

Ilse Kleijne

i.kleijne@medischcontact.nl

@medischcontact

HAAGLANDEN MC MAAKT KEUZES DIE ANDERE ZIEKENHUIZEN NOG WACHTEN

‘Artsen zullen mee moeten bewegen’

De commotie rond het verdwijnende Bronovo-ziekenhuis laat zien hoe groot het taboe is dat rust op het afstoten van een ziekenhuislocatie. Twee artsen van het medisch bestuur van Haaglanden Medisch Centrum verdedigen de keuze.



Het geluid van een dichtvallende deur van het Bronovo-ziekenhuis galmt nog na. Maar de voorgenomen sluiting van dat bekende ziekenhuis is eigenlijk onterecht de hoofdpersoon geworden in het verhaal achter de keuzes die Haaglanden Medisch Centrum (HMC) op dit moment maakt om zijn ziekenhuiszorg anders in te richten, stellen HMC-cardioloog en voorzitter van de Vereniging Medische Staf Bastiaan Sorgdrager en HMC-radioloog en voorzitter van het medisch-specialistisch bedrijf (msb) Theo de Rooij. Sorgdrager en De Rooij zijn twee pleitbezorgers van de ingezette koerswijziging bij HMC. Een wijziging die volgens hen vooral draait om het scheiden van acute en planbare zorg, en om het buiten de ziekenhuisdeur plaatsen van zorg. Het HMC zat met drie locaties – een erfenis van een fusie in 2015 – ruim in zijn jasje. De vierkante meters van het Bronovo waren ‘niet noodzakelijk om de zorg anders in te richten’, aldus Sorgdrager. ‘En ze kosten te veel geld om voor de lange termijn te behouden.’

Voorloper

Eén van de drie HMC-vestigingen gaat dus dicht. De ene resterende vestiging, HMC Westeinde in de Haagse binnenstad, gaat zich richten op acute en hoog complexe zorg. De andere overgebleven locatie, Antoniushove in het noordoostelijk gelegen Leidschendam, op planbare en oncologische zorg. En voor chronische en ouderenzorg wordt de komende jaren, in overleg met partijen als huisartsen en patiëntenorganisaties, een vorm uitgewerkt buiten het ziekenhuis, dicht bij patiënten. Dat is in een notendop het plan dat HMC eind januari naar buiten bracht.

‘Wij zijn een voorloper in het maken van keuzes die de rest van Nederland ook moet maken’, durft cardioloog Sorgdrager de stelling aan. ‘Gezien de stijgende kosten binnen de zorg hebben alle ziekenhuizen de verplichting om na te denken over hun toekomst, om dezelfde kwaliteit te kunnen blijven bieden.’ De Rooij: ‘Het gaat om keuzes die nodig zijn omdat het zorgveld verandert.’

Het aantal instellingen voor medisch-specialistische zorg zal de komende jaren afnemen door ontwikkelingen om de zorg betaalbaar te houden, constateerde ook toezichthouder NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) onlangs. Die

afname kan op ongeleide manier plaatsvinden, zoals de faillissementen van MC Slotervaart en de IJsselmeerziekenhuizen illustreerden. Of via voorbereide verandering, zoals bij HMC of andere ziekenhuizen die sleutelen aan hun aanbod. Zo wil het Dijklander Ziekenhuis (het gefuseerde Waterlandziekenhuis en Westfriesgasthuis) dit voorjaar één van de buitenpoli's sluiten, en bezint de Drents-Groningse ziekenhuisgroep Treant zich momenteel op de toekomst van zijn zorgaanbod.

Zwarte cijfers

Het nieuws over de Bronovo-sluiting lekte eind 2018 uit, in een periode dat politiek en publiek nog aan het bijkomen waren van de schok van de Slotervaart- en IJsselmeer-faillissementen. Maar de beslissing bij het HMC kwam niet uit de lucht vallen, zegt Sorgdrager, die moeite heeft met de koppeling met die omgevallen instellingen. Die samenloop van omstandigheden ‘plaatste HMC in een rijtje ziekenhuizen waar het niet thuishoort’, zegt hij. ‘Wij zijn geen instelling die er financieel slecht voor staat.’

‘Het is heel duur om acute zorg in de lucht te houden’

HMC schrijft zwarte cijfers, en wordt door accountancybureau BDO al een paar jaar in het rijtje financieel gezonde ziekenhuizen geplaatst in zijn jaarlijkse financiële vergelijking. Maar ‘die zwarte cijfers gingen wel langzaam achteruit’, stelt radioloog De Rooij. Dure acute zorg hield het ziekenhuis tot nu toe overeind door deze deels te betalen uit de opbrengsten van planbare en chronische zorg – ‘de grote hap van elk ziekenhuis’ – maar de tarieven daarvan staan volgens De Rooij ‘onder druk van verzekeraars’. ‘Kleine ziekenhuizen lopen op zulke financiering stuk en gaan allemaal failliet als ze daaraan vasthouden.’ Ook worden de kwaliteitseisen voor acute zorg steeds strenger, en daarmee duurder, licht De Rooij toe, die acute zorg ‘een bleeder’ voor ziekenhuizen noemt. ‘Het is heel duur om dat in de lucht houden. Je moet een ic hebben, een ok, verloskundigen die paraat staan, SEH-artsen, veel mensen in de nacht. Dat is een dure hobby, dat moet Nederland beseffen.’

