

Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg



Lien Vanden Broucke • WES

Ziekenhuizen gaan alsmear meer samenwerken of zelfs fuseren. Wat drijft deze evolutie en welke voordelen kunnen ziekenhuizen hieruit halen? Wordt er ook internationaal samengewerkt? Met deze vragen trok WES naar Jan Deleu, algemeen directeur van az groeninge.

Az groeninge ontstond in 2000 uit de fusie van de vier Kortrijkse algemene ziekenhuizen. De fusie maakte van az groeninge één van de grootste ziekenhuizen van het land. Met 1.200 bedden, 2.850 medewerkers (waaronder meer dan 200 geneesheren), 286.000 ligdagen en 35.000 opnames per jaar in de klassieke hospitalisatie kan het ziekenhuis sterke cijfers voorleggen. Daarnaast ontvangt het dagziekenhuis jaarlijks nog eens gemiddeld 35.000 patiënten. Met andere woorden: een grote groep mensen komt jaarlijks in een gespecialiseerde omgeving terecht. En laat specialisatie nu net één van de drijfveren zijn waarom ziekenhuizen fuseren. Maar aan die huidige trend gaat natuurlijk een lange evolutie vooraf.

De laatste halve eeuw is het ziekenhuiswezen in de geïndustrialiseerde wereld grondig veranderd. Hoe komt dat?

Jan Deleu: "Na de tweede wereldoorlog telde België heel wat kleine ziekenhuizen, vaak met nog geen 150 bedden. De meeste hadden een basistechnologie in huis maar geen gespecialiseerd platform. In 1988 kwam er echter een grote stimulans vanuit de overheid om tot grotere gehelen te komen. Dat had een dubbele bedoeling: schaalvoordelen realiseren en het aantal bedden doen afnemen. Hoe hoger het aantal bedden, hoe hoger namelijk de uitgaven van het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid. Tussen 1988 en 2006 daalde het aantal ziekenhuizen in Vlaanderen van 141 tot 80. In diezelfde periode zijn in België 14.750 bedden afgebouwd. In West-Vlaanderen gebeurden sinds 1988 twaalf fusiebewegingen (zie tabel 1). Deze evolutie gebeurde redelijk geruisloos maar zorgde voor grote veranderingen in het ziekenhuiswezen."

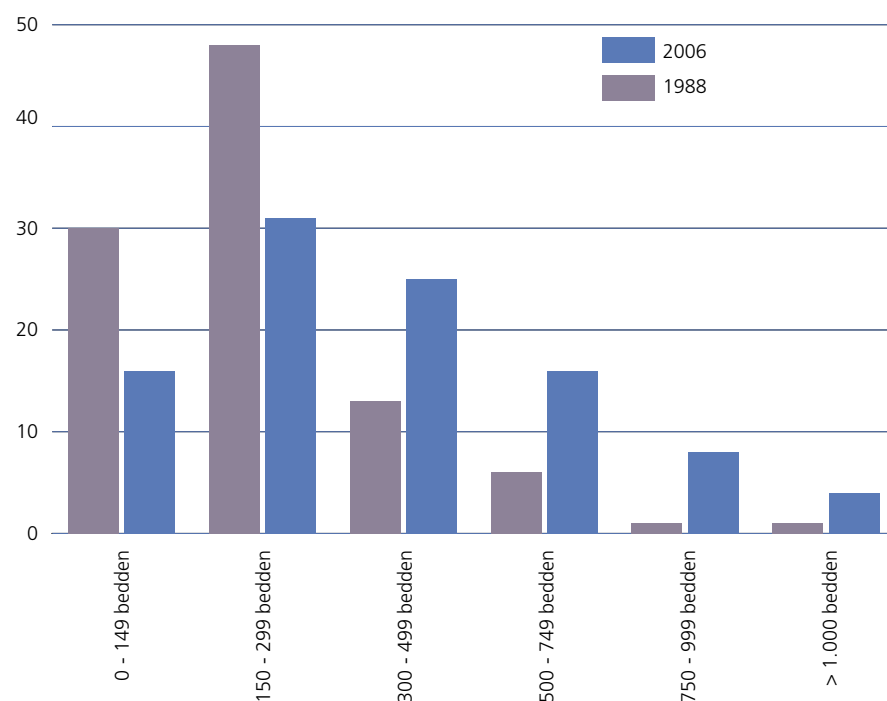
Wat zijn de belangrijkste structurele wijzigingen die ziekenhuizen hebben ondergaan?

