

Zorglandschap Oost-Groningen en Noord-Oost Drenthe

Ontwikkelingen in de zorgvraag en het
speelveld tot 2035

Oktober 2010

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave	1
1. Inleiding	2
2. Ontwikkeling zorgvraag in Oost-Groningen	3
3. Oost-Groningen is anders	7
4. Invulling van de zorgvraag: ontwikkelingen in het speelveld	8
4.1. Spoedeisende hulp	9
4.2. IC	10
4.3. Bevallingen	11
4.4. Electieve zorg	13
4.5. Chronische zorg	15
4.6. Oncologische zorg	17
5. Afsluiting en vervolgstappen	17

1. INLEIDING

Het TopTeam Krimp heeft geconstateerd dat de regio Oost-Groningen¹ wordt geconfronteerd met een bevolkingskrimp en een versnelde vergrijzing, waardoor de aard en omvang van de zorgvraag in de toekomst zal veranderen. Tevens wordt geconcludeerd dat mogelijke knelpunten als gevolg van deze verandering nog onvoldoende integraal zijn geïnventariseerd.

Het is van groot belang dat de regio ook in de toekomst toegang houdt tot kwalitatief goede zorg en dat betrokken partijen hun investeringsbeslissingen kunnen nemen op basis van een goed begrip van zorggerelateerde ontwikkelingen in de regio. Daarom hebben de Provincie Groningen, Zorgbelang Groningen, Menzis en de regionale ziekenhuizen OZG en Refaja aan The Boston Consulting Group (BCG) gevraagd de ontwikkelingen op de zorgmarkt in het verzorgingsgebied van de twee ziekenhuizen te inventariseren. Dit gebied bevat de regio's Oost-Groningen, Noord-Groningen en Noord-Oost-Drenthe. Gemakshalve zullen we voor deze regio in dit rapport het woord 'Oost Groningen' hanteren. Dit rapport bevat de eindrapportage van dit onderzoek.

De door BCG uitgevoerde inventarisatie richt zich op de ontwikkeling van de medisch specialistische zorgvraag in Oost-Groningen en op daaruit (mogelijk) voortvloeiende 'gaten' tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Omdat wij zeker willen stellen dat de uitkomst van ons onderzoek de opdrachtgevers helpt in het verdere traject, hebben wij gewerkt op basis van een vijftal afgestemde principes die mede de manier bepaald hebben hoe wij het onderzoek hebben uitgevoerd.

1. De focus ligt op het bouwen van een feitenbasis vanuit regio-perspectief, waarbij de regio Oost-Groningen in zijn geheel is bekeken, en niet op het niveau van huidige ziekenhuislocaties. Wel worden demografische verschillen op gemeenteniveau inzichtelijk gemaakt, omdat dit later van belang kan zijn voor overwegingen m.b.t. de invulling van de zorg: waar welke zorg te leveren, met welke volumes. Toekomstige beslissingen worden idealiter vanuit regioperspectief genomen, en niet vanuit individueel gemeentebelang.

2. De focus ligt niet alleen op de zorgvraag maar ook op de veranderingen in 'het speelveld': de grenzen waarbinnen gedacht kan worden over de verschillende modellen, oftewel wat er moet en kan in het aanbod en hoe dat verandert de komende jaren.

- M.b.t. de 'wat': wat zijn de eisen (bijvoorbeeld minimale volumes) en wensen (bijvoorbeeld belang nabijheid).
- M.b.t. de 'hoe': wat zijn de beperkingen (bijvoorbeeld aanbod medisch en niet medisch personeel) en kansen (bijvoorbeeld Tele-zorg) om dat in te vullen.

3. Wij denken vanuit de ambitie: "Dichtbij als het kan, centraal als het moet". De ontwikkelingen m.b.t. het speelveld zullen zoveel mogelijk in kaart gebracht worden om input te leveren op deze afweging.

4. Wij richten ons expliciet niet op de vraag hoe de zorg op een optimale manier in te vullen, maar we beperken ons tot het leveren van een feitenbasis die als input kan dienen voor een

¹ Met Oost-Groningen wordt het verzorgingsgebied van de OZG en het Refaja bedoeld. Dit bestaat uit Oost-Groningen, Noord-Groningen en Noord-Oost-Drenthe

discussie die hierover in een later stadium kan plaatsvinden. Deze feitenbasis beslaat als aangegeven de ontwikkeling in de zorgvraag enerzijds (punt 1 hierboven) en de ontwikkelingen in het speelveld anderzijds (punt 2). Nadrukkelijk maken wij in dit rapport geen afweging tussen deze feiten, dit is immers een meer subjectieve afweging waarbij veel factoren meegenomen moeten worden. De verdere discussie over de mogelijke invullingen (modellen) van het zorgaanbod moet volgens ons door de belanghebbenden zelf (inclusief de specialisten) worden gevoerd – allereerst door te denken over de optimale invulling vanuit het belang van de gehele regio. De verzamelde gegevens op basis waarvan het rapport is geschreven zijn aan de ziekenhuizen verstrekt ten behoeve van deze discussie over de mogelijke invulling van het zorgaanbod.

5. Onze focus op feiten nu, neemt niet weg dat er ook andere en meer subjectieve overwegingen zijn op gemeentelijk-, maatschaps- en individueel niveau die een rol spelen en die zeker niet minder belangrijk hoeven te zijn voor de uiteindelijke besluitvorming over de invulling van het zorgaanbod. Hiervoor moet in het verdere proces expliciet ruimte zijn om eenieder het comfort te geven dat erover gesproken kan worden, maar wel op het juiste moment. Onze ervaring leert dat de optimale volgorde is om drie stappen te onderscheiden.

- a) Een discussie over de mogelijke modellen van het zorgaanbod vanuit het regio-perspectief
- b) Pas daarna gemeentelijke-, maatschaps- en persoonlijke belangen mee te nemen. Dit om te voorkomen dat deze belangen een goede discussie over mogelijke modellen in de weg staat.
- c) De besluitvorming. Het scheiden van de discussies kan alleen wanneer expliciet gemaakt wordt dat pas definitief besloten wordt nadat alle belangen zijn gewogen. Dit is de enige manier om ervoor te zorgen dat persoonlijke belangen niet de discussie over de optimale modellen vertroebelen. Als gezegd bevat dit onderzoek slechts een inventarisatie van de feitenbasis die als input kan dienen voor fase a.

Dit rapport bespreekt achtereenvolgens de ontwikkelingen in de zorgvraag in Oost-Groningen (hoofdstuk 2), waarom Oost-Groningen anders is (hoofdstuk 3) de ontwikkelingen op het speelveld (hoofdstuk 4) en handvatten voor de volgende fase (hoofdstuk 5).

2. ONTWIKKELING ZORGVRAAG IN OOST-GRONINGEN

Om de zorgvraag in Oost-Groningen in kaart te brengen, focussen we op het modelleren van een aantal parameters naar de toekomst. Allereerst is het aantal opnamen, dagopnamen en verpleegdagen per leeftijdscategorie, per specialisme en per gemeente gemodelleerd tot 2035. Dit is belangrijk omdat het inzage geeft in de benodigde “middelen” in de toekomst. Zo geeft het aantal (dag)opnamen een indicatie van het benodigd aantal specialisten, en het aantal verpleegdagen van de benodigde verpleging. Daarnaast leiden we het verwacht aantal eerste polibezoeken, bedden, OK-capaciteit en IC-capaciteit af van de zeer gedetailleerde modellering van de drie basisparameters, om zo ook hiervan een prognose te kunnen geven.

De zorgvraag in de regio Oost-Groningen zal naar verwachting redelijk stabiel toenemen met ~4% per jaar (opnamen plus dagverpleging). Een jaarlijkse groei van ~4% tot 2035 leidt tot absolute toename van de zorgvraag met een factor van ruim 2,5, en brengt dan ook direct de vraag op of dit realistisch is, of dat de wal het schip zal keren en gewijzigd beleid zal leiden tot een inperking van deze verwachte groei. Zoals ook verderop in dit hoofdstuk aangegeven hebben wij ons in dit onderzoek beperkt tot een prognose bij ongewijzigd beleid. De mogelijke maatregelen die genomen kunnen worden zijn immers niet te voorspellen.

