

Banen staan nog niet op de tocht, financiering geeft wel hoofdbreken

Pijn van concentratie moet nog komen

Twan van Venrooij

Vaker opereren in een ander ziekenhuis en dus meer reizen. Dat is wat artsen tot nu toe merken van zorgconcentratie. Banen zijn er nog niet gesneuveld. Maar die dreiging hangt wel in de lucht. En de verdeling van het geld tussen samenwerkende ziekenhuizen is ook niet eenvoudig.

Afgelopen jaar heeft de concentratie van zorg een flinke impuls gekregen. Verschillende wetenschappelijke verenigingen hebben volumennormen gepresenteerd en de inspectie gaat er vanaf nu op toezien dat die ook worden behaald. Wie de norm niet haalt, loopt de kans niet gecontracteerd te worden door de zorgverzekeraar. Gevolg is dat maatschappen en ziekenhuizen die de normen niet halen, moeten samenwerken. Vorig jaar haalden plannen voor fusies en samenwerkingsverbanden dan ook regelmatig het nieuws.

Een van de ziekenhuizen die een aantal behandelingen – blaas- en alvleesklieroperaties – niet meer aanbieden, is het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp. ‘Met de cystectomieën zaten we

de afgelopen jaren steeds rond het minimum van tien operaties per jaar’, vertelt uroloog Arjen Noordzij. ‘Datzelfde gold voor het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en dat ziekenhuis had al een wat

nauwere samenwerking met het Haarlemse Kennemer Gasthuis. Daar hebben we ons toen bij aangesloten.’

De afspraken komen erop neer dat de diagnostiek en het multidisciplinair overleg in het eigen ziekenhuis plaatsvinden, en de operatie en directe nazorg in het Kennemer Gasthuis. ‘We maken die patiënten oneerbiedig gezegd panklaar’, aldus Noordzij. ‘De operaties worden

uitgevoerd door een vast team bestaande uit mijzelf, een van mijn collega’s en twee urologen uit het Kennemer Gasthuis. Vervolgens wordt daar ook de postoperatieve zorg verleend tot het moment dat de patiënt met ontslag kan. De controles vinden weer in ons ziekenhuis plaats.’

Banden aangehaald

De Sionsberg in Dokkum heeft eveneens regionale afspraken gemaakt om aan de volumennormen te kunnen voldoen. Voor borstkanker- en darmkankeroperaties is een overeenkomst gesloten met Nij Smellinghe in Drachten, vertelt chirurg Martijn Möllers. ‘De afspraak is dat we de operaties voor onze patiënten in Drachten laten plaatsvinden of zelf daar kunnen doen. Onze patiënten met endeldarmkanker opereren we al enige tijd daar.’

De samenwerkingsverbanden die er al waren, zijn eenvoudigweg aangehaald, stelt Möllers. ‘Het houdt in dat je je agenda meer moet afstemmen op die van het andere ziekenhuis, maar in goed overleg verloopt dat zo goed als probleemloos. De contacten zijn erg goed. Dat moet ook, want je moet elkaar kunnen vertrouwen met elkaars patiënten. Verder zal het werk meer op beide locaties plaatsvinden, maar dat vind ik persoonlijk geen probleem.’

Eén locatie

Binnen de zogenoemde A12-coöperatie, een samenwerkingsverband tussen het Groene Hart Ziekenhuis (GHZ) in Gouda, het LangeLand in Zoetermeer en het Bronovo en Medisch

‘We maken de patiënten panklaar’



Concentratie van zorg betekent voor specialisten tot nu toe vooral dat ze een aantal dagen per week in een ander ziekenhuis werken.

beeld: Getty Images, MC

Centrum Haaglanden (MCH) in Den Haag, is al meer zorg geconcentreerd. De vier partners hebben gezamenlijk een PET/CT-scan, een obesitaskliniek, een ICT-netwerk, een liesbreukstraat en sinds kort een oncologisch centrum. 'We willen in eerste instantie de hoogcomplexere laagvolumezorg, met name de chirurgische ingrepen, concentreren op één locatie', vertelt Dingeman Swank, chirurg in het GHZ en kwartiermaker voor de concentratie van oncologische zorg binnen de coöperatie. 'De snijdende oncologie gaan we in MCH Antoniushove doen. Per 1 januari zijn blaascarcinomen en longoperaties hier geconcentreerd.' De Coöperatie wil uiteindelijk ook hoogvolumezorg gaan concentreren; later dit jaar eerst de zorg voor borstkankerpatiënten en naar verwachting volgend jaar ook de darmoperaties. De ziekenhuizen van de coöperatie hebben ervoor gekozen om patiënten op te nemen in hun eigen ziekenhuis en enkel de operatie te laten plaatsvinden in het oncologisch centrum. De nazorg krijgt de patiënt ook weer in het eigen ziekenhuis. Gevolg daarvan is dat een deel van de opbrengsten die worden geïnd door het verwijzende ziekenhuis overgemaakt moet

worden, vertelt Swank. 'Het financiële aspect is nog niet helemaal opgelost. Je opent de DOT in één ziekenhuis en daarna wordt de patiënt in een ander ziekenhuis geopereerd. Eigenlijk zou er één lopende DOT moeten zijn, maar zoiets bestaat nog niet. Ook moet nog definitief worden bepaald wie contracteert.'

