

Andere zorgverdeling ziekenhuizen - eerstelijns zorg - een veranderend zorglandschap in Noordoost-Groningen -

Martin Stijnenbosch en Wilma Wolf, Kenniscentrum Noordruimte, Hanzehogeschool

Het zorglandschap In Nederland is momenteel sterk aan het veranderen en dat heeft grote gevolgen voor het vastgoed en voor de locatie waar de zorg in de toekomst zal worden verleend. Zo moeten de zorginstellingen hun vastgoed verrekenen in hun bedrijfsvoering, wat voor die tijd niet het geval was. Tegelijkertijd krijgen de huisartsen steeds meer functies toebedeeld, wat er toe leidt dat zij steeds meer gezamenlijk vanuit centrale praktijken zullen moeten gaan werken, waar ook specialistische kennis en apparatuur aanwezig is. Om de concurrentiepositie van ziekenhuizen te verbeteren worden steeds meer onderdelen van de ziekenhuiszorg verplaatst naar de eerstelijnszorg. Dit vraagt om een nauwere samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg (huisartsen). Er ontstaat een duidelijke vorm van ketenzorg, waarbij de patiënt centraal staat waaromheen de zorgverlening vanuit verschillende disciplines wordt georganiseerd. Daarnaast zien we dat ziekenhuizen specifieke functies concentreren op één locatie en ontstaan er verdergaande specialisaties binnen ziekenhuizen. Die ontwikkeling vindt plaats in een tijd waarin ook een toename plaatsvindt van dagbehandelingen en poliklinische behandelingen. Voorkomen moet worden dat patiënten onnodig lang in het ziekenhuis moeten verblijven, omdat er geen directe aansluiting is voor vervolgzorg. Mede door deze veranderende ziekenhuisactiviteiten komen de zorgprocessen er anders uit te zien.

Ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg

Twee ontwikkelingen zijn bepalend geweest voor de huidige ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg. Allereerst is het bekostigingssysteem van zorgvastgoed veranderd. Als een ziekenhuis er vroeger in slaagde van het Ministerie van VWS of haar voorgangers een vergunning voor nieuwbouw of uitbreiding in de wacht te slepen, dan waren alle kosten van de financiering van de bouw gegarandeerd. Daarom werden de ziekenhuisgebouwen gebouwd op basis van het maximale gebruik (piekbelasting). Momenteel wordt deze vergoeding van de bouwkosten afgebouwd tot 2018 en vervangen door een systeem waarin de huisvestingskosten uit de zorgkosten gefinancierd moeten worden. Dat betekent dat de zorginstellingen zelf de bouwkosten moeten terugverdienen en daarmee dus zelf het vastgoedrisico dragen. De tweede grote verandering waarmee ziekenhuizen te maken krijgen, is de veranderde manier van financiering. Tot voor kort konden de ziekenhuizen rekenen op een gegarandeerde afzet van hun diensten door de contracteerplicht voor de verzekeraars, die verplicht waren het overeengekomen volume af te nemen. Nu deze regeling is komen te vervallen, moeten de ziekenhuizen zich inspannen om hun diensten aan de man te brengen. Daarbij wordt de toekomst van een ziekenhuis steeds meer bepaald aan de onderhandelingstafel met de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars bepalen welke specialismen in welke ziekenhuizen mogen worden gehandhaafd. Overigens was dat ook de bedoeling, toen in 2006 het Nederlandse zorgstelsel werd gewijzigd. 2013 was het eerste jaar dat zorgverzekeraars echt selectief gingen inkopen. Niet alle medische behandelingen werden meer bij één en hetzelfde ziekenhuis afgenomen.

Deze ontwikkelingen leiden tot concurrentie tussen ziekenhuizen. De aanbodgerichte zorg is vervangen door een vraaggestuurde zorg, waarbij de ziekenhuizen zich steeds meer als ondernemers moeten gedragen. Zij moeten inspelen op de veranderende zorgvraag.