Voor de analyse van de veranderende zorgvraag hebben wij vier ontwikkelingen onderscheiden: 1) demografische ontwikkeling, 2) groei van de totale intrinsieke zorgvraag

(dus zonder demografische effecten), 3) verschuiving van de zorgvraag van klinische behandeling naar dagverpleging en 4) ligduurverkorting.

Als basiszorgvraag voor de ontwikkelingen hebben wij de huidige productie van de drie ziekenhuizen genomen (waarbij we een gemiddelde over de jaren 2007-2009 hebben genomen om afwijkingen te middelen), per specialisme, per leeftijdscategorie. Daarnaast hebben we de adherentie van de ziekenhuizen per gemeente opgeteld om zo tot een totale adherentie per gemeente te komen.

1) De groei in zorgvraag komt allereerst door de demografische ontwikkelingen in de regio: vergrijzing en krimp van de bevolking. Hoewel de regio een sterke vergrijzing en krimp kent, is het effect hiervan beperkt. Dit komt doordat de twee effecten elkaar deels opheffen. Aan de ene kant is er een sterke vergrijzing in Oost-Groningen (van 17% 65-plussers in 2010 naar 29% in 2035) die leidt tot een groei in zorgvraag met +0,6% per jaar, aan de andere kant leidt de krimp in bevolking (6% van 2010 tot 2035, 0,24% per jaar) tot een daling van de zorgvraag met 0,3% per jaar. Deze demografische ontwikkeling is per leeftijdscategorie, per specialisme, per gemeente voor de drie belangrijkste parameters in kaart gebracht, zodat ook verschillen tussen deze categorieën inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Er is rekeninggehouden met verschillende adherentie per gemeente, oftewel, de groei en vergrijzing per gemeente is 'gewogen' naar het aantal adherente inwoners. In Nederland als geheel is het effect van vergrijzing op de ontwikkeling van de zorgvraag overigens vergelijkbaar (+0,6%), ook al is het startpunt van de mate vergrijzing daar wel lager. Doordat de bevolking in Nederland groeit met ~6% van 2010 tot 2035, in tegenstelling tot de krimp in Oost-Groningen, leidt dit voor Nederland tot een totaal demografisch effect van ~+0,9%.² De zorgvraag in Oost-Groningen zal daarmee dus minder snel stijgen dan in de rest van Nederland.

2) De tweede, en belangrijkste, oorzaak van de verwachte groei in de zorgvraag, is de groei in 'intrinsieke zorgvraag', ofwel de vraag naar zorg, per persoon, gecorrigeerd voor leeftijd. De oorzaak van deze intrinsieke groei ligt voor een groot gedeelte in toenemende incidentie en prevalentie van ziektes. Incidentie neemt toe door bijvoorbeeld veranderende levensstijl van de bevolking of verbeterde opsporingsmethoden. Zo neemt obesitas in Nederland, en ook in Oost-Groningen, naar verwachting de komende jaren sterk toe. Dit zal leiden tot een groei in diabetes, hartfalen, beroertes en overige cardiovasculaire aandoeningen. Prevalentie kan bijvoorbeeld toenemen door technologische vooruitgang op medisch of farmaceutisch vlak, bijvoorbeeld bij oncologie waarbij de sterftekans daalt en het prevalentiecijfer daarmee naar verwachting sterk toeneemt³.

Omgekeerd zijn er ook trends die tegengesteld werken. Zo kan gedacht worden aan een betere begeleiding van chronisch zieken (disease management) en steeds verbeterde medische kwaliteit waardoor het aantal complicaties en heroperaties afneemt. Deze zullen echter niet leiden tot een afname, maar mogelijk tot een afvlakking van de groei.

De ontwikkeling van intrinsieke groei is moeilijker in te schatten omdat deze ontwikkelingen in hoge mate onzeker zijn (veel onzekerder dan veranderingen in de bevolkingsopbouw). Wel geldt dat deze ontwikkelingen niet heel anders zullen zijn in Oost-Groningen vergeleken met

² Voor het onderzoek gebruiken wij bevolkingsprognosecijfers van het CBS. Andere bureaus (bijv. Primos) geven weliswaar soms een afwijkende prognose, het effect op de totale ontwikkeling van de zorgvraag is echter beperkt (Primos verwacht bijv. een krimp van 10% versus 6% in de regio, dit zou leiden tot ~0.2% minder zorgvraag-groei)

³ Kanker in Nederland - trends, prognoses en implicaties voor de zorgvraag (KWF Kankerbestrijding)

landelijke trends (al is het startpunt – de huidige zorgvraag – soms wel hoger per persoon). Voor onze analyse van de zorgvraag hebben wij de trend in opnamen en dagverpleging van de afgelopen 15 jaar (per ziektebeeld, CBS gegevens) doorgetrokken naar 2035. Hierbij wordt dus aangenomen dat ontwikkelingen in prevalentie en incidentie met gelijke trend worden doorgezet. Vervolgens hebben wij de verschillende ziektebeelden aan één of meerdere specialismen toegewezen om ook een verwachte groei per specialisme te kunnen laten zien.

De resulterende verwachte jaarlijkse groei in dagopnamen plus opname is ~3,8% (exclusief vergrijzing en/of krimp, dus bij gelijk blijvende bevolking). Deze prognose is in lijn met de prognoses van TNO⁴, RIVM⁵ en prognoses op ziektebeeldniveau van bijvoorbeeld KWF Kankerbestrijding³.

Deze groei van 3,8%, doortrekkend tot 2035, zou leiden tot een ruime verdubbeling van het aantal dagverplegingen en opnames in 2035 (maal factor 2,5). Deze sterke stijging is, zoals hierboven aangegeven, in lijn met de prognose van TNO, en loopt niet uit de maat met internationale vergelijkingen. Momenteel ligt het aantal opnamen per 1000 inwoners in landen als Frankrijk en Duitsland een factor 2 tot 2,5 hoger dan in Nederland. Een deel van dit effect is te verklaren door ons relatief hoog percentage dagbehandelingen, maar zeker niet alles. Zoals ook TNO aangeeft in haar rapport: “Met een verdere toename van het aantal opnamen schuift Nederland richting het gemiddelde (de mediaan) voor de geïndustrialiseerde landen”. Er spelen uiteraard meerdere onzekerheden mee die de trends zouden kunnen laten afzakken of toe kunnen laten nemen, maar uitgaande van ongewijzigd beleid, lijkt deze prognose een goede inschatting van de jaarlijkse ontwikkeling van de zorgvraag.

3) Naast de trends op de totale zorgvraag, spelen belangrijke trends een rol in de ontwikkeling van de onderliggende parameters (opnamen, dagverpleging, verpleegdagen). De eerste trend die wij hebben geanalyseerd is (een verandering in) de verschuiving van klinische behandeling naar dagverpleging. Dit is een trend die veelal niet gedetailleerd wordt bepaald in prognoses naar de toekomstige zorgvraag, maar ons inziens van groot belang is om mee te nemen.

Een trend die in Nederland, maar ook internationaal, zichtbaar is, is een verschuiving van klinische behandeling (opnamen) naar dagverpleging. In de periode 1993 – 2008 is deze verhouding in Nederland verschoven van 75-25% naar 50-50%. Deze ontwikkeling verschilt echter sterk per type zorg. Voor bijvoorbeeld ziekten van zenuwstelsel en zintuigen (voor groot deel van cataracten) zien we dat het aandeel klinische opnamen in ditzelfde tijdsbestek is afgenomen van 53% naar 13%. Bij bijvoorbeeld ziekten van de ademhalingsorganen (o.a. infecties, COPD) zien we het aandeel klinische opnamen stabiel rond 65%.

