

Nadelen focused factory vervallen met integratie in klassiek ziekenhuis

Volume en maatwerk door één deur

Bart Berden,
raad van bestuur St. Elisabeth
Ziekenhuis Tilburg

Piet Hein Buiting,
raad van bestuur Canisius-
Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Correspondentieadres:
b.berden@elisabeth.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Ziekenhuiszorg bestaat uit standaardiseerbare en niet-standaardiseerbare zorg. Organisatorisch lijkt het zinnig ze te scheiden. Maar complicaties en multimorbiditeit vragen altijd om integratie en maatwerk. Alle reden om te zoeken naar de ideale combinatie.

Binnen de ziekenhuiszorg kunnen twee sterk verschillende functies worden onderscheiden. Enerzijds is dat de analyse, het doorzien van het probleem van de patiënt, waar het precies door wordt veroorzaakt en hoe het eventueel verholpen kan worden. In klassieke business termen heet zoiets een *solution shop*, te beschouwen als een diagnostisch centrum. Daartegenover staat de *production shop*, gericht op behandeling. Het inmiddels bekende probleem moet worden verholpen, en wel effectief, veilig, betaalbaar en met een minimaal ongemak.

Deze tweeledigheid heeft bij velen tot de overtuiging geleid dat grote aantallen zowel de kwaliteit kunnen vergroten als de kosten kunnen terugdringen. Een gedachte die nog extra wordt gevoed door aansprekende voorbeelden uit het buitenland, zoals het Texas Heart Institute, specifiek voor de analyse van cardiovasculaire problemen, de

Canadese Shouldice-kliniek voor liesbreuken en de Coxa-kliniek in Finland, die zich met louter heup- en knieoperaties bezighoudt.¹ Moeten we onze ziekenhuizen per direct gaan ombouwen? Nee, want er zijn zeker ook kanttekeningen bij te plaatsen, vooral in de Nederlandse context.

Eerst nog even terug naar de verschillen. Waar de *solution shop* gaat over het ontdekken van het specifieke probleem, over het intuïtief inzetten

van een grote variatie aan testen, over associatief denken en het verschil kunnen maken tussen patiënten, gaat het in de *production shop* juist om de overeenkomsten, de leidraad, de standaarden en protocollen.

Ook de zorgverleners verschillen. In de *solution shop* zijn breedte, ervaring en intuïtie gevraagd, terwijl de *production shop* vraagt om een focus, verdieping van kennis en kunde op ten minste één specifiek domein.

