar het fusievraagstuk dan alleen vanuit behoud van het Hofpoort ziekenhuis. Het gaat niet primair om de vraag of er straks nog een ziekenhuis is in Woerden (scenario H) of alleen een polikliniek (scenario G) overblijft, maar om de vraag waar de patiënt het meest mee gediend is.

De patiënt is volgens de cliëntenraad het meest gediend met een goede basis ziekenhuiszorg gedurende 24/7 dichtbij en specialistische hoog complexe of top klinische zorg waar dat het beste kan.

Bij een beschouwing vanuit het patiëntenperspectief moeten we dan ook inventariseren wat de belangrijkste kenmerken zijn van de zorgbehoevende populatie in de regio Woerden met betrekking tot de mogelijke medische zorgvraag. Daarbij is het goed om al bij voorbaat vast te stellen dat een voorspelling op gebied van de (medische) zorg, van welke ontwikkeling dan ook, slechts een beperkte houdbaarheid heeft. De inzichten in de zorg zowel aan de vraag- als aan de aanbodkant zijn niet stabiel. De medische technologie is voortdurend in beweging, de medische beroepsgroep zelf is bezig met normontwikkeling, de politiek geeft geen eenduidige richtlijnen of oplossingen en de zorgverzekeraars hanteren verschillende cijfers en strategieën. Vijf jaar vooruitblikken kan met enige zekerheid, maar daarboven wordt het al gauw speculatief.

In deze zorginhoudelijke aanvulling op de scenariokeuze wordt uitgegaan van een fusie tussen het Zuwe Hofpoort ziekenhuis en het St. Antonius ziekenhuis.

Fusiedruk

Ziekenhuizen neigen tot het vormen van grotere conglomeraten om een aantal redenen: grotere marktmacht in relatie tot de verzekeraars, efficiëntere omgang met de bureaucratische eisen van de buitenwereld en zeker stellen van productie in een tijd van voortdurend toenemende minimale volumenormen.

Grote ziekenhuizen kunnen deze problemen relatief zelfstandig het hoofd bieden. Zij bedienen een door zorgverzekeraars niet te onderschatten adherente populatie, zij kunnen de kosten van de overhead in relatie tot de omzet in bedwang houden en zij voldoen aan veel gangbare volumenormen. Maar vanuit de bedrijfskunde is bekend dat een grotere organisatie al snel meer bureaucratie kent dan een kleinere organisatie. Gevreesd moet worden dat de synergie tussen zorgverleners in een groter ziekenhuis minder zal zijn dan in een klein ziekenhuis.

In het voorstel van de RvB wordt de fusie in scenario G vormgegeven zodat uiteindelijk de kleine fusiepartner in feite als ziekenhuis ophoudt te bestaan. Het levert aan de poort nog wel zorg maar achter de poort is zoveel verdwenen dat het zorgaanbod op enig moment toch naar de grote fusiepartner wordt verplaatst. Daarmee verdwijnt geleidelijk een fenomeen dat kenmerkend was voor de Woerdense ziekenhuiszorg: het vertrouwde “eigen” ziekenhuis dat zich richt op een bepaalde bevolkingsgroep, dat integrale zorg kan aanbieden, waar wordt geboren en gestorven, waar men elkaar kent.

Voor de toekomst is het overigens belangrijk vast te stellen dat de notie terrein wint dat het “eigen” ziekenhuis niet zomaar een romantisch idee uit het verleden is maar een belangrijke determinant van de kwaliteit van onze gezondheidszorg.

Drie te onderscheiden maar samenhangende factoren spelen daarbij een belangrijke rol.

De patiënt van morgen.

In de ontwikkeling van het zorgstelsel is de patiënt in toenemende mate verworpen tot een verzameling te onderscheiden ziektes. Dit kan worden geïllustreerd door het fenomeen “DBC/DOT”. De ziekenhuiszorg wordt daarin opgedeeld in afzonderlijke diagnose-behandel-

¹ Een deel van de tekst is tot stand gekomen in samenwerking met prof.dr. G.H. Blijham

combinaties en langs die lijn bekostigd. Dit staat in schril contrast met de bekostiging van de huisartsenzorg. Daar geldt in belangrijke mate een abonnementstarief; er wordt niet betaald “per ziekte” maar “per mens”. Beide benaderingen hebben hun voor- en nadelen. Hier gaat het erom de DBC/DOT benadering te bezien als uiting van een reductionalistische in plaats van integrale visie op zorg.

