Concentratie van ziekenhuiszorg

J.Th.M. van der Schoot

Voor de geneeskunde kan de 20e eeuw gezien worden als de eeuw van de specialisatie van de individuele dokter. De oprichting van de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging in 1887, na de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie in 1871 de tweede specialistenvereniging, vormt daarbij een belangrijk moment. Tot 1900 volgden de oogartsen, kinderartsen, KNO-artsen, dermatologen en orthopeden en spoedig daarna de radiologen, chirurgen, urologen, etc.

Het 125-jarig bestaan van de NVOG relativeert daarmee de huidige 'concentratie en subspecialisatie' in belangrijke mate. Er is sprake van een dynamiek in een continue beweging van de moderne geneeskunde, gedreven door technologie en maatschappelijke veranderingen.
Momenteel zien we de overgang van de 'persoonlijke' continuïteit van de arts en verpleegkundige naar de 'feitelijke' continuïteit in teamverband, om het hoofd te bieden aan de toenemende complexiteit en de maatschappelijke eisen. Daaronder vallen de steeds hogere kwaliteitseisen, 24 uur per dag, zeven dagen in de week (24/7), en de veranderende balans werk/privé voor professionals, waarvoor andere en grotere organisatorische eenheden noodzakelijk zijn.

De huidige tijd kan dan ook wel gezien worden als de tijd van de specialisatie van de organisatie met vaak in toenemende mate multidisciplinaire elementen, ook voor de dokters, en daarmee ook herschikking van specialismen en van de begrenzing van de eerste, tweede en derde lijn'.
Het is dus de vraag of de NVOG over 125 jaar nog bestaat. Waarschijnlijk is de eenheid van gynaecologie en obstetrie dan opgeheven.

Het ziekenhuis

Ziekenhuizen zijn niet meer of minder dan een institutionalisering van deze ontwikkelingen.
Begin jaren 70 waren er in Nederland 250 ziekenhuizen, allemaal met ongeveer hetzelfde medisch profiel, vooral te onderscheiden in levensovertuiging (katholiek vs.protestant, stedelijk vs. nationaal). Door de massale introductie van nieuwe en dure technieken vanuit de grote wetenschappelijke ontwikkelingen in de decennia na WOII (antibiotica, anesthesie, grote chirurgie, CT-scan, MRI, etc), ontstond een eerste fusiegolf. Er zijn inmiddels 90 ziekenhuizen, nog steeds met 'alles voor iedereen' en overigens nog steeds verdeeld over 269 locaties.
Ook hier is momenteel sprake van een doorgaande beweging, nu vooral gedreven door informatietechnologie en data-integratie. Hierdoor wordt het verschil in professionele uitkomsten en patiëntoordeel zichtbaar en via de verzekeraar leidend.

Concentratie werd en wordt vooral gezien bij complexe aandoeningen, complexe patiënten (mulitmorbiditeit) en zorg die 24/7 noodzakelijk is, nu ook in de eerste lijn (HAP en geboortecentrum). De ontwikkeling lijkt door te gaan naar 40-50 locaties waar dag en nacht de meeste basis en topreferente zorg, incl. IC, aangeboden kan worden. Daaromheen zien we de – al of niet zelfstandige – kleinere ziekenhuizen of locaties die de zorg vijf dagen in de week acht of 24 uur per dag aanbieden, focusklinieken en poli/dagbehandelingen. Internationaal wordt beschreven dat het gescheiden organiseren van complexe zorg en routinezorg veel betere kwaliteit, patiënttevredenheid en prijzen oplevert.

Informatietechnologie met te zijner tijd één persoonlijk EPD, maakt bewegingen en communicatie tussen verschillende locaties, waaronder de thuissituatie, steeds gemakkelijker. Spreiding wordt zo ook steeds meer gezien, ondersteund door ICT. In sommige gevallen is dan sprake van 'virtuele concentratie', zoals bij de thuisbewaking van de risicozwangere vanuit het ziekenhuis. Een groot deel van het kwaliteitseffect van fysieke concentratie zou samenhangen met eenduidige protocollering en standaardisering. Wellicht is dit ook te bereiken door virtuele concentratie of telemedicine.

Toekomst

Het voorspellen van de resultante van al deze bewegingen is een moeilijke opgave. Wel is duidelijk dat we in een stroomversnelling zitten. Net als rond de vorige eeuwwisseling toen de wetenschappelijke verenigingen werden opgericht en patiënten meer moesten reizen omdat de dorpsdokter niet alles meer mocht doen.

De positie van de medisch specialist is aan veel ontwikkelingen onderhevig. Eens in de tien à twintig jaar werd het curriculum van de medische (specialistische) opleiding herschreven en nu is met het curriculum BOEG die tijd ook al weer gehalveerd (2005-2013). Subspecialisatie is nodig maar de generalistische blik moet ook aandacht hebben en dat is goed in het programma BOEG terug te vinden. De specialist van de toekomst moet snel kunnen adapteren aan en acteren in een veranderende context. Soms betekent dat het binnen afzienbare tijd nieuwe vaardigheden aanleren en soms het afleren van oude gewoontes.
Voor professionals en ziekenhuizen vormt het welzijn van de patiënt de leidraad.
Twijfels over de correcte afweging van de voor- en nadelen van deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg remmen haastige spoed. En dat is maar goed ook. Nogal eens speelt behoud van werkgelegenheid voor soms duizenden medewerkers een rol. En last but not least, het terugverdienvermogen van meestal honderden miljoenen euro's investeringen.

Het is wel duidelijk dat bij al deze ontwikkelingen het patiëntgeoriënteerde werken in team- dan wel netwerkverband conditio sine qua non is.
Medisch specialisten en bestuurders die dat niet kunnen, zullen niet lang overleven.

Auteur (op persoonlijke titel)
Dr J.Th.M. van der Schoot, voorzitter RvB Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, lid bestuur STZ en NVZ en 'rustend' lid NVOG.
Met dank aan prof dr Fedde Scheele voor zijn commentaar en aanvullingen.