Afbouwen

Tel daarbij op de richting die voor medisch-specialistische zorg is uitgezet binnen het hoofdlijnenakkoord, die afdwingt dat er meer zorg buiten het ziekenhuis wordt gebracht om de uitgavengroei tot stilstand te dwingen. ‘Je bent verplicht om af te bouwen binnen het ziekenhuis’, aldus De Rooij. ‘Een groot deel van planbare en chronische zorg kan ook in de anderhalve lijn.’ Dat alles bij elkaar maakt wel ‘dat je kunt verwachten dat de cijfers op een gegeven moment rood wor-

den.’ De tijd van kaasschaafoplossingen was voorbij, zegt De Rooij. ‘Dat had geen zin meer, er moest iets structureels veranderen.’ Want het ziekenhuis stonden op langere termijn ook nog investeringen te wachten in betere ICT, technologische vernieuwingen en gebouwonderhoud, waar onvoldoende geld voor op de planken zou liggen. Sorgdrager: ‘We zouden niet omvallen, maar misten wel de mogelijkheid om op lange termijn te investeren.’ Volgens de cardioloog was de medische staf al zo’n kleine twee jaar aan het nadenken over hoe het HMC zich ‘wil positioneren in het zorglandschap’. In een enquête konden artsen vorig jaar hun ideeën over de toekomst aangeven. Het nadenken kwam in de loop van vorig jaar noodgedwongen in een stroomversnelling door personeelstekorten, schetst Sorgdrager. Met name het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen noopte het HMC al tot ingrijpen, door per oktober het aantal ic-afdelingen van drie naar twee locaties terug te brengen.

Scheiding

Alles bij elkaar was er reden genoeg om na de zomer de hulp in te roepen van externe adviseurs, om een ‘herstructureringsplan’ op te stellen. Van september tot november werden volgens De Rooij allerlei verschillende opties bekeken. Teruggaan naar één locatie was volgens de radioloog niet mogelijk. Met twee locaties kon een al langer gekoesterde wens werkelijkheid worden: het scheiden van acute en electieve plus oncologische zorg. ‘Daar lag onze focus op’, zegt Sorgdrager. ‘En dat kan prima met twee locaties: één centrum voor acute zorg in de Haagse binnenstad en één locatie voor planbare en oncologische zorg elders.’ Die scheiding zal het ziekenhuis een stuk efficiënter maken, denkt De Rooij, want acute en planbare zorg zitten elkaar nogal eens in de weg. ‘Ik ben ervan overtuigd dat als we straks die scheiding hebben neergezet, er veel nu nog verborgen kosten naar voren komen. Het gebeurt dagelijks dat een geplande operatie op het laatste moment moet worden afgezegd, omdat er een acute operatie tussendoor komt, soms nog terwijl een patiënt al toegebedekt op de operatietafel ligt.’ Bovendien ontwikkelt de medische sector zich richting ‘zorg in netwerkverband’; daar is

Sorgdrager net als de Federatie Medisch Specialisten van overtuigd. ‘Dat is ook iets waar we al mee bezig waren. Zo hebben onze cardiologen en orthopeden spreekuren bij huisartsenpraktijken. We maken nu een verdere stap die kant op.’ Artsen zullen daarin mee moeten bewegen, zegt De Rooij. ‘De medisch specialist verliest geen werk, want er is onbeperkt werk. Maar hij moet erachteraan gaan, mobieler worden. De afgelopen honderd jaar hebben we alles naar het ziekenhuis getrokken. Tot voor kort konden we achteroverleunen en op de patiënt wachten, maar die tijd is over. De wereld is aan het veranderen. De patiënt dwingt ons, door techniek en digitale tools waarmee hij meer regie krijgt, om het anders te doen. Bedrijven als Google en Apple nemen met hun ontwikkelingen de massa daarin mee. Het werk wordt meer fluide, gaat af van de vaste plek. Alleen een arts die op zijn stoel wil blijven zitten in het ziekenhuis, heeft een probleem.’

‘De tijd van kaasschaafoplossingen was voorbij’

Koffiedik

De Rooij en Sorgdrager willen hun vingers niet branden aan een inschatting welk deel van de HMC-artsen die ze vertegenwoordigen de gekozen koers toejuicht of afwijst. ‘Keuzes doen pijn, alle veranderingen stuiten op weerstand’, zegt Sorgdrager over de ‘terechte emoties’ die opspelen over het einde van Bronovo. ‘Er werken ongeveer 360 medisch specialisten bij HMC. Dan heb je ook 360 meningen’, constateert De Rooij droog, die spreekt van een ‘rouwproces’ waar sommige artsen in zitten. Het uitlekken van informatie naar de media leidde tot flinke onrust, benadrukt Sorgdrager.

Vier taskforces zullen zich de komende tijd buigen over de vraag hoe het ziekenhuis de zorg, verdeeld over vier gekozen profielen (acuut, planbaar, oncologisch en chronisch), precies vormgeeft binnen en buiten de resterende locaties. In elke taskforce zitten ook medisch specialisten. De Rooij: ‘Die taskforces moeten elke vakgroep erbij betrekken. Want anders gaat dit plan niet lukken.’ Sorgdrager: ‘Het moet echt ook door artsen worden gedragen om te slagen.’ Hoe het eindplaatje er uiteindelijk uit zal zien, is volgens De Rooij ‘nog koffiedik kijken’. Eén ding weet Sorgdrager in ieder geval zeker: ‘Wij zijn nog in de gelegenheid om zelf keuzes te maken.’ ■

web

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