

'WIJ WILDEN GEEN SYSTEEM MEER VAN GROEI, GROEI EN NOG EENS GROEI'

Ziekenhuis Bernhoven doet meer met minder

'Betere zorg door minder zorg', is het motto van het Udense ziekenhuis Bernhoven. Dermatoloog Roland Koopman bijvoorbeeld, verruilt steeds vaker zijn polikliniek voor een spreekuur in een huisartsenpraktijk. 'Voor veel huidklachten hoeven mensen echt niet naar het ziekenhuis.'

Bij verschillende praktijken in de regio houdt dermatoloog Roland Koopman een wekelijks spreekuur voor mensen met huidproblemen. 'Voorheen haalde je deze mensen allemaal naar het ziekenhuis. Ik was druk met het schrijven van DOT's, de patiënt kreeg een rekening voor tweedelijnszorg én raakte een deel van zijn eigen risico kwijt. Helemaal niet nodig. Veel klachten kunnen prima worden behandeld door de huisarts. Doordat ik een spreekuur houd bij huisartsen leren zij huidklachten eerder en beter herkennen. Zo verbeteren we de zorg voor de patiënt en besparen we kosten.'

Productiehuis

De medisch specialist die spreekuur houdt in de eerste lijn. Het is één van de ongeveer honderd initiatieven die het Brabantse Bernhoven in de afgelopen twee jaar lanceerde in een poging de zorg, onder het motto 'less is more', radicaal anders te organiseren. Het perifere ziekenhuis wil niet groeien, niet meer patiënten behandelen of DOT's schrijven. Sterker nog, in 2015 daalde de omzet met

ongeveer 8 procent. In de komende jaren verwacht het directiecomité van het ziekenhuis een omzetsdaling van tussen de 12 en 16 procent. Als je bedenkt dat de jaaromzet van Bernhoven op zo'n 200 miljoen euro ligt, dan gaat dat om aanzienlijke bedragen.

Een opmerkelijke visie, in een tijd dat regionale ziekenhuizen het hoofd boven water proberen te houden door zoveel mogelijk productie te draaien. Maar de artsen en directieleden van Bernhoven, in 2000 ontstaan na een fusie van het Sint Joseph Ziekenhuis in Veghel en het Sint Anna Ziekenhuis in Oss, zien de nieuwe bedrijfsstrategie juist als een gezonde gedachte, een manier om ook nog over tien, twintig jaar zorg te kunnen verlenen aan patiënten in de regio Oss/Uden/Veghel.

'Doorgaan op dezelfde voet was geen optie'

'In 2013 zijn onze locaties in Oss en Veghel samengevoegd tot één nieuw ziekenhuis in Uden', zegt Koopman, die naast dermatoloog als medisch directeur snijdend ook deel uitmaakt van de ziekenhuisdirectie. 'Dat was voor ons het moment om na te denken over de toekomst van Bernhoven. Wat willen wij voor een ziekenhuis zijn? Eén ding wisten wij zeker: doorgaan op dezelfde voet was geen optie. Dan zouden wij als lemmingen naar de afgrond worden gebracht. Kijk naar het huidige verdienmodel in de zorg, het drijft de kosten steeds verder op. Je krijgt een budget toegeschoven van de verzekeraar en dat moet je vullen met DOT's. Hoe meer behandelingen, hoe hoger de omzet. Het ziekenhuis is een productiehuis geworden. Ik heb in meerdere ziekenhuizen gewerkt en als aan het einde van het jaar de bladeren van de boom vielen en de productietargets dreigden niet te worden gehaald, dan werden de duimschroeven aangedraaid: meer productie draaien. Nu de uitgavengroei in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord de laatste jaren is gemaximeerd op 1 procent per jaar, zijn ziekenhuizen in een constante strijd met elkaar verwickeld om de klant.'