Gebruiker centraal

Tot voor kort was het zo dat de patiënt van mens tot object transformeert zodra hij het ziekenhuis binnenkomt. Dan was men de man of vrouw van het gebroken been of het hartinfarct. Dat is niet meer van deze tijd. De patiënt wordt steeds kritischer en is beter geïnformeerd over de mogelijkheden die de zorgverlening of zorgalternatieven bieden. Dit heeft tot gevolg dat hij zijn wensen beter gaat verwoorden en meer eisen stelt aan de hedendaagse zorg. Waar voorheen een aanbodgerichte zorgvisie voor de hand lag, is dit in de huidige samenleving niet meer denkbaar. De patiënt wil zelf bepalen welke zorg hij krijgt en hoe deze zorg ingevuld moet worden. Vraaggerichte zorg is dan ook het uitgangspunt. Niet langer wordt het accent gelegd op het creëren van een aanbod waarvan vooral de zorgaanbieder zelf denkt dat het in een behoefte voorziet. Het accent is meer komen te liggen op het goed luisteren naar de vraag om vervolgens daarop een zo passend mogelijk aanbod te creëren. Deze omschakeling, van aanbodgericht naar vraaggerichte zorg, zorgt voor een grote cultuurverandering binnen zorginstellingen en andere participerende partijen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011) beschrijft in haar achtergrondstudie de volgende ontwikkelingen in het medisch specialistisch landschap;

- De rol van de patiënt in het zorgproces wordt groter en actiever;
- Er is een toename van indirecte communicatie tussen zorgconsument en zorgverlener, dus niet langer face-to-face;
- Zorg vindt steeds vaker buiten de muren van het ziekenhuis plaats; het is niet meer nodig om alle zorgfuncties vanuit logistiek oogpunt op dezelfde locatie aan te bieden;
- Bestaande onderdelen van ziekenhuisgebouwen worden overbodig.

Er is dus sprake van een paradigmashift, waarbij de burger sterker de regie neemt en samenwerkt met een breed netwerk van zorgprofessionals. In feite is de gezondheidszorg een vorm van dienstverlening geworden zoals alle andere. Dat biedt mogelijkheden voor een nieuw zorglandschap. De traditionele relatie tussen de alwetende specialist en de leek, wordt steeds meer vervangen door een meer gelijkwaardige variant.

Veranderend zorglandschap

Deze ontwikkelingen in het medisch specialistisch landschap bieden mogelijkheden om de voorzieningen die in het huidige algemene ziekenhuis zijn geconcentreerd, te verspreiden. Door decentralisatie van de functies uit het alles-onder-één-dak ziekenhuis kunnen veel nadelen van het huidige bestel worden weggenomen zo stelt Collette Niemeijer (2012) in haar proefschrift. De gedachte is simpel. Zorg dat de functies van de ziekenhuizen die door de fusies van de afgelopen decennia geconcentreerd zijn op steeds minder locaties, beter gespreid worden, deel ze op in kleinere klinieken en verschuif functies naar de eerstelijnszorg. Zo wordt de positie van de patiënt versterkt (immers, een deel van de zorg komt dicht bij huis), kan beter voldaan worden aan de privatisering van het vastgoedbeheer (kleinere eenheden zijn door hun omvang couranter in de markt) en neemt de betekenis van (zorg)voorzieningen voor de ontwikkeling van het gebied toe. Dit sluit aan op een tendens die al een tijd gaande is en waarbij een deel van de curatieve zorg ook plaatsvindt in de kleinere klinieken met speciale topklinische faciliteiten, de zgn. Zelfstandige Behandel Centra (ZBC). Door deze ontwikkeling zal het ziekenhuisgebouw waar medisch specialistische zorg wordt geleverd, niet langer meer uit de voeten kunnen met een standaard gebouw. Het inzetten van zorgvastgoed is niet meer hetzelfde. Hierop is door het College Bouw Zorginstellingen al in 2007 ingespeeld door een schillenmodel te ontwikkelen voor een ziekenhuisgebouw. Daarbij wordt het ziekenhuisgebouw opgedeeld in generieke en specifieke bouwdelen: de high tech behandelafdelingen en diagnostiek (hotfloor), hotel voor verblijf, kantoor voor werkplekken en fabriek voor laboratoria en ondersteunde diensten. Hierbij wordt voorgesteld dat de fabriek, bijvoorbeeld de laboratoria, uit het ziekenhuisgebouw worden gehaald en elders in de regio