Onze verwachting is dat deze trend zal doorzetten, maar wel zal afvlakken. Ten eerste zal een bepaald deel van behandelingen (bijvoorbeeld meer complexe behandelingen) altijd klinisch plaatsvinden, en zal de verhouding dus nooit naar 0% klinisch verschuiven, ten tweede heeft veel verschuiving naar dagverpleging al plaatsgevonden (bijvoorbeeld bij cataracten), waardoor de trend niet in gelijke mate door te trekken is. Dit zien we ook bij internationale vergelijking, werd in 2005 in Nederland al bijna 50% van de chirurgische ingrepen in dagbehandeling uitgevoerd, in veel andere Europese landen lag dit aantal toen tussen 15 – 35%.

⁴ TNO, De vraag naar zorg in ziekenhuizen – analyse ontwikkelingen in de afgelopen jaren en scenario's voor de ontwikkelingen tot 2020 (april 2009)

⁵ Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter, RIVM, 2010

Analytisch gezien is, door deze afvlakking, de kliniek-dagverschuiving geen lineaire trend, maar maakt deze een zogenaamde S-curve door. Zowel de hoogte en breedte van de curve, als ook de plek waarop we ons nu op de curve bevinden, verschilt per ziektebeeld. Wij hebben per ziektebeeld de S-curve gemodelleerd en zo een inschatting kunnen maken van de verwachte verdere verschuiving van klinische opnamen naar dagverpleging. Het effect van deze verschuiving is dat de kliniek-dagverhouding rond 45% - 55% komt te liggen in 2035.

4) Ook ligduurverkorting is een trend die zowel in Nederland als internationaal al jaren zichtbaar is. De oorzaak van deze verkorting van klinische ligduur ligt in een versterkte focus op patiëntenlogistiek, vermindering van verkeerd bezette bedden en vooruitgang in medische technologieën / veranderende medische inzichten. In de periode 1980 – 2000 is de gemiddelde ligduur in Nederland afgenomen met ~2,8% per jaar. Dit is opmerkelijk, zeker aangezien we gelijktijdig een verschuiving hebben gezien van kliniek naar dag van kortere opnamen (wat leidt tot een gemiddeld langere klinische ligduur) en de bevolking is verouderd (wat ook leidt tot een langere ligduur, doordat ouderen gemiddeld langer liggen). Als gecorrigeerd wordt voor deze factoren is de afname in ligduur maar liefst 4,2% per jaar. Ook van de ligduurverkorting verwachten we dat deze doorzet maar afvlakt, doordat veel medische verrichtingen een minimale verpleegduur hebben. Wij verwachten dat de gemiddelde ligduur van het huidige niveau van 5,5 dagen verder zal afnemen tot 4 dagen in 2035.

Deze inschatting is gebaseerd op verschillende analyses. Uit internationale vergelijkingen blijkt dat de minimale ligduur op dit moment ronde 4,5 dag ligt, versus 6,1 in Nederland en 5,5 in Oost-Groningen. Analyse laat zien dat daling van de gemiddelde ligduur met 1,5 dagen realiseerbaar moet zijn door de langere ligduren (50% van de patiënten ligt 4 dagen of meer) af te laten nemen van gemiddeld 9 dagen tot 6 dagen. De ligduur van de korter liggende patiënten blijft in deze analyse gelijk. Het TNO rapport “De vraag naar zorg in ziekenhuizen” geeft een vergelijkbare prognose van de ligduurverkorting. Zij verwachten een ligduur van 3,5 – 5 ligdagen in 2020. Ook het effect van veranderende vergrijzing en kliniek-dagverschuiving is meegenomen in onze analyse. De ligduurverlenging zal sterker zijn dan in het verleden (+0,4% versus +0,2%), de ligduurverlenging door kliniek-dagverschuiving zal echter afnemen door verminderde verschuivingen.

Deze daling tot 4 dagen in 2035 is een jaarlijkse totale daling van 1,2%. Deze daling bestaat uit 0,4% toename door vergrijzing, 0,2% toename door kliniek-dagverschuiving en 1,7% daling door pure ligduurverkorting (in vergelijking tot de 4,2% uit het verleden)⁶.

Uiteraard is het mogelijk dat sommige specialisten een andere eigen inschatting hebben van het verdere verloop van deze trends. Op basis van de door BCG ontwikkelde modellen is het relatief eenvoudig door te rekenen wat de invloed van een andere trend is op de groei in de benodigde capaciteit om deze vraag in te vullen.

Naast bovengenoemde trends zijn er nog meerder andere trends die een mogelijke invloed op de zorgvraag kunnen hebben. Deze trends worden hieronder kort besproken. Aangezien deze trends ofwel een sterke onzekerheid kennen, ofwel lastig kwantificeerbaar zijn, zijn ze niet in de modellering opgenomen, maar worden ze gezien als een gevoeligheidsanalyse ten opzichte van gemodelleerde uitkomsten.

⁶ Totaal percentage ligt 0,1% boven som van individuele percentages door ‘kruiseffect’ van de verschillende effecten

Verschuiving naar 1^e lijn. Vanuit de overheid wordt een verschuiving van zorg (met name chronische zorg en polikliniekbezoeken) naar de 1^e / 1,5^e lijn gestimuleerd, onder andere door keten-DBC's. Deze verschuiving is vooralsnog beperkt kwantitatief zichtbaar en zal ook verschillen per regio, omdat verschillende regio's een andere keten-integratie hebben. Eerste prognoses geven wel aan dat de impact op het aantal polibezoeken voor een bepaald ziektebeeld groot kan zijn (zie ook paragraaf 4.5), maar op totaal aantal eerste polibezoeken is de impact vooralsnog niet groot. Daarnaast geldt dat juist in Oost-Groningen deze trend minder impact kan hebben omdat de 1^e lijn veelal niet de capaciteit heeft om extra volume op te vangen. Deze trend nemen wij mee in de beschrijving van het speelveld van de chronische zorg (paragraaf 4.5).

"Healthy-ageing" scenario. Het healthy-ageing scenario gaat uit van een langere gezonde levensduur, waardoor de toename in zorgvraag door vergrijzing beperkt wordt. Dit houdt rekening met het feit dat veel van de zorgkosten in het laatste levensjaar plaatsvinden. Door 'healthy ageing' verschuift de zorgvraag naar hogere leeftijdscategorieën. Deze trend is echter niet bewezen. Verschillende landen rapporteren verschillende trends over de veranderende gezondheid van 65+-ers. Wij nemen deze trend dan ook niet mee in onze analyses.

Technologische ontwikkeling. Technologische ontwikkelingen kunnen grote impact hebben op de zorgvraag, bijvoorbeeld innovaties in medicaties, operatiemethodes, beeldvormingapparatuur, etc. Voor zover de transitie door deze ontwikkelingen geleidelijk verlopen, zijn ze meegenomen in het zorgvraagmodel doordat historische trends (gedeeltelijk) zijn doorgetrokken. Trendbreuken door technologische vooruitgang zijn echter niet te voorspellen, en kunnen daardoor niet worden gemodelleerd.

Verhoging eigen bijdrage aan zorgkosten. Er kan een druk vanuit de overheid ontstaan om een lager gedeelte van de zorgkosten te vergoeden (of te wel het eigen risico te verhogen). Of dit plaatsvindt, hangt sterk af van de politieke kleur van de regering. Daarnaast is het niet evident dat verhoging van eigen risico ook daadwerkelijk bijdraagt aan verlaging van de zorgvraag. Internationaal zijn er onderzoeken die beide kanten aantonen: verlaging van de zorgkosten ofwel geen effect op de zorgkosten (omdat mensen het zelf betalen).