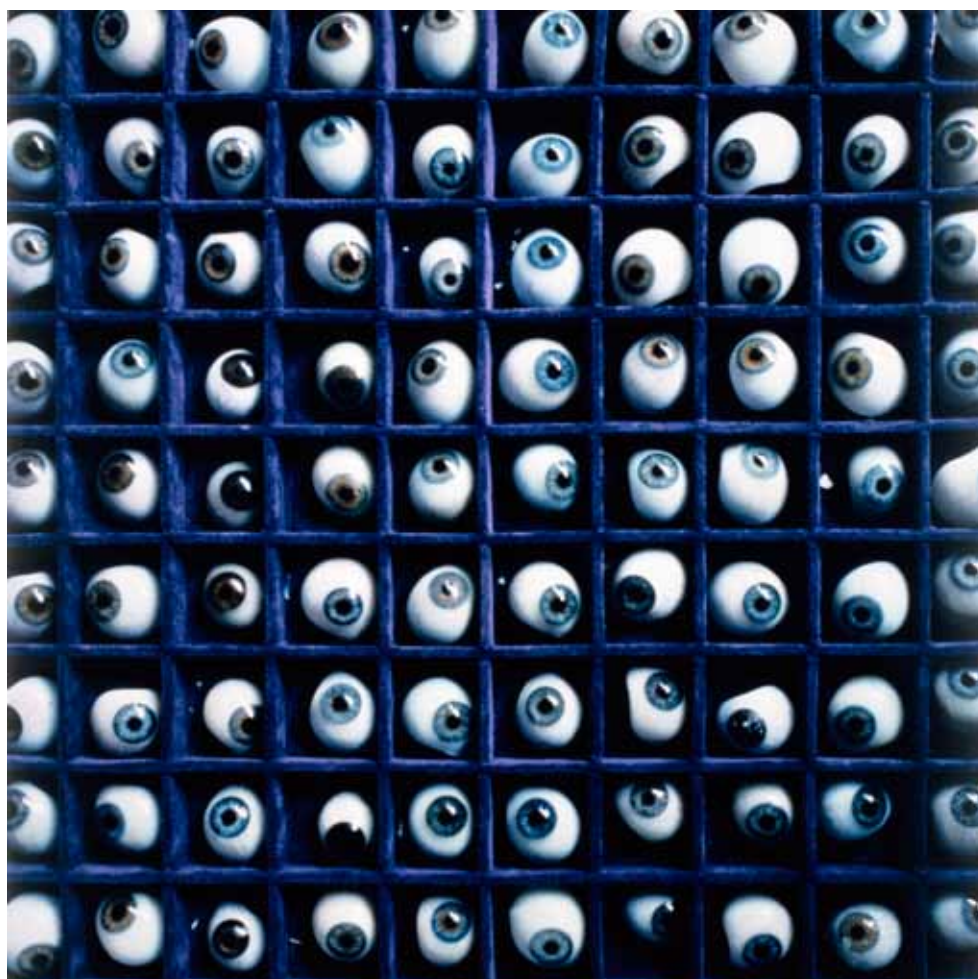
Betaling

Deze indeling heeft ook gevolgen voor de verantwoording en de betaling. De *solution shop* laat zich lastig uitdrukken in de, zo wenselijke, uitkomstmaat op patiëntniveau. Zicht op de populatie die zich aandient ontbreekt en het is daarbij moeilijk om de keuze van de aangevraagde testen te rechtvaardigen. De betaling van de *solution shop* is een fee voor service, ofwel betaling voor volume zonder dat deze afhankelijk kan zijn van de uitkomst. In de *production shop* echter is het mogelijk om de relevante determinanten te benoemen, zoals leeftijd en comorbiditeit, en deze te gebruiken om de uitgangssituatie te beschrijven. Met behulp van betekenisvolle uitkomstmaten, zoals percentage complicaties en noodzakelijke heroperaties, kan de verrichte ingreep worden beoordeeld. De betaling kan hier aan gekoppeld worden. Anders gezegd: hier kan veel beter worden afgerekend op uitkomst. Bovenstaande tweedeling werpt de vraag op of het splitsen van het huidige ziekenhuis nu

Moeten we onze ziekenhuizen per direct gaan ombouwen?

Oogheelkunde is heel geschikt om de voordelen van een tussenvorm tussen een *focused factory* en een klassiek ziekenhuis te illustreren.

beeld: Image Bank



een logische stap is, zoals vaak wordt beweerd. Zo simpel ligt het niet. In de eerste plaats zou dat aanzienlijke consequenties hebben voor de binding en de reisafstand tussen patiënt en zorgverlener. Maar ook zijn er gevolgen voor de rol van de professional, de arts in het bijzonder. Er zou een differentiatie van opleidingsniveau, betaling, autonomie en aansturing nodig zijn.

Beperkte evidence

Een belangrijke reden waarom de tweedeling niet klakkeloos moet worden overgenomen, is ook de magere inhoudelijke onderbouwing. Hoewel het logisch lijkt dat specialiseren tot betere resultaten leidt, is de evidence in deze beperkt en fragmentarisch. Bewezen is dat clustering van laagvolume/hoogrisico-chirurgie in enkele gevallen leidt tot betere kwaliteit, zoals bij slokdarmkanker en cystectomie. Of dit ook geldt voor andere aandoeningen is niet bewezen, maar wordt extrapolerend aangenomen. In het verlengde hiervan wordt concentratie van laagcomplex-/hoogvolume-in-

grepen in dedicated, vaak helemaal zelfstandig georganiseerde klinieken voorgestaan. Een zeer strikte focus met enorme aantallen patiënten kan een indrukwekkend verhaal opleveren met complicatiepercentages en heroperaties die met 90 procent zijn teruggebracht; en dat tegen de helft van de daar gebruikelijke kosten.

Helaas krijgt deze focus te gemakkelijk een politieke lading: het zet beleidsmakers en politici nogal eens aan tot een optimisme waar het gaat om besparingspotentieel. Dat is niet terecht, want het is zeer de vraag of buitenlandse cijfers een-op-een vertaald kunnen worden naar de Nederlandse situatie: cijfers die iets zeggen over het proces tonen wezenlijke verschillen. Appels en peren dus. Zo is de gemiddelde opnameduur in Shouldice vier dagen, terwijl deze ingreep in de Nederlandse algemene ziekenhuizen in dagbehandeling plaatsvindt. De Finse Coxa-kliniek meldt dat door specialisatie de wisseltijd op de ok is teruggebracht van anderhalf uur (!) naar negentien minuten: een wisseltijd die in Nederland gebruikelijk is. Het blijkt dus dat de uitgangssituatie verschilt en

SAMENVATTING

- Door zorg apart te organiseren in *production shops* is een hogere kwaliteit te behalen tegen lagere kosten.
- In geval van co- en multimorbiditeit, niet goed afgrensbare beelden en complicaties, wordt een belangrijk deel van de winst weer ingeleverd.
- Op zoek naar een optimale combinatie is het daarom zinvol om ook hybride varianten te onderzoeken: een *production shop* binnen het ziekenhuis.

dat er in Nederland in de procesrationalisatie al veel geïnvesteerd en geoogst is.