Waar in dit systeem is er ruimte om stil te staan bij het belang van de patiënt?, vraagt Koopman zich af. 'Is een operatie wel het beste voor deze hoogbejaarde man? Heeft een derdelijnschemotherapie bij deze patiënt nog wel zin? Voor dat soort overwegingen is geen tijd. Artsen worden continu in een actiemodus gedre-



Wink de Boer, md-arts en medisch directeur beschouwend



Roland Koopman, dermatoloog en medisch directeur snijdend

ven. Het gaat om groei, groei en nog eens groei. Wij besloten dat wij van dit systeem geen deel meer wilden uitmaken.'

Krimpstrategie

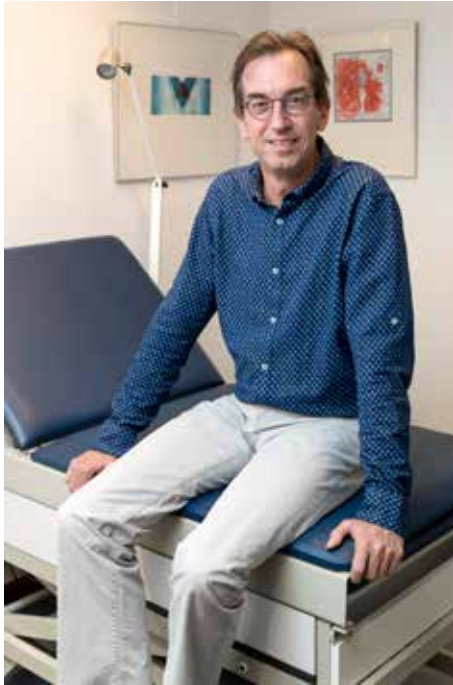
En dus volgden er de afgelopen jaren tientallen gesprekken over hoe de zorgverlening in Bernhoven anders kon en moest. Met het eigen medisch personeel, maar ook met zorgverleners in de eerste lijn en de preferente zorgverzekeraars CZ en VGZ. Langzaam kreeg het Bernhoven-model een gezicht. De organisatie ging op de schop. Sinds 2015 zijn bijna alle medisch specialisten in loondienst gegaan. 'Maar het is geen gewone loon-

dienstconstructie', zegt Wink de Boer, md-arts en medisch directeur beschouwend in Bernhoven. 'De medisch specialisten kopen zich in in het ziekenhuis, waardoor ze mede-eigenaar worden. Als het ziekenhuis goed draait, profiteren zij mee. De belangen van het ziekenhuis en de artsen lopen gelijk, terwijl de financiële prikkel om zoveel mogelijk te behandelen door de loondienstconstructie is verdwenen. De artsen mochten overigens zelf kiezen: of in loondienst of een msb.'

In de krimpstrategie is ook de opzet van de ziekenhuiszorg veranderd. Bernhoven knipt de zorg op in drie aparte delen.

'Als het ziekenhuis goed draait, profiteren de specialisten mee'

De acute zorg, waar niet alleen de SEH onder valt, maar ook de ic en de acute-opnameafdeling, het poliklinisch bedrijf en de interventiezorgstraten, waar de hoogvolume-ingrepen worden uitgevoerd. En de chronische zorg? 'We zijn



Dan Hoevenaars, huisarts



Heleen Huisman, SEH-arts



Charles Stevens, traumachirurg

er tijdens al die gesprekken met elkaar achter gekomen dat de chronische zorg helemaal niet in een ziekenhuis thuis hoort', stelt Koopman. 'We moeten bereid zijn om deze zorg, samen met fysiotherapeuten, huisartsen en wijkverpleegkundigen, buiten het ziekenhuis te organiseren voor de patiënt. Is het werkelijk nodig dat al die mensen met COPD, diabetes, reuma, astma en CVA iedere keer voor controle naar het ziekenhuis komen? Nee, het zou onze grootste taak moeten zijn om chronische patiënten in de eerste lijn of thuis te begeleiden. Mensen krijgen zo meer regie over hun eigen gezondheid. Als je deze redenering volgt, kom je tot de conclusie dat een ziekenhuis met gemak kan krimpen.'