Begroting

'Dertig blazen en zestig longpatiënten, dat merk je niet in de begroting', vervolgt Swank. 'Maar daarna komen er achthonderd patiënten met borstkanker, en vergelijkbare aantallen met dikkedarmkanker. Wat betekent dat voor de begroting van een ziekenhuis? Daarbij zijn de consequenties van het verplaatsen van de oncologische chirurgie ook dat er in MCH Antoniushove tweeënhalve operatiekamer vrijgemaakt moet worden. De specialismen die daar gebruik van maken, moeten dus ergens anders heen. Als je een stap verdergaat en ook de hoogvolumechirurgie gaat concentreren, betekent dit een verschuiving van het zorgaanbod. Maar wat betekent het voor een individueel ziekenhuis om zoiets als de chirurgische oncologie of heupoperaties te verliezen?'

SAMENVATTING

- Door de invoering van enkele volumenormen is een aantal ziekenhuizen gaan samenwerken om aan de normen te voldoen.
- Deze ontwikkelingen hebben geleid tot verschillende soorten samenwerkingsverbanden.
- Door de betrokken artsen zijn de hiervoor benodigde afspraken snel en probleemloos gemaakt, maar voor de financiële consequenties zijn nog geen goede oplossingen.

Möllers van de Sionsberg vindt dat er niet goed is nagedacht over de consequenties van de invoering van volumenormen voor kleine ziekenhuizen. 'De Sionsberg is een klein streekziekenhuis dat met name basiszorg levert en naar verwachting moeilijk winstgevend te maken is. We hebben in feite al gecentreerd wat gecentreerd zou moeten worden. We willen de zorg zo veel mogelijk dicht bij de patiënt hebben en kunnen dat ook bieden, maar dit scenario kost in deze omgeving gewoon geld. Het is een politieke keuze of puur op financiële gronden ook de basiszorg gecentraliseerd zou moeten worden. De kwaliteit van zorg zal dan naar onze mening minder worden.' Bij de besprekingen over samenwerking tussen de urologen van het Kennemer Gasthuis en het Spaarne Ziekenhuis zijn de kosten bewust achterwege gelaten, mede omdat de ziekenhuizen onderzoeken of een meer verregaande vorm van samenwerking mogelijk is. Noordzij: 'Die vraag hebben we helemaal uit de discussie gelaten, ook omdat we met beide maatschappijen in gesprek zijn om te gaan fuseren. We hebben met name gekeken naar hoe de zorg in deze regio ingericht moet worden om een zo hoog mogelijke kwaliteit te krijgen.'


Enthousiast

In alle drie de ziekenhuizen bleek het voor de artsen onderling geen enkel probleem om te komen tot afspraken. 'De dokters werden hier meteen heel enthousiast over', vertelt Swank van het Groene Hart Ziekenhuis. 'Zij begonnen direct met het verdelen van de zorg en stelden dat er dan wel één locatie voor zou moeten zijn. Ik ben eigenlijk gestuurd in plaats van dat ik ze erbij moest trekken.' In de Sionsberg hadden de specialisten elkaar ook 'binnen vijf minuten' gevonden. En in de regio Kennemerland maakte het bestaan van de Kennemer urologenvereniging – 'we gaan een paar keer per jaar eten en bespreken een wetenschappelijk onderwerp' – het proces een stuk makkelijker.

Hoe de samenwerking op bestuurlijk niveau georganiseerd moet worden, lijkt een lastigere kluit en wordt in de ziekenhuizen momenteel nog onderzocht. 'De grote vraag is of je al deze verschillende winkeltjes wel kunt besturen zonder oplossingen voor de financiële consequenties', stelt Swank. Hilde Royen, internist en voorzitter van de medische staf van de Sionsberg, stelt dat duidelijk is geworden dat het enkel maken van afspraken op professioneel gebied onvoldoende is. 'Er moet een economisch kader gemaakt worden. Die uitdaging hebben we nu. Eigenlijk zijn deze ontwikkelingen tegengesteld aan de marktwerking in de zorg. Dat heeft voor schotten gezorgd, terwijl dit juist vraagt om open deuren. Op specialistenniveau verloopt dat vaak heel soepel, maar vervolgens moet er een bestuurlijk kader worden gemaakt waarin dat mogelijk is.'

Minder specialisten

Voor de artsen uit de verschillende ziekenhuizen betekent de concentratie van zorg nog vooral dat zij een deel van de tijd in een ander ziekenhuis werken. Dat kan lastig zijn, stelt Swank, die een aantal dagen per week naar MCH Antoniushove gaat voor bariatrische chirurgie. 'In het begin is het minder leuk. Je hoort nergens bij, werkt in een half kantoor en moet de nazorg voor je patiënten aan een ander overlaten.' Toch went dat wel, aldus Swank.

Vervelender is dat uiteindelijk ook minder artsen een bepaalde ingreep gaan uitvoeren. Dat is tenminste wel de insteek van de coöperatie. 'We willen niet alleen patiënten concentreren maar ook door minder specialisten laten opereren', vertelt Swank. 'Niet vier keer drie urologen, maar vier urologen. En niet zestien artsen voor borstkanker, maar acht en daarna nog minder. Dan krijg je vanzelf ook meer patiënten per dokter. En wordt de kwaliteit beter.' Wat er met de overblijvende dokters moet gebeuren, is nog volstrekt onduidelijk. 



Meer artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

praktijkperikel

Medicalisering

Bij mevrouw C. wordt leukemie vastgesteld. De behandeling is zwaar en langdurig maar slaat gelukkig aan. Controles vinden met steeds grotere tussenpozen plaats. Tot de oncoloog zegt: 'Ik kan u feliciteren. U bent genezen. Verdere controles zijn niet nodig.'

Patiënte kijkt de arts met grote verschrikte ogen aan. 'Maar dan zie ik u nooit meer terug dokter!' roept ze ontsteld.

/praktijkperikel