3. OOST-GRONINGEN IS ANDERS

De ontwikkeling van de zorgvraag op het hoogste niveau is, zoals hierboven beschreven, redelijk stabiel en grotendeels in lijn met ontwikkelingen in Nederland. Gedetailleerdere analyse toont echter dat Oost-Groningen, door haar specifieke demografische opbouw, wel degelijk anders is dan Nederland: zowel in zorgvraag als ook in mogelijke inrichting van de zorgvraag. Drie demografische kenmerken zijn hierbij van belang: krimp, vergrijzing en lage bevolkingsdichtheid.

Oost-Groningen kent een bevolkingskrimp van -6% tussen 2010 en 2035. Nederland kent in dezelfde periode een groei van de bevolking van +6%. Deze bevolkingsontwikkeling verschilt sterk per gemeente in het verzorgingsgebied. Voor de gemeenten Bellingwedde en Delfzijl wordt door het CBS zelfs een krimp van meer dan 20% verwacht tot 2035. Het effect van de krimp op de zorgvraag is, zoals ook aangegeven in voorgaand hoofdstuk, in de totale regio beperkt, maar kan wel invloed hebben op de beslissing rond de uiteindelijke inrichting van de zorgvraag wanneer een antwoord wordt gezocht op de vraag: Waar zal de zorgvraag gelokaliseerd zijn?

Daarnaast kent de regio een vergrijzing die ongeveer 10 jaar voorloopt op Nederland wat leidt tot een grotere zorgvraag per persoon, aangezien ouderen meer zorg gebruiken dan jongeren. Daarnaast zorgt deze vergrijzing voor een verschuiving van en naar specifieke ziektebeelden. Zo zien we de opnamen kindergeneeskunde stijgen met slechts 2,5% per jaar, terwijl specialismen met een grote populatie ouderen sterk toenemen als gevolg van vergrijzing, zoals bijvoorbeeld opnamen interne geneeskunde met 4,6%. Deze gedifferentieerde ontwikkeling in zorgvraag geeft een extra uitdaging met betrekking tot de toekomstige inrichting van het zorgaanbod. De koploperpositie ten opzichte van Nederland, dat 10 jaar later een gelijke leeftijdsopbouw zal hebben, kan ook een kans voor de regio zijn, wanneer gezocht wordt naar innovatieve invullingen van het zorgaanbod. In het volgende hoofdstuk, *Invulling van de zorgvraag: ontwikkelingen in het speelveld*, komen we op beide punten terug en zal de groei in chronische zorg meer gedetailleerd worden bekeken.

Door de verschillen in krimp en vergrijzing per gemeente, verschilt de ontwikkeling in zorgvraag per gemeente sterk. Zo laat Slochteren de grootste verwachte jaarlijkse groei zien van 5,5% terwijl Bellingwedde en Delfzijl de laagste groei kennen met respectievelijk 2,6% en 3,2%.

De derde demografische karakteristiek, lage bevolkingsdichtheid, heeft geen invloed op de absolute zorgvraag, maar op de 'dichtheid' van de zorgvraag en daarmee op de invulling van het zorgaanbod. Door de lage bevolkingsdichtheid van de regio zijn aanrijtiden naar zorgverleners gemiddeld langer, en ziekenhuislocaties gemiddeld kleiner. In Nederland wonen ~490 inwoners/km², in Oost-Groningen ligt dit aantal op ~145 inwoners/km². Anders gezegd: de bevolkingsdichtheid in Oost Groningen is minder dan een kwart van het landelijk gemiddelde. Een gemiddelde ziekenhuislocatie in Nederland bestaat uit ~375 bedden, terwijl de drie locaties in Oost-Groningen ~200 bedden groot zijn⁷. De gemiddelde rijtijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is in het onderzochte gebied ruim 20 minuten, terwijl dit in Nederland op ~15 minuten ligt.

4. INVULLING VAN DE ZORGVRAAG: ONTWIKKELINGEN IN HET SPEELVELD

Al is de zorgvraagontwikkeling op het hoogste niveau relatief stabiel, demografische kenmerken van Oost-Groningen leiden wel degelijk tot onderliggende verschillen in type zorgvraag. Daarnaast leiden deze kenmerken tot verschillen in mogelijkheden met betrekking tot de invulling van deze zorgvraag. Om een totaal beeld te schetsen van de zorgontwikkeling in Oost-Groningen, moeten naast de ontwikkelingen in zorgvraag, ook de ontwikkelingen in het zogenaamde 'speelveld' in kaart worden gebracht: wat zijn de grenzen aan wat kan en moet als nagedacht wordt over de invulling.

Om het speelveld in kaart te brengen moeten de volgende vragen met betrekking tot het aanbod worden gesteld:

- 1) Wat moet er (eisen) en wat kan er (wensen)?
 - o Zijn er bijvoorbeeld toenemende eisen vanuit inspectie / beroepsgroepen rond invulling van de zorgvraag (bijvoorbeeld minimale volume-eisen) of zijn er veranderende wensen van patiënten en/of artsen (bijvoorbeeld rond nabijheid en kwaliteit van de zorg)
- 2) Hoe moet het (beperkingen) en hoe kan het (kansen)?

⁷ Het gaat hier om erkende bedden in 2008 zoals weergegeven door het RIVM op www.zorgatlas.nl

- Zijn er bijvoorbeeld beperkingen door personeelstekort of wat zijn mogelijkheden door gebruik van innovatieve diensten (bijvoorbeeld eHealth)

Mede door de verschillen tussen Oost-Groningen en Nederland kunnen ontwikkelingen in (eisen aan) het zorgaanbod een ander/groter effect hebben op deze regio dan op het landelijk gemiddelde. Eisen zullen bijvoorbeeld soms lastiger in te vullen zijn door een lagere bevolkingsdichtheid, grotere vergrijzing van medisch personeel, etc. Maar technologische vooruitgang en goede logistieke processen kunnen juist ook meer waarde bieden in deze regio.

De ontwikkelingen in het speelveld verschillen per type zorg. De domeinen die achtereenvolgens zijn geïnventariseerd zijn: spoedeisende hulp, IC, bevallingen, hoog- en laagrisico electieve zorg, chronische zorg en oncologische zorg.

Allereerst bespreken we per zorgdomein de ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkelingen op het speelveld. Vervolgens geven we een eerste aanzet tot onderzoeksvragen die in een vervolgfase beantwoord zouden moeten worden om tot een afweging tussen de mogelijke inrichtingsmodellen per zorgdomein te komen. Deze zorgdomeinen moeten uiteindelijk niet los van elkaar worden gezien. Zo kan het op bepaalde plaatsen concentreren van het ene type zorg alleen acceptabel en haalbaar zijn als een ander type zorg elders wordt geconcentreerd, om goede bezetting van de verschillende locaties te garanderen. De ‘puzzel’ moet dus in zijn geheel worden bekeken. Onderwerp voor onderwerp besluiten lijkt daarom methodisch een logische en simpele aanpak, maar is het in de praktijk juist niet.

4.1. Spoedeisende hulp

Zorgvraag

De vraag naar spoedeisende hulp (SEH) in Oost-Groningen is momenteel ~23.000 SEH-consulten per jaar en bestaat voor ~45% uit poliklinische consulten en 55% uit klinische consulten. De vraag zal zich naar verwachting op een vergelijkbare manier ontwikkelen als de totale zorgvraag, namelijk met een jaarlijkse groei van ~4%.

Speelveld

De eisen aan de SEH nemen toe, met name rond subspecialisatie van specialisten en daarmee dienstfrequentie bij kleinere groepen. De momenteel leidende eis in Oost-Groningen is de aanrijtijd van 45 minuten voor ambulances (inclusief het ophalen van de patiënt). Door de lage bevolkingsdichtheid en het beperkte wegennet is het moeilijk om met minder dan de drie SEH-locaties voldoende bereikbaarheid te garanderen. Meerdere onderzoeken hebben plaatsgevonden waarbij geen eenduidige conclusie getrokken kon worden rond het openhouden dan wel sluiten van één SEH-post in de regio.