Deleu: "In de eerste plaats is technologie een heel bepalende factor geworden om al dan niet voor een bepaald ziekenhuis te kiezen. Daarnaast is ook de opleiding van de artsen heel sterk geëvolueerd. Ten tijde van de tweede wereldoorlog had men een algemeen chirurg die ongeveer

alles deed, van thoraxchirurgie, abdominale chirurgie tot urologische en zelfs orthopedische ingrepen. Gaandeweg zijn daar in elk vakgebied specialisten voor in de plaats gekomen. Dit had een grote verschuiving binnen de organisatie tot gevolg. Nu zijn we eigenlijk al in een volgende fase getreden met een verregerende subspecialisatie. In de orthopedische chirurgie bijvoorbeeld zijn er al specialisten voor enkel de handen en de voeten. We evolueren naar meer en meer subspecialisaties omdat men er eigenlijk van uitgaat dat chirurgen omwille van de leercurve hun vak beter beheersen naarmate ze meer ingrepen van een bepaald specifiek type hebben gedaan. Voorts zien we ook min of meer dezelfde tendens in de verpleging. Ook hier is er sprake van steeds meer specialisatie en subspecialisatie, zodat verpleegkundigen op basis van een grotere kennis en knowhow een betere dienstverlening kunnen aanbieden aan de patiënten. Dat is het algemene plaatje waarin de noodzakelijke schaalvergroting van de ziekenhuizen kadert. Je kan immers geen hoog gespecialiseerd technologisch platform aanbieden als je maar 20 tot 50 patiënten per jaar hebt voor een bepaalde ingreep."

Figuur 1

Schaalvergroting algemene ziekenhuizen 1988 - 2006 in Vlaanderen (in % van aantal ziekenhuizen)



Bron: az groeninge

Schaalvergroting in cijfers

In 1988 telden nog 78% van de Vlaamse ziekenhuizen minder dan 300 bedden. In 2006 was dit aantal gedaald tot 47%. Het aantal ziekenhuizen met meer dan 500 bedden steeg dan weer van 8% naar 28% (zie figuur 1).

Wat zijn de voordelen van een fusie?

Deleu: "Eén van de voordelen komt voort uit een relatief nieuw structureel gegeven in de problematiek van de ziekenhuizen. De medische omkadering wordt schaarser en tegelijkertijd ook vrouwelijker. Elk jaar studeren er in verhouding tot de vraag onvoldoende specialisten af. Bovendien studeren ook meer en meer vrouwen af in de medische sector. We evolueren naar 60 à 65 procent vrouwen. Het probleem is dat zij minder beschikbaar zijn dan hun mannelijke collega's omdat ze naast hun job vaak ook moeder zijn. We leven niet meer in een tijd waarin artsen bij wijze van spreken nog dag en nacht van wacht waren. Ook artsen en verpleegkundigen willen een sociaal leven met een goede balans