Huisartsen meer werk

Deze 'ontschotting' tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg vertaalt zich niet alleen in medisch specialisten die spreekuur houden in de werkkamer van de huisarts. 'Er zijn patiënten die na een hartinfarct standaard ieder jaar naar de cardioloog gaan voor controle', zegt Dan

'Het is nu de huisarts die de uitslag met de patiënt doorneemt'

Hoevenaars, sinds 1983 huisarts in Uden. 'Maar is dat wel nodig? Die controle kan een huisarts ook prima uitvoeren. Na overleg met de cardiologen in Bernhoven is besloten dat deze groep chronische hartpatiënten wordt terugverwezen naar de huisarts. Een ander voorbeeld is dat wij nu een fietstest of echocardiogram kunnen aanvragen bij de cardioloog. Deze tests vinden plaats in het ziekenhuis. Maar waar voorheen de cardioloog de uitslag besprak met de patiënt in het ziekenhuis, stuurt hij nu de resultaten op naar de huisarts met een advies. Het is dan de huisarts die de uitslag met de patiënt doorneemt.'

Hoevenaars erkent dat hij en zijn collega-huisartsen in de regio door de nieuwe koers van Bernhoven meer werk op hun bordje krijgen. 'In algemene zin neemt door de vergrijzing de druk op de huisartsenzorg toe. Die druk loopt verder op doordat wij taken overnemen van Bernhoven. Wij als huisartsen zijn momenteel in gesprek met VGZ en CZ over de bekostiging van deze extra taken.'

Versterking SEH

Niet alleen zoeken de medisch specialisten van Bernhoven de samenwerking met de eerstelijnszorg, ook binnen de muren van het Udense ziekenhuis werken dokters van verschillende specialismen nauw samen. Zo worden op de SEH-afdeling SEH-artsen en arts-assistenten tegenwoordig ondersteund door internisten, cardiologen en chirurgen. Gedachte achter dit project: door een patiënt op de SEH te laten behandelen door een specialist is een ziekenhuisopname minder vaak nodig en kan de patiënt eerder naar huis. De versterking van de bezetting op de SEH leidde in een jaar tijd (2014-2015)

tot een daling van het aantal opnames, de opnameduur en het aantal vervolgsafspraken met zo'n 7 procent. 'Voor wij met dit project startten, werkten er op de SEH in 24 uur drie SEH-artsen', zegt Heleen Huisman, SEH-arts in Bernhoven. 'Dat was te weinig, als je bedenkt dat op onze SEH gemiddeld tachtig patiënten per dag verschijnen. De rest van de afdeling werd bemenst door arts-assistenten. Bij ons waren dat onervaren basisartsen. Mensen die net klaar zijn met de opleiding, bij ons een jaartje ervaring op komen doen en van wie het gros vervolgens kiest voor de huisartsenspecialisatie. Ieder jaar moesten wij dus zo'n vijftien onervaren basisartsen inwerken, terwijl het regelmatig voorkwam dat zij de meest zieke patiënten zagen die op de SEH binnenkwamen. Dat was geen optimale situatie. Vaak belandden patiënten onnodig in een ziekenhuisbed.' Traumachirurg Charles Stevens vindt dat hij betere zorg kan leveren door de veranderingen op de SEH. 'Als een oudere vrouw zich na een val met wat kneuzingen presenteerde, dan was het voorheen: neem maar even op, daar kijken we morgen wel naar vanaf de afdeling. Dan ligt zo'n vrouw twee, soms wel drie dagen in het ziekenhuis. Daar is een ziekenhuis niet voor bedoeld. Door direct een specialist naar de patiënt te laten kijken, is sneller duidelijk of een opname echt noodzakelijk is. Misschien kan zij direct naar huis of volstaat een kort verblijf in een TOP-kamer of zorghotel. Door deze manier van werken dalen de zorgkosten.'

Afzien van een operatie

Ander voorbeeld. Op de afdeling Chirurgie loopt een project waarbij een computerprogramma patiënten helpt bij het maken van een keuze voor of tegen

'Een operatie is niet altijd de beste optie'

een operatie. Naast informatie over de aandoening en de operatie, krijgt de patiënt ook voorlichting over de risico's van opereren en afwachten. 'Het gaat hier niet om kankerbehandelingen', zegt Stevens. 'Daar bestaat geen twijfel over: bijna altijd gewoon opereren. Maar bij minder complexe aandoeningen, bijvoorbeeld liesbreuken of het verwijderen van galstenen, is een operatie niet altijd de beste optie. Door dit computerprogramma kunnen patiënten thuis alle informatie over de aandoening en ingreep nog eens rustig doornemen. Zo komen zij goed geïnformeerd in de spreekkamer en maken zij samen met de arts de keuze voor wel of niet opereren. Het is wetenschappelijk bewezen dat als patiënten uitgebreid worden voorgelicht, zij eerder afzien van een operatie.'

In Bernhoven is dat ook het geval. Sinds het ziekenhuis gebruikmaakt van het computerprogramma, is het aantal galsteenoperaties met zo'n 20 procent afgenomen.

Anders financieren

Een forse omzetsdaling, minder operaties, meer tijd voor de patiënt en het weghalen van de schotten tussen eerste- en tweedelijnszorg. Een ziekenhuis van vergelijkbare omvang zou binnen de kortste keren afsterven op een faillissement. Bernhoven niet. Door een meerjarencontract van vijf jaar met de zorgverzekeraars CZ en VGZ is het Udense ziekenhuis de komende jaren verzekerd van inkomsten. 'De verzekeraars waren enthousiast over ons plan', zegt Koopman. 'Door deze constructie krijgen wij de tijd om de zorg in Bernhoven anders te organiseren, zonder dat wij ons zorgen hoeven te maken over onze toekomst. Een omzetsdaling is één, het verlagen van de structurele kosten kost meer tijd.'

Wat de gevolgen van deze nieuwe koers zijn voor de werkgelegenheid, is volgens Koopman en De Boer nog niet duidelijk. Al erkennen zij dat een inkrimping van het personeelsbestand een mogelijke consequentie is. 'Maar de patiënt verdient optimale zorg. En wat daarvoor nodig is, gaan wij leveren. Alleen organiseren wij

'Acute zorg moet je anders financieren dan planbare zorg'

de zorg anders. Misschien zijn er straks wel meer mensen nodig in de eerste- dan in de tweedelijnszorg. Een harde voorwaarde van de verzekeraars is dat wij, om de omzet te laten dalen, niet de ziekenhuisdeuren op slot mogen doen en de patiënt naar een ander ziekenhuis verwijzen.'

Deze andere organisatie van de ziekenhuiszorg vraagt volgens de twee Bernhoven-directeuren ook om een ander bekostigingsmodel van de tweedelijnszorg in Nederland. 'VWS heeft ons gevraagd daarover na te denken', zegt De Boer. 'Onze ontdekking is dat je de acute zorg anders moet financieren dan de planbare zorg. De acute zorg, dat is de belangrijkste reden waarom hier deze muren staan. Een plek waar je binnen een kwartier met gillende sirenes naartoe kunt worden gebracht als je acuut ziek wordt. Hier moet een ok zijn, een ic en een ruimte waar bevellingen kunnen plaatsvinden. Voor deze acute zorg moet een soort beschikbaarheidsfunctie worden betaald. Of ik nu 1500 of 2000 bevalingen per jaar doe, ik moet 24/7 klaarstaan. Hoe anders is dat bij planbare operaties als het verwijderen van een galblaas of het opereren van een liesbreuk. Die behandelingen kun je per stuk betalen, dat is PxQ.'

Koopman: 'De brandweer wordt ook niet per gebluste brand betaald, maar is een beschikbaarheidsvoorziening die wij als fatsoenlijke maatschappij hebben georganiseerd. Dat zou ook moet gelden voor de acute zorg.' ■

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.