Daarnaast creëert het hebben van een SEH voor de bevolking een vertrouwen dat altijd kan worden aangeklopt en geeft het een beeld van een ‘volledig’ ziekenhuis. Ook is de SEH vaak het eerste contact voor patiënten met het ziekenhuis, en daarmee een bron van volume voor vervolg poli en (dag)opnamen.

Door de lage bevolkingsdichtheid, en dus het relatief laag aantal SEH-patiënten per locatie kan worden nagedacht over een meer vooruitstrevende organisatie-inrichting van de drie SEH-locaties die deze beperking van lage aantallen vermindert. Zo kan gezamenlijke aansturing, en bijvoorbeeld roulatie van artsen over de locaties, leiden tot lagere

dienstfrequenties. Een voorwaarde hiervoor is het hebben van één organisatie. Een andere mogelijkheid biedt het gebruik van SEH-artsen waardoor minder beroep gedaan hoeft te worden op de overige specialismen in de diensten en een hoog kwaliteitsniveau kan worden gegarandeerd. Ook de samenwerking tussen de dienstdoende huisarts en de SEH kan verder worden geoptimaliseerd door samenwerking te vernauwen en fysieke barrières weg te nemen. Uiteraard moet de poortwachterfunctie van de huisarts worden gewaarborgd.

De relatie tussen de SEH en de IC (zie het volgende onderwerp) bestaat wel, maar is niet één-op-één gekoppeld. Allereerst geldt dat het aantal IC-opnamen vanuit de SEH beperkt is tot ~1%, nog geen 1 per dag op de drie locaties samen. Daarnaast is het van belang een onderscheid te maken tussen het stabiliseren en observeren van deze patiënten. Stabilisatie dient altijd en zo snel mogelijk plaats te vinden, dus dat is een cruciaal deel van de SEH. Of observatiemogelijkheden ter plekke nuttig zijn is een afweging tussen de risico's van transport enerzijds en de waarde voor de patiënt als hij/zij op een beter bezette IC terecht komt anderzijds.

Verdere onderzoeksvragen

Welke functies moeten minimaal op een SEH aanwezig zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen regelen, en welke kunnen mogelijk worden geconcentreerd (PACU, CCU, IC, etc.)?

Hoe moet de SEH ingericht worden (inzet SEH artsen, gezamenlijke aansturing, etc.)?

Kan de SEH voldoende aantrekkelijk zijn / worden gemaakt voor het werven van SEH-artsen?

4.2. IC

Zorgvraag

Alle huidige locaties beschikken momenteel over een IC van level 1 (het laagste niveau van drie niveaus). Gezamenlijk zijn er 11 IC-bedden met beademing. De zorgvraag naar IC-capaciteit zal naar verwachting toenemen met ~4,7% per jaar. Dit ligt boven de groei van het aantal opnamen (3,6% per jaar), aangezien de IC met name door ouderen wordt gebruikt (~63% 65-jaar en ouder versus 40% bij klinische opnamen).

Een IC is noodzakelijk voor hoogrisico zorg, moeder-kind centrum en enkele gevallen in de spoed-eisende hulp. De eerste categorie bestaat uit hoogrisico ingrepen en/of hoogrisico patiënten. Deze tweedeling, en de impact op IC-gebruik, wordt besproken in paragraaf Hoogrisico Electieve Zorg. Voor de laatste categorie geldt, zoals in de paragraaf SEH is toegelicht, dat de relatie niet één-op-één is, en dat een discussie gevoerd moet worden over de waarde van transport versus een beter bezette IC.

Speelveld

De CBO-richtlijnen voor de IC zijn streng. Zo moet een IC level-1 onder andere voldoen aan de aanwezigheid van een intensivist overdag en de beschikbaarheid binnen 5 minuten van een arts met specifieke intensive care opleiding in avond-nacht-weekend. Ook wordt een minimale grootte van 6 IC-bedden aangeraden. Op deze normen wordt in toenemende mate gecontroleerd door de inspectie. In 2008 is er bijvoorbeeld een onderzoek geweest naar alle IC's van level-1. Waar in eerste instantie veel verbeterpotentieel was geconstateerd, liet een latere controleronde zien dat veel verbeterpunten door de ziekenhuizen waren gerealiseerd. Recent heeft ook onderzoek naar de kwaliteit van level-2 en -3 IC's plaatsgevonden. De eerste resultaten van dit onderzoek zijn enkele weken geleden aan de desbetreffende ziekenhuizen teruggekoppeld.

De belangrijkste beperking voor een IC is het aantal intensivisten en het aantal patiënten dat een IC-zorgvraag heeft. Door het aangescherpte toezicht van de IGZ lijkt er een tekort aan intensivisten te ontstaan, omdat richtlijn van het hebben van een minimaal aantal intensivisten beter wordt nagevolgd. In de regio is bovendien al een IC level-3 (UMCG) en twee IC's level-2 (Martini en Emmen). Momenteel zorgt een MICU voor transport van zwaardere patiënten naar het UMCG.

Er zijn drie mogelijke vormen van inrichting van de IC-zorg die ieder eigen kansen bieden. Allereerst kan concentratie van de IC-zorg op één locatie leiden tot betere inzetbaarheid van intensivisten en specialistisch verpleegkundigen en een betere kwaliteit. Wel moeten transporten tussen locaties dan goed georganiseerd zijn. De huidige IC-groottes zijn, op basis van beademingsuren, kleiner dan de gemiddelde grootte van level-1 IC's in Nederland. Gezamenlijk zijn de 3 IC's groter dan een gemiddelde level-1 IC. Indien gekozen wordt voor concentratie van de IC-capaciteit op één locatie, moet worden nagedacht over een locatie die vanuit regioperspectief optimaal is, waarbij de reistijden voor de gehele regio acceptabel zijn.

Ten tweede kan door concentratie op één locatie mogelijk een hoger-level IC (level-2) worden gerealiseerd. De haalbaarheid van het realiseren van een level-2 IC moet echter wel goed worden onderzocht. Het aantal beademingsuren van de drie IC's gezamenlijk komt op dit moment ruim onder het gemiddelde van de huidige IC's level-2 in Nederland. Echter als het behandelvolume zou toenemen wordt dit een meer reële optie. Dat volume zou kunnen toenemen als gevolg van de samenwerking met het UMCG of doordat juist de IC level-2 een aantrekkelijke werking zou hebben op patiënten.

Een derde mogelijkheid is het gebruiken van Tele-IC om zo de personele voordelen van concentratie te combineren met de voordelen van decentraal aanbieden van IC-zorg. Tele-IC is in de VS al geïmplementeerd in afgelegen gebieden, 4% van de IC-patiënten valt momenteel onder dit systeem. Onderzoek heeft aangetoond dat zowel de kosten als de mortaliteit bij deze ziekenhuizen omlaag zijn gegaan.

Verdere onderzoeksvragen

Voor alledrie de modellen moeten de voor- en nadelen verder in kaart worden gebracht. Ook moet worden vastgesteld welke functies wel of niet aangeboden moeten worden op alle locaties (bijvoorbeeld wel een PACU / CCU / MC), en hoe moet worden omgegaan met transporten (bijvoorbeeld gebruik MICU). Hierbij moet feitelijk een analyse worden gedaan waarbij de verschillende modellen worden uitgewerkt en zo een gedegen afweging gemaakt kan worden. Ervaring leert bijvoorbeeld dat het houden van een MC op een locatie zonder IC weliswaar zal leiden tot minder transporten dan wanneer er geen MC is, echter de transporten zullen een hoger risico profiel hebben doordat zwaardere patiënten op de MC worden opgenomen en kans hebben te verslechteren.

4.3. Bevallingen

Zorgvraag

De zorgvraag voor bevallingen in het verzorgingsgebied blijft volgens CBS prognoses ongeveer stabiel op ~2600 bevallingen per jaar. Deze ontwikkeling in het aantal bevallingen verschilt wel sterk per gemeente. Uitgaande van de huidige adherentie per gemeente en een gelijkblijvend percentage thuisbevallingen, leidt dit tot een volume van ~1250 bevallingen bij de gynaecoloog in 2035. Dit is een daling van 5% tussen 2010 en 2035 (-0,22% per jaar). Er zijn ook andere bevolkingsprognoses die gehanteerd kunnen worden, zoals die van Primos. Deze

leiden overigens tot vergelijkbare aantallen bevallingen. Gezien de ontwikkelingen op verloskundig gebied zijn er mogelijkheden tot groei: het aandeel thuisbevallingen neemt gestaag af.