worden ondergebracht. Het kernziekenhuis, gericht op de patiëntgebonden functies, blijft over, maar is er is sprake van een sterke mate van gebouwdifferentiatie.

Innovatie versterkt de nieuwe ontwikkelingen

Nieuwe ontwikkelingen als eHealth en gezondheid 2.0 dragen bij aan het versterken van de positie van de patiënt. Via eHealth wordt gekeken hoe ICT kan worden ingezet in de zorg, waarbij gedacht kan worden aan klinische en niet- klinische informatiesystemen, zorgnetwerken en telemedicine. Gezondheid 2.0 is gericht op het gebruik van internet en de interactie tussen patiënten en zorgverleners (sociale media)(zie voor meer informatie Raad voor de Volksgezondheid, 2010). Teleradiologie is een voorbeeld hiervan. Het beoordelen van scans kan nu via het internet gedaan worden door foto's te versturen naar de betreffende behandelaar. Het stellen van complexe diagnoses door specialistische kennis wereldwijd in te roepen, maakt diagnostiek efficiënter, goedkoper, en patiëntvriendelijker. In afgelegen dunbevolkte gebieden, waar Noordoost Groningen mee te maken heeft, bieden deze ontwikkelingen kansen. Een huisarts hoeft hierdoor minder vaak patiënten door te verwijzen naar het ziekenhuis, de patiënt kan voor eenvoudige controles thuis blijven of een centrum bezoeken in de omgeving. Voor het bedenken van nieuwe technologieën is er een initiatief van 20 zorgaanbieders, zorgverzekeraars en kennisinstellingen in Noord-Nederland opgezet dat zich inzet voor vernieuwingen in de zorg (het Zorg Innovatie Forum).

Sterkere positie eerstelijnszorg

Naast de hierboven genoemde ontwikkelingen, speelt ook nog de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de patiënt, die zo lang mogelijk van de eerstelijnszorg gebruik moet maken, alvorens hij het ziekenhuis bezoekt. Daar is de huisvesting van huisartsen (vaak in solopraktijken) niet op gericht. Zorgcentra kunnen beter de gewenste zorg bieden, met voorzieningen als een laboratorium, een apotheek, een thuiszorgorganisatie etc., het liefst zo dicht mogelijk bij ondersteuning in de buurt. Een mooi voorbeeld hiervan in de stad Groningen is het zorgcentrum Hoendiep in Groningen dat is gerealiseerd in het oude leegstaande pand (6.500 m²) van KPN, waar alle ondersteuning en spoedeisende hulp in één gebouw aanwezig is.



Afbeelding 1 . Zorgcentrum Hoendiep, Groningen

Bron: www.artsenzorg.nl

De eerstelijnszorg krijgt dus een steeds belangrijker rol in de ziekenhuiszorg, de zorg die voorheen door ziekenhuizen werd geleverd. De huisartsen fungeren als een poortwachter voor de ziekenhuiszorg, maar gaan ook onderdelen van de ziekenhuiszorg zelf aanbieden. Afstemming en samenwerking met de tweedelijnszorg is daarvoor noodzakelijk. De scheidslijn tussen de eerste- en tweedelijnszorg is daardoor aan het vervagen en vraagt om een nieuwe taakverdeling. eHealth en Gezondheid 2.0 zijn toepassingen die hierin een belangrijke rol gaan spelen. Vanuit kostenoverwegingen is het beleid erop gericht om de patiënten zolang mogelijk thuis en in de eerstelijnszorg te houden. De patiënt komt centraal te