Er is nog een belangrijker aspect dat pleit tegen een volledig apart organiseren van een *production shop*, en wel de noodzaak te werken met een succesvolle a priori-selectie. Multimorbiditeit en hogere leeftijd passen minder goed in dit model. Toegang van alle patiënten zou de beschikbaarheid van aanvullende en vaak zeer kostbare voorzieningen zoals een ic noodzakelijk maken, waar efficiency en *outcome* onder te lijden hebben.

Nog maar zeven jaar geleden sloot het gespecialiseerde cardiologisch centrum 'De Klokenberg' zijn deuren omdat de bijkomende problematiek op niet-direct cardiologisch vlak, ter plekke niet op te lossen viel en om die reden de patiëntveiligheid in gevaar kwam.

Gepast gebruik

Is het concept dan helemaal zonder betekenis? Nee, het is vooral een kwestie van 'gepast gebruik'. Allereerst heeft het pas kans van slagen als de patiënt een van tevoren bekend probleem heeft dat via een eenduidige behandeling is op te lossen. Ook moeten er voldoende aantallen gehaald worden om bedrijfseconomisch verantwoord te kunnen werken. Tot slot moet voorspelbaarheid georganiseerd worden, ofwel vanuit het type ingreep (staar) ofwel door selectie vooraf (heup) ofwel door slechts een klein deel van het diagnostisch of therapeutisch traject af te handelen (scopie, MRI).

Multimorbiditeit en andersoortige onvoorspelbaarheid verstoren de *production shop*, en worden uitgesloten. Het uitsluiten betekent selectie vóór de poort. Omdat deze patiënten elders alsnog moeten worden behandeld, betekent het daar een verzwaring van de casemix. Het aanvullend organiseren kan alleen efficiënt zijn als er grote aantallen patiënten worden geholpen. Immers,

alleen dan worden de relatief dure voorzieningen, zoals een multidisciplinair behandelteam of een ic, voldoende benut.

De scheiding van taken werpt aldus de vraag op waar het optimum ligt tussen apart en geïntegreerd organiseren. En daarmee ook het maatschappelijke vraagstuk van de 'geëxcludeerde' patiënten.

Het oordeel over de waarde van het scheiden van zorgprocessen hangt niet alleen af van de vraag of de zorg voor één bepaalde groep patiënten te verbeteren is, maar zeker ook of het


op populatieniveau uiteindelijk positief uitwerkt. En juist hierover is erg weinig evidence, pro noch contra.

Combinatie

Een interessante tussenvorm kan een combinatie van een *focused factory* en een klassiek ziekenhuis zijn. Zo experimenteert het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg met een aparte afdeling Oogheelkunde, inclusief eigen operatiekamers. Als opgeschaalde voorzieningen nodig zijn, zoals klinische opnames, kan hier makkelijk gebruik van worden gemaakt waardoor de volle breedte van oogheelkundige zorg kan worden aangeboden. Andersom maakt het Elisabeth Ziekenhuis, zijnde een traumacentrum, frequent gebruik van oogheelkundige kennis bij aangezichtstraumata.

Oogheelkunde is een heel geschikt voorbeeld om de voordelen van zo'n tussenvorm te illustreren. Het grootste deel van het vak, in aantallen, betreft precisiegeneeskunde zoals cataractoperaties en het laseren van het hoornvlies.

In de afgelopen jaren zijn dan ook veel aparte oogheelkundige centra geopend, op te vatten als *production shops*. Maar een substantieel deel van het vak is hier niet onder te vangen, want ook in de oogheelkunde komen infectieziekten, degeneratieve afwijkingen, traumata of complicaties bij standaard ingrepen dagelijks voor. Juist dat maakt hybride vormen denkbaar: om daarbij toch de winst van de voorspelbare tak te boeken, kan er binnen een setting van het ziekenhuis een oogheelkundig precisiecentrum worden gevormd, inclusief eigen logistiek, beprijzing en mogelijk zelfs eigen verkoopvoorwaarden en garantieregelingen.

Het is de moeite waard om dergelijke hybride varianten nader te onderzoeken. Zodanig dat de voordelen gehandhaafd blijven, maar de nadelen goed zijn te managen. 

Concentratie zet politici aan tot optimisme over het besparingspotentieel



Het in de voetnoot genoemde MC-artikel vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.