Mensen worden ouder, oudere mensen krijgen vaker chronische ziekten, men heeft vaker twee of meer aandoeningen of handicaps tegelijk. Kanker, als voorbeeld, is vooral een ziekte van de oudere mens. Meer dan de helft van de kankerpatiënten is ouder dan 65. Maar oudere mensen hebben vaak ook andere aandoeningen. Tweederde van de patiënten ouder dan 65 heeft twee of meer aandoeningen, boven de 80 bijna iedereen. Ziekten en handicaps interfereren met elkaar. Wie antistolling krijgt in verband met een hartaanval of slecht ter been is wegens artrose, is in feite niet dezelfde patiënt met borstkanker als de buurvrouw die chronische longklachten heeft en wegens suikerziekte insuline spuit. Het gaat hier dan niet om krakkemikkige mensen; het zijn mensen die volop in het leven staan maar wel tijdens de behandeling van in dit geval borstkanker gediend zijn bij integrale zorg, waarin alle medische, maar ook sociale omstandigheden worden meegenomen. Zulke integrale zorg wordt het best gewaarborgd in een relatief klein ziekenhuis met snelle medische communicatielijnen en artsen met oog voor samenhang en kennis van de mens.

De patiënt van morgen is beter geïnformeerd door zijn of haar toegang tot cyberspace en die patiënt zal meer eisen stellen aan de eigen regie. Het is tenslotte zijn of haar lichaam dat wordt toevertrouwd aan de medische zorgbehandelaar. De keuze van de locatie en de keuze van de arts kan in samenspraak met de huisarts gebeuren, maar verwacht moet worden dat de patiënt daarin zelf steeds meer de regie naar zich toetrekt. Dat patiënten vanwege de kwaliteit bij voorkeur zullen gaan voor topklinische zorg of voor grote gespecialiseerde ziekenhuizen is een illusie. De medische kwaliteit en kundigheid van artsen die de behandeling uitvoeren is voor patiënten nauwelijks vast te stellen. Daarbij geldt ook nog dat hoe groter het ziekenhuis hoe kleiner de kans dat men juist bij de medisch gezien allerbeste behandelaar terecht zal komen. Men wordt in een groot ziekenhuis vaak geconfronteerd met nu eens deze dan weer die arts.

De arts van de toekomst.

De medisch-specialistische opleiding heeft zich in de afgelopen 30 jaar steeds meer bewogen in de richting van superspecialisatie. De kwaliteit van de opleiding werd in belangrijke mate bepaald door heel veel weten en heel veel kunnen. Een cardioloog moest verstand hebben van hoge bloeddruk en antistolling maar tegelijkertijd de vaardigheid bezitten om met behulp van catheters de kransslagaders open te maken. De medisch specialist zou een integralist moeten blijven maar tegelijkertijd een superspecialist zijn. Iedereen moest alles kunnen. In feite is hij of zij vooral superspecialist geworden.

Hierin zien we een kentering optreden. Superspecialisatie leidt tot superfragmentatie; de superspecialist kan één ding uitstekend maar andere dingen niet meer. Daarmee gaat het overzicht over de patiënt, inzicht in de interacties tussen ziekten en hun behandeling en uitzicht op de bredere medische en sociale context verloren. In de opleiding tot medisch specialist komt de aandacht voor generalisme terug. Waar grote ziekenhuizen uitstekend zijn in het bereiken van forse volumina en goede kwaliteit bij relatief zeldzame en complexe superspecialistische behandelingen, hebben zij de meeste moeite dit generalisme te realiseren. Ze zijn daarvoor te complex en te gefragmenteerd georganiseerd. Kleine ziekenhuizen, mits generalistisch georiënteerd, bieden het meest voor de hand liggende alternatief.

In dit licht moet overigens ook de discussie over de relatie tussen volumenormen en kwaliteit worden geplaatst die nu in veel disciplines gaande is. Uiteraard kan iemand iets beter als hij of zij het vaker doet, maar dit verband loopt niet tot in het oneindige door. Boven een bepaald aantal is meer niet meer beter, hoogstens hetzelfde of, zo is wel gesuggereerd, soms slechter. Voor borstkanker is 75 patiënten per jaar genoeg; meer is niet beter. Toch worden hier en bij andere aandoeningen of ingrepen veel hogere “normen” gesuggereerd of zelfs al in praktijk gebracht. Dit is een kwalijke uitwas van de superspecialisatie. De superspecialist “beschermt” het vakgebied door met behulp van op zwakke evidence gebaseerde normen de beoefening tot gespecialiseerde ziekenhuizen te beperken. Om misverstand te voorkomen:

Generalisme is niet hetzelfde als “niets kunnen”. Bij reële, op evidence gestoelde volumens/kwaliteit normen blijft er voor de generalist genoeg te doen over, waaronder de behandeling van een volksziekte als borstkanker (12.000 nieuwe patiënten per jaar van wie een flink deel ouder dan 65 jaar).