Speelveld

Vanuit de overheid wordt de druk opgevoerd om de relatief hoge kindersterfte in Nederland aan te pakken, wat na verwachting zal leiden tot scherpere eisen vanuit de beroepsgroep en/of toezichthouder. Momenteel voert de IGZ extra onderzoek uit wanneer een ziekenhuis minder dan 500 bevallingen per jaar onder begeleiding van een gynaecoloog heeft⁸. Refaja valt momenteel onder deze richtlijn (~475 klinische bevallingen) en OZG heeft reeds besloten de bevallingen op één locatie te concentreren (~900 klinische bevallingen). Vanuit beroepsgroepen wordt een situatie voorgesteld waarin ziekenhuizen minimaal 3000 bevallingen per jaar doen, mede om op die manier rendabel een 24/7 team met gynaecoloog, kinderarts en anesthesist in huis te kunnen hebben. Echter, momenteel voldoet geen enkel Nederlands ziekenhuis aan deze norm van 3000 bevallingen. Internationaal ligt de minimumnorm vaak op 500 of 1000 bevallingen per jaar per locatie.

Relatief veel Nederlandse vrouwen hebben de wens om thuis te bevallen, wat nabijheid van het ziekenhuis belangrijk maakt. Het aantal thuisbevallingen daalt echter al jaren (van ~40% in 1990 tot ~25% in 2008). Van alle vrouwen met de intentie om thuis te bevallen (bij start zwangerschap) eindigt uiteindelijk 43% alsnog in het ziekenhuis.

Indien besloten zou worden tot centralisatie van de ziekenhuisbevallingen in een moeder/kind centrum, zou het gezamenlijk verwachte volume ~1300 bevallingen per jaar zijn. Hiermee wordt beter voldaan aan toekomstig mogelijk aangescherpte normen. Daarnaast kan door concentratie de kwaliteit van de geboden zorg worden verhoogd, o.a. door het frequenter / constanter in huis hebben van een volledig team en het specifiekere inrichten van de processen op de zwangere vrouw.

Vanuit het perspectief van de gynaecoloog kan centralisatie nadelig zijn omdat de werklocatie verschuift. Maar concentratie heeft ook voordelen. De uitdaging die er momenteel in de regio ligt om gynaecologen aan te trekken kan mogelijk kleiner worden doordat centralisatie leidt tot een grotere vakgroep en daarmee lagere dienstfrequenties en betere specialisatiemogelijkheden. Momenteel kennen de twee ziekenhuizen beide een vergrijzing van gynaecologen die hoger ligt dan de landelijke gynaecologenpopulatie en het vullen van vacatures blijkt zeer lastig te verlopen.

Door centralisatie zal wel de thuisbevalling in Oost-Groningen onder druk komen te staan, doordat de aanrijtijden voor veel mensen te groot worden. Duidelijke communicatie naar de inwoners is dan ook essentieel om de kwaliteitsverbetering die concentratie met zich meebrengt uit te leggen. Een kans voor de regio om verder in te spelen op de wens om in een huiselijke omgeving te bevallen die door centralisatie onder druk komt te staan, is het grootschaliger aanbieden van poliklinische bevallingen onder toezicht van de verloskundige. Bevallen in een huiselijke omgeving, met vertrouwde begeleiding, maar slechts een gang verwijderd van de gynaecoloog, het team en het ziekenhuis.

Tenslotte zal concentratie van bevallingen naar verwachting wel leiden tot enig adherentieverlies. Echter het hogere percentage ziekenhuisbevallingen zal dit naar verwachting compenseren.

⁸ Het Resultaat Telt 2008, IGZ

Verdere onderzoeksvragen

Wat is, in meer detail, de mogelijke impact van het centraliseren van de bevallingen voor: de patiënt, de verloskundigen, de artsen, etc.?

Hoe moet met maatschappelijk sentiment worden omgegaan? Hoe kan educatie van inwoner van Oost-Groningen plaatsvinden?

Hoe kan een nieuwe situatie worden ingericht om optimaal gynaecologen aan te kunnen trekken?

Hoe kan samenwerking met de 1^e lijns-verloskundigen optimaal georganiseerd worden?

4.4. Electieve zorg

Zorgvraag

De electieve zorg neemt momenteel zo'n ~30-40% van het aantal klinische opnames binnen de drie locaties in. Deze inschatting is gemaakt door van de totale klinische zorgvraag het gedeelte gerelateerd aan Acute en Chronische zorg uit te sluiten. De verwachting is dat het totaal aan electieve zorg zal groeien met ongeveer hetzelfde tempo als de gemiddelde zorgvraag in Oost-Groningen (opnamen) van ~3,5% per jaar, gebaseerd op een inschatting van volumes en groei per specialisme.

Uit BCG analyse en ervaring blijkt dat binnen deze ziekenhuizen de electieve zorg voor ongeveer 1/5 gerelateerd is aan hoogrisico electieve zorg en ongeveer 4/5 aan laagrisico. Hoogrisico electieve zorg is gedefinieerd als niet-acute en niet-chronische zorgverlening met een relatief hoog risico, waarbij het hebben van een IC de voorkeur heeft. Dit verhoogde risico kan worden veroorzaakt door het type patiënt of door het type ingreep: Patiënten in ASA3-klasse of hoger, vaak door co-morbiditeit, hebben significant meer risico op complicaties. Daarnaast zijn er bepaalde ingrepen die intrinsiek een grotere kans hebben om tot risicovolle complicaties te leiden (voorbeelden zijn veel cardiologische ingrepen en behandelingen in de kindergeneeskunde). De patiënten met het grootste risico worden in de regel niet behandeld in deze ziekenhuizen, net als de ingrepen met het grootste risico (topklinisch).

Laagrisico electieve zorg is alle zorg die niet acuut, chronisch of hoogrisico is. Dit betreft bijvoorbeeld bepaalde orthopedische ingrepen, KNO behandelingen en vele algemeen chirurgische ingrepen. Bij dit type behandelingen is de aanwezigheid van een IC niet vereist.

De verwachting is dat het aandeel van beide typen electieve zorg ongeveer gelijk zal blijven in de komende periode. De groei van ~3,5% geldt dan ook zowel voor hoog- als laagrisico electieve zorg.

Speelveld

De laatste jaren is er veel aandacht voor de kwaliteit van de electieve zorg. Rapportages en onderzoeksstudies suggereren dat er verschillen in kwaliteit bestaan tussen Nederlandse ziekenhuizen⁹. De trend is dan ook een stijgende transparantie ten aanzien van kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen.

Deze stijgende transparantie over kwaliteit leidt tot:

- Toenemende druk van patiënten die ziekenhuis kiezen op basis van kwaliteit
- Toenemende druk van concurrenten die strijden om patiënt op basis van kwaliteit

⁹ Consumentenbond, AD, Elsevier, etc.

- Toenemende druk van zorgverzekeraars om een goede kwaliteit tegen een scherpe prijs
- Toenemende druk van banken die garanties zoeken voor goed rendement-risicoprofiel op verstrekte leningen

Het meten van kwaliteit is niet altijd gemakkelijk, maar een van de aangetoonde verbanden is tussen volume van de ingrepen en de kwaliteit ervan. De toenemende druk manifesteert zich voornamelijk in een toename in de eisen die aan ziekenhuizen wordt gesteld. Zowel vanuit de inspectie, als vanuit de zorgverzekeraars en de beroepsgroepen zelf worden steeds strengere normen gesteld, veelal in de vorm van minimale volumenormen. Deze minimale normen werden in het verleden vooral voor hoogrisico ingrepen opgesteld – vanwege de grote implicaties als gevolg van kwaliteitsverschillen. Maar de afgelopen periode is ook een trend zichtbaar waarbij voor laagrisico electieve ingrepen kwaliteitsvergelijkingen worden gemaakt, gekoppeld aan volumes. Voorbeelden hiervan zijn het stoppen van contractering van borstkankerzorg door CZ bij een zestal ziekenhuizen en volume-eisen rondom AAA-operaties (Aneurysma van de Abdominale Aorta) door de Nederlandse vereniging van vaatchirurgie.