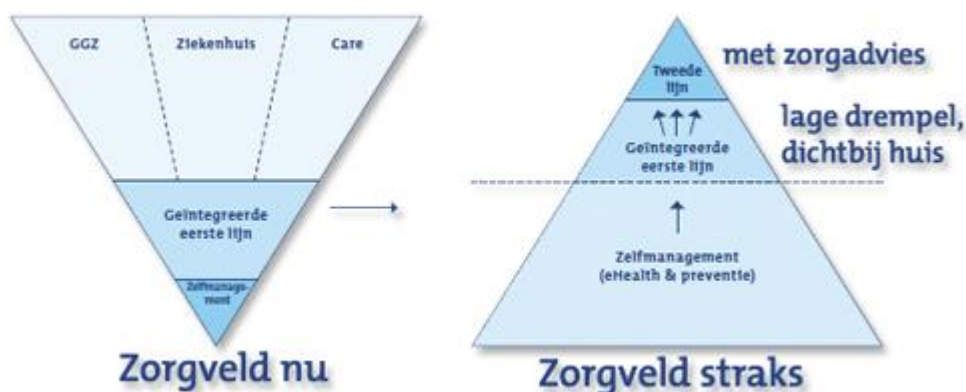
staan en het zorgproces wordt in toenemende mate gemanaged voor, door en met de patiënt. Dat is in de wat grotere plaatsen nog wel te regelen, maar wordt voor de eerstelijnsvoorziening in de dorpen zoals in Noordoost-Groningen toch een probleem.

Situatie Noordoost-Groningen

Bovenstaande ontwikkelingen hebben Menzis (2012) ertoe gebracht de visie op het veranderend zorglandschap in Noordoost-Groningen te beschrijven. Die visie is in nauwe samenwerking met vele partijen in de zorg, waaronder patiënten- en beroepsgroepen tot stand gekomen en omvat de volgende uitgangspunten:

- patiënten worden gestimuleerd op het gebied van zelfmanagement, bijvoorbeeld door de toepassing van eHealth, waarmee kunnen zij zo lang en prettig mogelijk thuis blijven wonen;
- iedereen moet dichtbij huis terecht kunnen in een (geïntegreerd) eerstelijnscentrum dat een antwoord biedt op de groeiende vraag naar zorg dichtbij van met name chronisch zieken en ouderen; waar mogelijk verschuiven eenvoudige ziekenhuistaken naar de uitgebreidere eerste lijn (substitutie);
- medisch specialistische zorg die niet noodzakelijkerwijs in een ziekenhuis moet worden geleverd, wordt dichterbij de patiënt geleverd;
- niet alle behandelingen worden meer in alle ziekenhuizen aangeboden: er ontstaat meer specialisatie en spreiding in medisch-specialistische zorg.

Deze uitgangspunten betekenen dat de zorgpiramide (in onderstaand figuur) er geheel anders uit komt te zien.



Figuur 1 zorgpiramide in een veranderend zorglandschap

Essentieel is dat de plannen voor de zorg als één samenhangend geheel worden gezien van zelfmanagement, eerste lijn en ziekenhuiszorg. Door een goede afstemming komt er een kwalitatief goede zorg voor iedereen beschikbaar en betaalbaar.

Aanleiding voor het ontwikkelen van deze zorgvisie was dat de ziekenhuiszorg in Noordoost-Groningen al enige tijd onder druk staat wat betreft de kwaliteit en continuïteit van zorg. Omdat Menzis voor Noordoost-Groningen de dominante zorgverzekeraar is met een marktaandeel van 60-70%, heeft zij aan de Ommelander Ziekenhuisgroep (OZG) bekend gemaakt dat bij een stijgende zorgvraag, dalende bevolking en stijgende kosten een andere organisatie van de (ziekenhuis)zorg noodzakelijk is. Menzis acht het dan ook noodzakelijk dat behandelingen met een hoge complexiteit en een laag volume in deze regio worden geconcentreerd in één ziekenhuis. Daarbij begon de financiële situatie van de OZG precair te worden, mede door de inefficiënte en verouderde gebouwen waarin de ziekenhuiszorg wordt verleend, gecombineerd met de spreiding over twee locaties (Winschoten (188 bedden) en Delfzijl (135 bedden)). Om die reden is tot nieuwbouw besloten, zodat efficiency en