De omgeving van de toekomst

De omgeving waarin zorg moet worden verleend is in beweging. In het medisch domein neemt het belang van de eerste-lijn toe. In het sociale domein verdwijnen verzorgingshuizen en wordt de rol van thuiszorg en mantelzorg belangrijker. De ziekenhuiszorg zal op deze veranderingen moeten inspelen. Wat kan de huisarts overnemen, wat moet thuis allemaal worden geregeld, begrijpt de patiënt de instructies of moeten die vooral met de mantelzorger worden gecommuniceerd, hebben we een effectieve crisisinterventie: allemaal vragen van de nieuwe zorgtijd. Essentieel wordt dat het ziekenhuis en de daar werkende professionals niet alleen gevoel hebben voor deze vragen maar ook actief deelnemen aan het lokale zorgnetwerk om daarop passende antwoorden te vinden. De gemeente speelt in het lokale zorgnetwerk een toenemende rol. Goede communicatie tussen gemeentelijke instanties en het ziekenhuis wordt steeds belangrijker en zal mede bepalend zijn voor de kwaliteit van de zorgbeleving door de patiënt.

In essentie vraagt dit om “binding”. Huisartsen moeten toegang hebben tot het ziekenhuis om goede afspraken te maken over behandeling en begeleiding, de thuiszorg moet met het ziekenhuis kunnen praten over de beste vormen van overdracht en terugval, mensen uit het ziekenhuis moeten buiten de muren consultatieve functies vervullen, er moet worden gewerkt aan integrale vormen van communicatie met behulp van moderne ICT. De gemeente moet mede via het ziekenhuis goed op de hoogte kunnen zijn van de zorgbehoeften van de lokale populatie. Het ziekenhuis wordt zo “eigendom” van het lokale zorgsysteem. Het is duidelijk dat dit niet gaat lukken als honderden huisartsen moeten worden aangesloten, als tientallen gemeenten afhankelijk zijn van informatie vanuit het ziekenhuis of als thuiszorgers en mantelzorgers van 300.000 Nederlanders moeten worden bereikt. Een klein ziekenhuis kan hier veel beter mee omgaan dan een groter ziekenhuis. Dit is een belangrijke determinant van kwaliteit van zorg die in het alternatieve scenario H met een klein streekziekenhuis veel beter gewaarborgd is dan in scenario G.

Wat is klein en wat is een ziekenhuis?

In voorgaande is aangegeven wat de grote waarde van een klein ziekenhuis kan zijn voor het leveren van integrale zorg, verbonden met de omgeving en met oog voor heel de mens. De vraag is dan: wat is vanuit dit perspectief (en dus niet primair vanuit bedrijfs-economisch perspectief) klein? Daarop is geen eenduidig antwoord te geven. Locale omstandigheden spelen een rol, soms ook historie. Maar een indicatie is wel te geven. Als we als vertrekpunt nemen dat het ziekenhuis als “eigen” moet worden herkend, zou een verzorgingsgebied van 50 huisartsen een richtgetal zijn. Dat betekent een adherente populatie van ongeveer 100.000 inwoners. In Nederland betekent dit 160 ziekenhuizen. Inmiddels is dit aantal ongeveer de helft met een tendens tot verdere teruggang. Het is tijd voor bezinning

De tweede vraag hangt hiermee samen, namelijk wat is een ziekenhuis? Op een aantal plekken zien we ziekenhuizen ontstaan die in feite bestaan uit meer dan een ziekenhuislocatie. Zo vormen het SLAZ en OLVG een bestuurlijke, strategische en economische eenheid maar beschikken beide locaties over klinische voorzieningen inclusief spoedeisende hulp en intensieve zorg. Er is dus eigenlijk vanuit de patiënt en de sociale context beschouwd nog steeds sprake van twee ziekenhuizen. Ook in andere, meer stedelijke gebieden is van soortgelijke situaties sprake. Het begrip “ziekenhuis” krijgt zo meerdere invullingen, waarbij voor de beoordeling de functionaliteiten die aan de burgers wordt geboden leidend moeten zijn, eerder dan de formele rechtspositionele situatie.