Voor bepaalde typen behandelingen zal de druk om volumes te bundelen ook sterke impact hebben in de regio Oost-Groningen. Dit hoeft niet direct tot een vergroting van de ziekenhuizen zelf te leiden, maar mogelijk wel tot een herverdeling van de electieve zorgtaken waardoor de volumes van bepaalde ingrepen per locatie groter zullen worden. Anders dan bij bijv. de chronische zorg, is nabijheid bij electieve zorg niet van doorslaggevend belang. Patiënten zijn steeds meer bereid om te reizen voor kwalitatief hoogwaardige zorg. Voordeel is dat door zorgconcentratie specialisten beter kunnen worden ondersteund in hun zorgtaken, doordat gespecialiseerde ondersteuning kan worden geoptimaliseerd (juiste mix van ondersteunende artsen, verpleegkundigen, apparatuur en infrastructuur) en procesoptimalisatie mogelijk is, bijv. door inrichten van zorgstraten. Een voorbeeld van mogelijke laagrisico electieve zorgconcentratie in Oost-Groningen is de behandeling van borstkanker. Momenteel voldoen zowel OZG als het Refaja niet aan de internationaal vaak genoemde richtlijn van 150 patiënten per jaar. Na het concentreren van de borstkankerbehandelingen op één locatie zou daar wel aan worden voldaan, en behoort deze locatie qua volume zelfs tot de top-25 van Nederland. Een van de mogelijkheden is om de hoogrisico en laagrisico electieve zorg op verschillende locaties te concentreren. In een ziekenhuis met laagrisico electieve behandelingen is een IC dan waarschijnlijk niet vereist. Dit ziekenhuis kan zich volledig richten op goede kwaliteit en goede patiëntenlogistiek rondom deze ingrepen. Het ziekenhuis met hoogrisico electieve zorg biedt wellicht de mogelijkheid om een IC in een hogere klasse te openen.

Naast het feit dat door zorgconcentratie hogere kwaliteit en procesoptimalisatie mogelijk is, geeft het ook nieuwe kansen voor het verzorgingsgebied. Zorgconcentratie, in combinatie met samenwerking met andere ziekenhuizen, kan een ‘aanzuigende’ werking hebben, waardoor volumes verder groeien. Voor gespecialiseerd personeel (specialisten en verpleegkundigen) kunnen de ziekenhuizen aantrekkelijker worden, doordat er meer voorzieningen voorhanden zijn en patiënten beter geholpen worden. Samenwerking met andere ziekenhuizen kan ook voor het personeel aantrekkelijk zijn.

De regio Oost-Groningen onderscheidt zich door een lage bevolkingsdichtheid, en daardoor langere afstanden. In eerste instantie lijkt dit te worden versterkt door mogelijke zorgconcentratie. Maar innovatieve oplossingen kunnen helpen om dit tegen te gaan. Een voorbeeld is het mogelijk maken van lokale policonsulten, waarmee als het ware de ‘voor deur’ van de ziekenhuizen dicht bij de patiënt wordt ingericht. De behandeling kan dan

vervolgens op een centrale locatie plaatsvinden, waarbij de mobiliteit van de patiënten en bezoekers door de ziekenhuizen geregeld zou kunnen worden. Op deze manier profiteert de patiënt van een hogere kwaliteit, terwijl het risico op adherentieverlies en nadelen van langere afstanden effectief worden aangepakt. Het bepalen van de precieze locatie waarop de gecentraliseerde electieve zorg plaatsvindt is een afweging tussen de centraliteit binnen het adherentiegebied (minimale gemiddelde aanrijtijd voor de bevolking) en eventuele andere factoren als mogelijke samenwerking met het UMCG en aanrijtijden voor artsen.

De beschreven veranderingen worden gedreven door externe factoren zoals transparantie in kwaliteit. Deze trends, samen met toenemende concurrentie vanuit andere ziekenhuizen en ZBC's met name in de laag-risico electieve zorg), maken dat op deze veranderingen moet worden gereageerd. Door vroegtijdig te bepalen waar zorgconcentratie onvermijdelijk is en tot betere patiëntenzorg leidt, en waar de focus juist op lokale oplossingen moet liggen, kunnen risico's worden omgezet in kansen voor de regio.

Verdere onderzoeksvragen

Voor welke behandelingen is de druk op zorgconcentratie het grootst, en waar liggen de grootste kansen voor deze regio?

4.5. Chronische zorg

Zorgvraag

Chronische zorg is het snelst groeiende type zorg binnen de regio en gaat hierdoor een steeds belangrijker deel uitmaken van de totale zorgvraag. De vergrijzing zorgt voor een toename van chronische ziektebeelden doordat de prevalentie toeneemt met de leeftijd. Daarnaast is er een sterke intrinsieke groei, die voor een klein deel wordt verklaard door slechtere levensstijl. Gezamenlijk leidt dit tot een verwachte groei van 4,2 – 5,6% voor de belangrijkste chronische ziekten. Overigens leeft de gemiddelde inwoner van Oost-Groningen al minder gezond. Een voorbeeld is obesitas dat leidt tot onder andere diabetes en hartfalen. In Oost-Groningen is het percentage mensen met overgewicht 43% en obesitas 17 % versus respectievelijk 36% en 12% in Nederland.

Speelveld

Vanuit de overheid neemt de druk toe om chronische zorg geïntegreerd over de keten aan te bieden om zo de kwaliteit te verhogen en kosten te beperken. Goede afstemming met de 1^e-lijn is hiervoor vereist. Nabijheid van dit type zorg is voor de patiënt van groot belang aangezien patiënten vaak ouder en dus minder mobiel zijn, en bovendien frequent van de zorg gebruik moeten maken. Gezien de grote aantallen patiënten en het belang van nabijheid van de zorg zal verdergaande zorgconcentratie ten opzichte van de huidige situatie voor de meeste chronische ziektes hier niet te leiden tot enorme kwalitatieve verbetering van het zorgaanbod. Toch is het mogelijk verbeteringen te behalen door gebruik te maken van het feit dat het moment van de zorgverlening hier meer flexibel kan worden ingevuld. Zo kunnen specialisten op bepaalde dagen op bepaalde locaties zijn zodat specialistische chronische zorg dichtbij kan worden geleverd.

Verdergaande integratie van de tweedelijns chronische zorg met de eerste lijn wordt vooral gedreven door de invoering van keten-DBC's. Voor de Keten-DBC COPD is een pilot gestart in Appingedam en Delfzijl met 20-25 huisartsen en hiermee loopt de regio voor op de rest van Nederland. Deze pilot lijkt te zorgen voor betere zorgverlening aan de patiënten, doordat een longarts uit Delfzijl direct betrokken is bij de zorgvraag van een groter aantal patiënten dan

zonder deze constructie. Hierdoor ontvangen patiënten lokaal hoogwaardige specialistische zorg zonder dat de druk op de 2^e lijn toeneemt (longarts beoordeeld spirometrieën zonder patiënten in levende lijve te zien). Het gevolg van het invoeren van deze pilot is dat de kwaliteit van zorg sterk toeneemt doordat het aantal fout negatieven en fout positieven significant afneemt. Tevens zal het aantal poliklinische contacten in de 2^e lijn met ~50% afnemen. De klinische zorg en de poliklinische contacten met de complexere patiënten (GOLD klasse 3 en 4) zullen nog wel in het ziekenhuis plaatsvinden. Wat betreft Cardio Vasculair Risico Management (CVRM) en hartfalen is ketenzorg nog niet ingevoerd, wel is op het gebied van hartfalen een pilot gestart in de regio rond de stad Groningen.