kwaliteitsverbetering verwezenlijkt worden. In februari 2013 heeft de Raad van Bestuur van het OZG de locatie vastgesteld voor de nieuwbouw van het nieuwe ziekenhuis, langs de A7 bij de afrit Scheemda. Voor de nieuwbouw geldt dat het aantal bedden van 420 (huidige locaties) gereduceerd zal worden naar maximaal 360 bedden.

Deze nieuwbouw is het aangrijpingspunt om de zorginfrastructuur aan te passen aan de nieuwste ontwikkelingen en de traditionele ziekenhuiszorg los te laten. Dit heeft grote gevolgen voor de andere zorginstellingen, behandelcentra en vooral de huisartsenzorg in de regio. Dalende bevolkingsaantallen en een sterk vergrijzende bevolking maken deze overgang nog gecompliceerder. Tevens hindert het tekort aan huisartsen de mogelijkheden voor deconcentratie naar de eerste lijn. Er is dus een grote mate van flexibiliteit in de nieuwbouw van een ziekenhuis nodig. De capaciteit op de ziekenhuislocaties zal afhankelijk zijn van de mogelijkheden zorg te verschuiven naar bijvoorbeeld anderhalvelijns centra en buitenpoli's voor chronische zieken en zorginnovatie. In die omstandigheden zal ook de bekostiging van de vereiste nieuwbouw niet gemakkelijk zijn. Immers, zorginstellingen sluiten in het algemeen kortlopende contracten af met verzekeraars, waardoor hun toekomstige inkomsten niet duidelijk zijn. Dat kan een probleem zijn om nieuwbouw te financieren, waarvoor immers langjarige financiële zekerheid is vereist. Dat wordt nog versterkt door de onzekerheid over toekomstige bezuinigingen op de zorg. Doordat het nieuwe ziekenhuis volledig verantwoordelijk is voor zowel de zorg als het vastgoed is het van groot belang dat zorg en vastgoed op een goede manier op elkaar afgestemd worden. Daarbij is een goede afstemming tussen verzekeraar en ziekenhuis essentieel, opdat contracten worden gesloten waarmee het ziekenhuis de huisvesting kan bekostigen.

Conclusie

Het veranderend zorglandschap in de dunbevolkte krimpregio Noordoost-Groningen biedt volop kansen voor zorginnovatie. Telezorg kan veel mogelijkheden bieden tot grotere efficiency en bereikbaarheid van de zorg. Zeker is dat de bevolking ouder wordt, minder mobiel is en te maken heeft met grote reisafstanden om zorginstellingen te bereiken. Eén van de consequenties is een ander spreidingspatroon: in plaats van een paar locaties met veel aanbod voor allerlei medische voorzieningen komt een veel groter aantal locaties met veel minder aanbod. Een reden temeer voor het Kenniscentrum Noordruimte van de Hanzehogeschool om deze ontwikkelingen op de voet te volgen middels onderzoek en expertise uitwisseling met meerdere partijen.

Literatuur

- College bouw zorginstellingen(2007), Gebouwdifferentiatie van een ziekenhuis. Schillenmethode. Rapportnummer 611.
- Klauw, D. van der (2011), De rol van eHealth en gezondheid 2.0 in het veranderend ziekenhuislandschap. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Menzis (2012), De zorg geborgd in Noord en Oost Groningen , van Lauwerszee tot Dollard tou. Menzis, Groningen.
- Niemeijer, C.E.A.(2012), De toegevoegde waarde van architectuur voor de zorg in ziekenhuizen. Technische Universiteit Delft: Academisch Proefschrift.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2011), Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2010), Gezondheid 2.0. U bent aan zet. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.