Tenslotte: Woerden.

Woerden heeft van oudsher een goed streekziekenhuis. Jaarlijks haalt het allerlei erkenningen en onderscheidingen binnen. Het heeft samengewerkt met partners in Utrecht en Gouda, afhankelijk van functie of vakgebied. Belangrijk voor de omvang van de

ziekenhuisproductie is de samenwerking met de Maartenskliniek in Nijmegen op het terrein van bewegingsstoornissen en de operatieve behandeling daarvan.

De gemeente Woerden heeft 50.000 inwoners. Met patiënten uit omliggende gemeenten is een adherentie van >100.000 inwoners beschikbaar. Op die basis is een ziekenhuis te exploiteren, mits – en dat is nu reeds het geval - voor een aantal functionaliteiten (high level IC, behandeling van complexe patiënten) en voor een aantal organisatorische en logistieke aspecten (inkoop, kwaliteitsbewaking, ICT, HRM) aansluiting met andere ziekenhuizen kan worden gevonden. De grote kwaliteitsvoordelen, die eerder als kenmerk van kleinschalig lokaal/regionaal organiseren zijn geschetst, kunnen dan worden gehandhaafd.

Gezien de onderlinge afstand is het zinvol op meer lokaties klinische faciliteiten, maar vooral ook vormen van acute 24/7 zorgopvang en intensieve zorg te bieden maar dan wel in een gezamenlijke organisatie. Daarbij worden specialisten gedeeld, wordt in bepaalde periodes (feestdagen) het aanbod afgeslankt en worden andere synergievoordelen in de feitelijke zorgverlening nagestreefd.

Bij een dergelijke benadering past een andere organisatievorm dan die van de holding. Het is mogelijk een gezamenlijke stichting van ZHPZ en SAZ op te richten waarin alle gezamenlijke activiteiten van beide moederstichtingen zijn ondergebracht. Dit betreft dan niet alleen zaken als inkoop en back-office activiteiten maar ook gezamenlijke zorgfuncties als spoedeisende hulp, spoedeisende zorg, intensieve zorg en electieve zorg. Een dergelijke organisatievorm biedt goede mogelijkheden om besparingen voor beide moederstichtingen te realiseren en voor de inbreng van zorgactiviteiten een meer natuurlijk tijdspad met grotere flexibiliteit te bereiken.

Tenslotte nog een zorginhoudelijke opmerking. Wat veel mensen niet weten is dat het merendeel van de patiënten die zich melden voor spoedeisende hulp niet chirurgische maar interne problemen (kortademigheid, onregelde suiker, koorts door een ontsteking) heeft en niet een chirurgische maar een interne behandeling behoeft. Evenzeer is vaak niet bekend, dat de opnames op interne (inclusief longziekten en hartziekten) afdeling voor meer dan driekwart acuut zijn; bij de chirurgische afdelingen is dit percentage aanzienlijk lager. Het heeft dus weinig zin een spoedeisende afdeling te sluiten en een interne afdeling open te houden, evenmin als het omgekeerde zinnig is. In die zin is een vorm van spoedeisende hulp en een vorm van niet invasieve klinische faciliteiten aan elkaar gebonden. Een aantal ziekenhuizen in Nederland hebben problemen gekregen omdat ze zich deze relatie onvoldoende hebben gerealiseerd.

Conclusies

1. Het aanbieden van kleinschalige ziekenhuiszorg inclusief een vorm van spoedeisende hulp, intensieve zorg en klinische faciliteiten levert belangrijke kwaliteitswinst op voor de integrale gezondheidszorg in het betreffende gebied.
2. Om de kosten hiervan zo laag mogelijk te houden is een stevige, niet vrijblijvende alliantie met ziekenhuispartners nodig. Deze alliantie hoeft niet uit te monden in sterke concentratie en een strakke staf - lijn organisatie. De keuze voor het SAZ levert een extra uitdaging op, die met innovatieve vormen van organisatie in plaats van zwart/wit oplossingen veel beter te benaderen is.
3. Toenemende mondigheid van patiënten leidt ertoe dat in de zorg steeds meer rekening moet worden gehouden met wensen van patiënten. De patiënt zal zich steeds minder zo maar laten verwijzen. Het is daarom kortzichtig om een toekomstscenario te baseren op vooral medische ambities en de wens van artsen.