Verwachting is dat de invoering van keten-DBC's verder zal doorzetten. Een beperking in Oost-Groningen is de capaciteit van de 1^e-lijnszorg. Huisartsen zijn slechts beperkt in zorggroepen georganiseerd, en werken veelal in solo-praktijken (in 28,4% versus 19,6% in de rest van Nederland). De solopraktijken hebben vaak beperkt fysieke ruimte om onderdak te bieden aan praktijkondersteuners. Dit terwijl de praktijkondersteuner typisch een groot gedeelte van de chronische zorgverlening op zich neemt (bijv. diabetes zorg). Ook zijn de huisartsen vaak apotheekhoudend, waardoor ze beperkte capaciteit hebben en een kleinere patiëntenpopulatie bedienen. Met name invoering ketenzorg CVRM zal grote belasting op huisartsen geven, omdat 16% van de patiëntenpopulatie hiermee te maken heeft.

De bevolkingsdichtheid brengt beperkingen aan de nabijheid van de zorg met zich mee, maar aan de andere kant kan dit ook kansen bieden voor innovatieve oplossingen die een voorbeeld kunnen zijn voor Nederland. Hierbij kan worden gedacht aan het verder doorvoeren van het 'naar de mensen toebrengen' van de zorg, bijvoorbeeld door artsen mobiel te maken en langs verzorgings- en verplegingstehuizen te laten gaan, of het verdere gebruik van tele-zorg voor deze groep patiënten.

De inrichting van een "1.5^e" lijn biedt in de regio Oost-Groningen ook kansen om kwaliteit van het zorgaanbod te verbeteren. Een voorbeeld waaraan gewerkt wordt is een diagnostisch centrum waar onder andere harteografieën gemaakt kunnen worden, waarna softwarematig een risico-inschatting gemaakt wordt. De uitslag van deze echo wordt dan door de specialist beoordeeld. Het aanbieden van een hartecho in een diagnostisch centrum kan een manier zijn om de zorg bij hartfalen naar 1e lijn te verplaatsen. Ook tele-medicine kan helpen om integratie tussen de 1e en 2e lijn te bewerkstelligen. Een voorbeeld is het dagelijks bijhouden van parameters als bloeddruk en gewicht bij hartfalen, om zo sneller te constateren dat de conditie van de patiënt verslechtert. Op het moment dat de specialist een signaal krijgt van het systeem, kan de medicatie worden aangepast om zo een klinische opname in het ziekenhuis te voorkomen. Een inschatting op basis van de eerste resultaten van de pilot laat zien dat dit kan leiden tot een 10% reductie in het aantal opnames ten gevolge van hartfalen.

Internationaal zijn veel innovatieve voorbeelden van het omgaan met lage bevolkingsdichtheid, oudere patiënten en chronische zorg. "Hospital at home" is hier een voorbeeld van, waarbij bijvoorbeeld dialyse thuis mogelijk wordt gemaakt, chemotherapie thuis wordt aangeboden of patiënten thuis mantelzorg ontvangen zodat zij niet in het ziekenhuis hoeven te worden behandeld.

Verdere onderzoeksvragen

Is het aantrekkelijk om de zorg verder te decentraliseren/ de zorg verder naar de mensen te brengen (bijvoorbeeld verzorgingstehuizen)?

Is het aantrekkelijk, vanuit planning / toegankelijkheid / etc., om gespecialiseerde zorg op locatie te leveren (bijvoorbeeld maandag-diabetes-poli op een bepaalde locatie)?

4.6. Oncologische zorg

Zorgvraag

Het aantal DBCs oncologie zal naar verwachting stijgen met 4,3% per jaar. Deze bovengemiddelde groei wordt met name veroorzaakt door een relatief oudere patiëntpopulatie en daarmee een groter demografisch effect. Deze prognose van 4,3% is in lijn met de prognose van het KWF van 4,3% jaarlijkse groei tot 2015¹⁰.

Speelveld

De oncologische zorg kent kenmerken van zowel electieve als chronische zorg. Ook is de aard van de zorg afhankelijk van de fase waarin de patiënt zich bevindt, bijvoorbeeld de initiële fase met eerste behandeling, of de follow-up fase bestaande uit voornamelijk controles. Aan de ene kant is er de operatieve behandeling van oncologie, die het best vergeleken kan worden met electieve zorg. We zien hier een gelijke trend van toenemende richtlijnen en normen vanuit beroepsgroepen en verzekeraars zoals minimale volumes en specialisatie van chirurgische teams. Door het laagfrequente karakter van deze zorg is nabijheid van minder belang, en lijkt concentratie van deze zorg om kwaliteit te maximaliseren een logische stap. Aan de andere kant is er zorg met een chronische component waarbij nabijheid van de zorg essentieel is. Deze zorg, bijvoorbeeld chemotherapie, zal zo veel mogelijk decentraal aangeboden moeten worden, dichtbij de patient. Ook kan worden gekeken naar meer vooruitstrevende manieren om de zorg naar de patient toe te brengen, zo wordt in Engeland chemotherapie zelfs tot in het huis van de patient gebracht¹¹.

Verdere onderzoeksvragen

Voor welke deel van het oncologische zorgtraject is concentratie wenselijk, en voor welke zorg is decentralisatie / nabijheid mogelijk?

5. AFSLUITING EN VERVOLGSTAPPEN

Dit rapport is een inventarisatie van de ontwikkeling van de zorgvraag en het speelveld. Het is een feitenbasis die als startpunt kan dienen bij het detailleren van de mogelijke inrichting van het zorgaanbod in Oost-Groningen.

Zoals ook aangegeven in de inleiding van dit rapport, onderkennen wij dat een beslissing over de inrichting van het zorgaanbod in Oost-Groningen op feiten alleen niet mogelijk is. Ook andere en meer subjectieve overwegingen op gemeentelijk-, maatschaps- en individueel niveau spelen een rol, en hoeven zeker niet minder belangrijk te zijn voor de uiteindelijke besluitvorming over de invulling van het zorgaanbod.

De eerste stap is echter een verdere verdiepingsslag van de mogelijke regionale aanbodmodellen vanuit medisch inhoudelijk perspectief. Allereerst per zorgdomein en later integraal om tot voor iedereen acceptabele oplossingen te komen (voorkomen dat het gevoel

¹⁰ KWF Rapport Kanker in Nederland; Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag

¹¹ <http://www.healthcare-at-home.co.uk/>

ontstaat dat een locatie alleen maar ‘verliest’ en wordt uitgekleeft). Als gezegd moeten de specialisten hier naar onze mening zelf een centrale rol in spelen.

De analyse van de ontwikkeling in de zorgvraag (hoofdstuk 2), maar met name de specifieke situatie van Oost-Groningen (hoofdstuk 3) en het veranderende speelveld (hoofdstuk 4), geven ons inziens een zeer duidelijke aanleiding aan de beide ziekenhuizen om dit gezamenlijk te doen. De eisen die gesteld worden aan minimale volumes en verdergaande specialisatie nemen immers alleen maar toe. Anderzijds nemen ook de mogelijkheden toe om dit gezamenlijk op de best mogelijke manier in te vullen. Hoe dit precies ingevuld moet worden moet dus nog bepaald worden, en dit was ook expliciet niet in scope van dit rapport. Maar het is wel duidelijk geworden dat er grote mogelijkheden zijn, waarbij dit rapport hopelijk kan dienen als een ‘bouwsteen’ voor dat proces.

Verdergaande samenwerking zal mogelijkheden bieden op het verder vergroten van de aantrekkelijkheid van de ziekenhuizen. Dat geldt voor het aantrekken van nieuwe specialisten en medewerkers, maar bovenal voor de patiënt.