Tabel 1

Fusies in West-Vlaanderen, 1988-2009

	Instelling	Statuut	Opmerking
1	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas	Privaat	
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jozef	Privaat	gesloten 31/03/1996
	Gefusioneerd 01.01.1988 Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas	Privaat	
2	Kortrijk, Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	
	Kortrijk, Ziekenhuis Heilig Hart	Privaat	gesloten 21/12/1992
	Gefusioneerd 01.01.1988 Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	Zie 5
3	Knokke-Heist, Kliniek Onze Lieve Ter Linden	Privaat	
	Blankenberge, Koningin Fabiolaziekenhuis	Openbaar	
	Gefusioneerd 01.01.1994 Knokke-Heist, Gezondheidszorg Oostkust	Privaat	
4	Menen, St.-Joriskliniek en Materniteit	Privaat	
	Menen, Medisch Instituut voor Socialistische Mutualiteiten	Privaat	gesloten 31/03/2009
	Gefusioneerd 01.01.1996 Menen, V.Z.W. Algemeen Ziekenhuis	Privaat	Zie 10
5	Kortrijk, Kliniek Maria's Voorzienigheid	Privaat	
	Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	
	Kortrijk, St.-Niklaaskliniek	Privaat	
	Gefusioneerd 01.01.1998 Kortrijk, algemeen ziekenhuis groeninge	Privaat	Zie 9
6	Ieper, Onze-Lieve-Vrouw Ziekenhuis	Openbaar	
	Ieper, Kliniek der Zwarte Zusters	Privaat	Gesloten 01/01/2008
	Poperinge, Mariaziekenhuis	Privaat	
	Gefusioneerd 30.06.1998 Ieper, Jan Yperman Ziekenhuis vzw	Privaat	
7	Oostende, Kliniek St.-Jozef	Privaat	
	Oostende, Algemeen Ziekenhuis Heilig Hart	Privaat	
	Gefusioneerd 31.12.1998 Oostende, Algemeen Ziekenhuis Damiaan	Privaat	
8	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan	Openbaar	
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Franciscus – Xaverius	Privaat	
	Gefusioneerd 01.01.2000 Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan AV	Openbaar	Zie 12
9	Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis Groeninge	Privaat	
	Kortrijk, Onze-Lieve-Vrouw Hospitaal	Openbaar	
	Gefusioneerd 01.09.2000 Kortrijk, algemeen ziekenhuis groeninge	Privaat	
	vanaf 01.01.2003 is het CIV- nummer gewijzigd in 015 i.p.v. 016		
10	Roeselare, Heilig Hart Ziekenhuis vzw	Privaat	
	Menen, Algemeen Ziekenhuis	Privaat	
	Gefusioneerd 01.07.2001 Roeselare, Heilig Hart Ziekenhuis vzw	Privaat	
11	Roeselare, Stedelijk Ziekenhuis	Openbaar (OCMW)	
	Kortemark, Verpleegtehuis Godtsvelde	Privaat (Vzw)	
	Overname op 01/01/2009 Roeselare, Stedelijk Ziekenhuis	Openbaar (OCMW)	
12	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan	Openbaar (AV)	
	Oostende, Henri Serruys Ziekenhuis	Openbaar (AV)	
	Gefusioneerd op 30/06/2009 Brugge, AZ St.-Jan Brugge-Oostende	Openbaar (AV)	

tussen werk en privé. Dit is ook een reden waarom ziekenhuizen fuseren. Men kan immers enkel een goede sociale context aanbieden aan specialisten als er in het ziekenhuis voldoende van dezelfde soort zijn. In een groter ziekenhuis kan men tot afspraken komen die een veel beter sociaal leven garanderen, veel meer dan in de kleinere entiteiten.”

Zijn er ook economische voordelen aan een fusie?

Deleu: “Uiteraard, dat zijn die schaalvoordelen waarover ik sprak. Door bijvoorbeeld vier ziekenhuizen met elk een apotheek en een magazijnfunctie samen te brengen, is het mogelijk om alles veel efficiënter te organiseren. Als ziekenhuizen naar een grotere schaal evolueren, kunnen ze de meerwaarde die ontstaat door die schaalvoordelen herinvesteren in kwaliteitsverhogende maatregelen. De gefuseerde ziekenhuizen kunnen daardoor in alle opzichten de lat hoger leggen. Eén van de kwaliteitsverhogende elementen is dat je over een groep specialisten beschikt die multi- en interdisciplinair gaan samenwerken.”

Werken ziekenhuizen ook samen met andere ziekenhuizen?

Deleu: “De grote ziekenhuizen doen heel veel moeite om samen te werken. Ze kunnen ook vaak niet anders. Op topniveau de volledige waaier van geneeskundige specialiteiten aanbieden in één ziekenhuis zal in de toekomst niet meer mogelijk zijn. Men zal dus afspraken moeten maken tussen ziekenhuizen. Kijken wie wat doet en patiënten doorsturen. Uiteraard zijn dat evenwichtsoefeningen. Wij hebben in West-Vlaanderen een associatief verband rond de PET-scan, een nucleaire toepassing voor kankerpatiënten. De enige machine in West-Vlaanderen om die scan uit te voeren, staat in het az groeninge. In eerste instantie was er een zeer nauwe samenwerking met het Heilig-Hartziekenhuis Roeselare en met Sint-Jan Brugge, maar intussen is er een volledig netwerk ontstaan rond die PET-scan. Alle artsen in de nucleaire geneeskunde van de West-Vlaamse ziekenhuizen hebben een binding met ons PET-centrum en kunnen hier hun patiënten naartoe sturen. Ondanks het belang van

die medische netwerking, blijft het ook een moeilijk gegeven. Ziekenhuizen blijven natuurlijk ook concurrenten van elkaar. De technologische mogelijkheden om nog beter aan medische netwerking te doen, zijn dan ook vaak veel groter dan de wil en de bereidheid om samen te werken. Het is een groeiproces.”

Zijn er ook internationale samenwerkingsverbanden?

Deleu: “Az groeninge sloot samen met de KULeuven en de KULeuven Campus Kortrijk een internationale samenwerkingsovereenkomst af met het universitair ziekenhuis van Rijsel. Dat ziekenhuis is één van de grootste van Frankrijk. De overeenkomst houdt in dat artsen bij moeilijke onderzoeken om een tweede opinie kunnen vragen bij de topspecialist ter zake in Rijsel en omgekeerd. Hierdoor kan men de kwaliteit van de diagnostiek fors opkrikken.”

Op basis van welke criteria werkt een ziekenhuis samen met het ene ziekenhuis en niet met het andere?

Deleu: “Dit is zeer artsgebonden. Als artsen bijvoorbeeld hun opleiding gehad hebben in Leuven of in Gent en ze moeten doorverwijzen naar nog meer gespecialiseerde entiteiten, is het niet onlogisch dat ze de patiënt doorsturen naar de universiteit waar ze zelf studeerden. De collega's waarmee zij opgeleid zijn, zijn vaak de proffen van nu. Het is een vertrouwenskwestie. Je moet als directie een kader creëren, maar je mag aan een arts niet gaan opleggen met wie hij moet samenwerken. Hij moet daar zelf zijn keuze in maken want hij is verantwoordelijk voor de patiënt, niet de directeur van het ziekenhuis. Door de fusies is de noodzaak om door te verwijzen wel verminderd.”

Denkt u dat er in de toekomst nog meer fusies zullen volgen? Wat zal er gebeuren met de kleinere ziekenhuizen?

Deleu: “De kleine ziekenhuizen proberen zich natuurlijk te handhaven. Ze zullen waarschijnlijk moeten evolueren naar meer nicheziekenhuizen die in één of twee bepaalde facetten van de geneeskunde beter zijn dan de grote ziekenhuizen. Dit zal niet makkelijk zijn. Cruciaal wordt het gevecht

voor goede artsen. Het is zoals in het voetbal waar men de beste spelers van elkaar afkoopt.” ■

Samenvatting

Onder impuls van de overheid, die streefde naar schaalvergroting en kostenverlaging, kende het aantal ziekenhuizen in België de afgelopen 20 jaar een sterke daling. Bepaalde ziekenhuizen stopten, anderen fuseerden. Een aantal evoluties die in diezelfde periode plaatsvonden, zorgden ervoor dat fuseren nog aantrekkelijker en zelfs noodzakelijk werd. Voorbeelden zijn de vooruitgang in de technologie en een grotere nood aan specialisatie, zowel bij artsen als bij verpleegkundigen. De voordelen die uit fusies voortvloeien zijn velerlei. Schaalvoordelen leiden tot een betere kwaliteit van de dienstverlening, maar ook het sociaal leven van artsen en verpleegkundigen gaat erop vooruit.

Al worden ziekenhuizen steeds groter, toch kunnen ze niet de volledige waaier aan diensten blijven aanbieden. Zeker niet op topniveau. Ze zien zich daarom genooddaakt om samen te werken: binnen West-Vlaanderen, nationaal en zelfs internationaal. De keuze met wie wordt samengewerkt is zeer artsgebonden. Kleinere ziekenhuizen zullen zich in de toekomst verder moeten specialiseren om hun positie te kunnen handhaven. De strijd om de beste artsen is hierbij cruciaal.

U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties