

De toekomst van de IJsselmeerziekenhuizen

Een verantwoorde keuze

Sturkenboom Groep
27 november 2002
dr. C. Breederveld
drs. P.M. Sturkenboom

Technische ondersteuning
Drs. E. Groeneweg
Dr. J.H. Kuiper
M.H. Leferink

INHOUDSOPGAVE

1.	WOORD VOORAF	4
2.	INLEIDING	5
2.1	Probleemstelling	5
2.2	Interne scope en aanpak	5
2.3	Externe scope en aanpak	6
2.4	Het politieke beleidskader	7
2.5	Een adequate ziekenhuisvoorziening in Flevoland en de Noordoostpolder	7
3.	VOORGESCHIEDENIS	9
3.1	Het Dr. J.H. Jansenziekenhuis	9
3.4	De fusie in 2001	10
3.5	Eigen beleid	10
3.6	Lateralisaties	10
3.7	Het productieprofiel van de beide locaties	11
4.	VERZORGINGSGEBIEDEN OOSTELIJK FLEVOLAND EN NOORDOOSTPOLDER	12
4.1	Zuiderzeeziekenhuis en verzorgingsgebied Oostelijk Flevoland 2002	12
4.2	Zuiderzeeziekenhuis en verzorgingsgebied Oostelijke Flevoland 2012	13
4.3	Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsgebied Noordoostpolder 2002	15
4.4	Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsgebied NOP-plus 2012	16
4.5	Beschikbaarheid en bereikbaarheid basisziekenhuis Noordoostpolder-plus	18
5.	DEFUSIE IJSSELMEERZIEKENHUIZEN	24
5.1	Samenwerking met andere zorgaanbieders.	24

6.	OPZET EN INRICHTING BASISZIEKENHUIS NOORDOOSTPOLDER-PLUS	26
6.1	Medisch profiel basisziekenhuis Noordoostpolder-plus	26
6.2	Aanwezige en gewenste 24/7 bezetting	26
6.3	De (her)inrichting van de ziekenhuisorganisatie op en voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis	28
6.4	Het gebouw op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis	29
6.5	De formatie, organisatieopzet en het beleid en management van het basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis	30
6.6	Productieprofiel en opbrengstbudget basisziekenhuis	31
7.	PLAN VAN AANPAK BASISZIEKENHUIS NOORDOOSTPOLDER	35
7.1	Stichting basisziekenhuis Noordoostpolder (NOP)	35
7.2	Strategisch medisch en ziekenhuisbeleidsplan	36
7.3	Personeels- en sociaal plan	36
7.4	Bedrijfsplan en begroting	36
7.5	Terrein, gebouw, inventaris, apparatuur en voorraden	37
7.6	Defusie en overdrachtsprotocol	37
7.7	Strategisch medisch en ziekenhuisplan Zuiderzeeziekenhuis	38
8.	DE RISICO'S VAN HET PLAN KRAAIJEVELD-WOUTERSE/BRINKMAN	39
8.1.	De risico's van langdurige lateralisatie	39
8.2	Voorbeelden van medische functieverdeling en concentratie van de 24/7-functies	40
9.	COMMUNICATIE, OVERLEG EN BESLUIT	45
10.	CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING	46

1. WOORD VOORAF

Kleine ziekenhuizen hebben het moeilijk. Dat geldt in financieel opzicht, maar vooral in organisatorisch opzicht. Het betreft dan vooral het garanderen van voldoende kwaliteit van zorg en het bieden van een garantie op continuïteit.

De kwaliteit van zorg staat in een kleine organisatie onder druk, omdat door strenge budget regels en het slechts mondjesmaat beschikbaar komen van specialisten honorarium budget, een voldoende grootte van samenwerkingsverbanden van medisch specialisten in maatschappen of vakgroepen in de weg staat. Maatschappelijke ontwikkelingen hebben bovendien gemaakt dat medisch specialisten in algemene zin minder bereid zijn om in hoge frequentie 24-uurs diensten te doen. Velen willen zelfs parttime werken. Met de krapte in de arbeidsmarkt, die maakt dat te weinig specialisten beschikbaar komen voor de bestaande vacatures, wordt dan vaak gekozen voor het werken in grotere verbanden, waarbij de kleinere ziekenhuizen in de kou komen te staan. De krapte op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen vormt daarbij nog een extra bedreiging.

Daarnaast hebben kleine ziekenhuizen vaak onvoldoende mogelijkheden om grote investeringen te doen ten aanzien van bijvoorbeeld diagnostische apparatuur en om de eigen huisvesting op peil te houden.

Toch hebben kleine ziekenhuizen ontegenzeggelijk voordelen. Patiënten voelen zich er meer thuis, de medisch specialist en de doktersassistente kennen de patient. Bovendien zijn door de korte lijnen en de informele organisatie zaken in veel gevallen makkelijker te regelen, zodat goede zorg en betere service kan worden geboden.

De omstandigheden hebben er voor gezorgd dat veel kleine ziekenhuizen zijn verdwenen of fusies zijn aangegaan met grotere ziekenhuizen. In een groot aantal gevallen heeft dat geleid tot vermindering van faciliteiten op de kleinere locaties. Daardoor moeten veel patiënten grotere reisafstanden afleggen en met name in de buitengebieden stelt dat mensen soms voor grote problemen.

De overheid heeft inmiddels erkend dat de fusiegolf van ziekenhuizen in ons land deze zorg minder bereikbaar heeft gemaakt. Om die reden is de financiële prikkel in de budgettering die deze fusiegolf heeft bevorderd nagenoeg uit de systematiek verdwenen en heeft de Minister aangekondigd kleine ziekenhuizen te willen steunen middels een kleinschaligheidstoelag.

Dit gegeven speelt een belangrijke rol bij de beoordeling van de situatie met betrekking tot de IJsselmeerziekenhuizen en het ontwerpen van een toekomst scenario voor de inrichting van beide locaties.

2. INLEIDING

De afgelopen jaren is veelvuldig en intensief gediscussieerd over de ziekenhuiszorg in Lelystad en Emmeloord. De ziekenhuisorganisaties in beide steden fuseerden in het begin van de jaren negentig. Deze fusie heeft niet kunnen voorkomen dat langdurig onduidelijkheid bestond over hoe optimale zorg in termen van bereikbaarheid en toegankelijkheid, maar ook van kwaliteit en continuïteit, gestalte kon krijgen. Dat is het afgelopen jaar op schrijnende wijze zichtbaar geworden. Wat daaraan ten grondslag heeft gelegen biedt ruimte voor langdurige historische beschouwingen, die er in de context van de huidige situatie niet veel toe doen.

Feit is echter wel dat bij een belangrijk deel van de stakeholders, verwijzers en patiënten en de medewerkers van de locatie Emmeloord, ernstige twijfels bestaan bij de plannen, zoals die thans door het bestuur van het ziekenhuis worden ontwikkeld om de ontstane problemen op te lossen.

Deze twijfels hebben er toe geleid dat het Platform Zorggebruikersbelangen Noordoostpolder en Urk aan de Sturkenboom Groep de opdracht heeft gegeven een alternatief op te stellen voor de thans in uitwerking zijnde plannen van het interim-ziekenhuisbestuur. Dit alternatief zou vorm moeten geven aan een haalbare ziekenhuisvoorziening op de locatie Emmeloord met het doel kwalitatief goede basiszorg te bieden voor het verzorgingsgebied. De belangrijkste motivatie hiervoor is de overtuiging dat bij een concentratie van deze basiszorg in Lelystad de bereikbaarheid van deze zorg voor het verzorgingsgebied Noordoostpolder, Urk en omliggende gebieden volstrekt onvoldoende is.

2.1 Probleemstelling

In de loop van 2002 is een bestuurscrisis ontstaan, in de IJsselmeerziekenhuizen op basis van de planvorming met betrekking tot de functieverdeling op beide locaties. Deze crisis, met een lange voorgeschiedenis, vond zijn oorsprong in het verzet van vele kanten tegen een ziekenhuismodel dat naar de mening van velen geen recht deed aan criteria van optimale kwaliteit. Anderen meenden echter dat bij alternatieve plannen onvoldoende recht werd gedaan aan criteria van bereikbaarheid van de zorg. Op deze wijze bleek openlijk de bevestiging van de reeds bekende situatie, waarbij sprake is van twee kampen in de discussie. Namelijk het “kamp Lelystad” en het “kamp Emmeloord”. In deze situatie zijn ernstige conflicten ontstaan die een bedreiging zijn gaan vormen voor de kwaliteit en continuïteit van zorg op beide locaties.

2.2 Interne scope en aanpak

Gezien de voortdurende discussie moest een oplossing gevonden worden voor het functieverdelingsvraagstuk tussen de beide locaties. Onder voorzitterschap van de heer ir. H. Hoek werden in een multidisciplinaire setting vijf modellen ontwikkeld voor de toekomst.

Het veel geciteerde model 1 bleek de voorkeur te hebben van de meerderheid van de beleidsgroep. Op basis van de werkzaamheden werd door de Raad van Bestuur een voorgenomen besluit met alle geledingen van het ziekenhuis besproken. Het model was voor velen aanvaardbaar.

Maar met name voor de medische staf van de locatie Lelystad was het model echter volstrekt onaanvaardbaar. Het plan werd verder uitgewerkt in z'n organisatorische en financiële consequenties. Tot uitvoering is het door met name externe ontwikkelingen echter niet meer gekomen.

2.3 Externe scope en aanpak

Inmiddels was door alle discussies de aandacht van de buitenwacht sterk op het ziekenhuis gericht. Gebaseerd op zorgen over de kwaliteit van zorg in het ziekenhuis, met name op de locatie Emmeloord, gaf de Minister van Volksgezondheid opdracht aan de inspectie om een onderzoek te verrichten. De inspectie meende dat ernstige twijfels over deze kwaliteit gerechtvaardigd waren, vooral gebaseerd op organisatorische tekortkomingen. Dit was aanleiding voor de Minister om de provincie te verzoeken een onafhankelijke commissie in te stellen, die zich zou moeten buigen over een verantwoord toekomstscenario voor de ziekenhuizen.

Door de provincie werd de Commissie Kraaijeveld-Wouters geïnstalleerd, die haar diensten reeds bij een andere ogenschijnlijk vergelijkbare situatie had betoond, namelijk bij de problematiek van het Medisch Centrum Molendaal. De commissie kreeg nagenoeg dezelfde samenstelling en produceerde een advies dat de vloer aanveegde met alle voorgaande modellen. Kort samengevat was de conclusie, dat overgegaan moest worden tot definitieve lateralisatie van het merendeel der specialismen, met concentratie van de acute zorg in Lelystad, inclusief de moeder- en kindzorg. Inmiddels vertrok ook de laatste zittende bestuurder uit de organisatie en werd, met een korte tussenperiode waarin de heer H. Makel actief was, vervolgens de heer Brinkman als interim-bestuurder benoemd. Gezien de forse kritiek die door diverse externen, maar ook door de Commissie Kraaijeveld op het bestuur en de Raad van Toezicht van de organisatie werd geuit, nam de druk op de Raad van Toezicht om af te treden, sterk toe. De destijds zittende Minister van Volksgezondheid heeft zich daar persoonlijk mee bemoeid. Inmiddels vond in diezelfde tijd in de Tweede Kamer het debat plaats over de toekomst van de (kleine) algemene ziekenhuizen. Dat algemene debat richtte zich echter ook op de actuele situatie in de Flevopolder en de Noordoostpolder. Op grond van de uitspraken van de vaste kamercommissie van Volksgezondheid en de uitspraken die in het debat aan de Minister werden ontlokt, later vastgelegd in een brief aan het bestuur van het ziekenhuis, kan helder worden geconcludeerd wat het overheidsbeleid in dezen is (zie hieronder).

2.4 Het politieke beleidskader

In zijn brief aan de Tweede Kamer d.d. 27 september 2002 (nr. 30) schrijft de Minister ter voorbereiding op het debat over de algemene ziekenhuizen als volgt: “Het ziekenhuis is in de eerste plaats een instelling die zorg verleent. Het ziekenhuis vormt in de tweede plaats een wezenlijk onderdeel van de sociale infrastructuur van een regio. De aanwezigheid van een ziekenhuis bepaalt mede de aantrekkelijkheid van de regio als vestigingsplaats voor bewoners en industrie.”

Vervolgens kondigt de Minister een aantal wijzigingen in het beleid aan: “Voor de verzekeraars en de zorgaanbieders is het van belang dat zij in de gelegenheid worden gesteld om decentraal afspraken te maken, die aansluiten bij lokale of regionale omstandigheden. Regionale variatie moet mogelijk worden. Dat geldt zowel voor de verschijningsvorm van de ziekenhuiszorg als voor de financiële aspecten.” En even verder: “Regionale variatie moet ook in financiële zin mogelijk worden. Zo moeten verzekeraars en ziekenhuizen afspraken met elkaar kunnen maken om specialisten een toeslag te betalen, indien dat noodzakelijk is om hen over te halen in een bepaalde regio te gaan werken.”

Op 10 oktober 2002 schrijft de Minister in meer specifieke zin over de situatie in de Flevopolder: “Concreet sta ik met betrekking tot de vijf basisspecialismen het volgende voor. Chirurgie en interne geneeskunde zijn gedurende 7x24 uur beschikbaar..... Tegelijkertijd acht ik het echter uit een oogpunt van bereikbaarheid noodzakelijk dat de klinische gynaecologie op termijn weer terug komt in Emmeloord. Ik heb het ziekenhuis daarom gevraagd om mij uiterlijk 1 december in overleg met betrokken verzekeraar een stappenplan te doen toekomen op welke wijze die terugkeer van de klinische gynaecologie kan worden gerealiseerd. Met betrekking tot de kindergeneeskunde hecht ik aan het continueren van de huidige situatie: dat wil zeggen dat de klinische kindergeneeskunde in Emmeloord gehandhaafd blijft.....Wel zal een extra inspanning van het ziekenhuis (en de verzekeraar) noodzakelijk zijn om op korte termijn tot een adequate bemensing te komen in Emmeloord. Ik acht dat niet onmogelijk. Bovenstaande betekent dat spoedeisende hulp in algemene zin in Emmeloord aanwezig blijft..... Daarbij ga ik er dus van uit dat spoedeisende hulp bij bevalling op termijn ook weer in Emmeloord verleend zal kunnen worden.” Tot slot merkt de Minister nog op dat hij er aan hecht dat de door hem geschetste lijn in uitvoering wordt genomen omdat een voortdurende discussie over de toekomst contraproductief zal zijn.

Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat een afwijking van die lijn de discussie voorlopig niet zal doen verstommen.

2.5 Een adequate ziekenhuisvoorziening in Flevoland en de Noordoostpolder

De Flevopolders en de Noordoostpolder zijn grote, relatief dun bevolkte gebieden met in absolute zin geringe bewonersaantallen. Bevolkingsconcentraties van enige omvang bevinden zich in Almere, Lelystad, Emmeloord, Drachten en Urk. In deze drie steden bevinden zich thans ziekenhuisvoorzieningen, waarvan die in Almere in de komende jaren een sterke groei zal doormaken op grond van de bovengemiddelde toename in bewonersaantal.

De voorziening in Lelystad is een volwaardig basisziekenhuis, maar dat is ook op grond van het gebruik in Lelystad van functies en specialistenplaatsen uit Emmeloord. Als het ziekenhuis in Almere sterk gaat groeien zal zich daar een concentratie van deskundigheden gaan voordoen, die het kenmerk krijgt van een topklinische voorziening.

Dat zal een reeds in gang zijnde toestroom van patiënten en personeel (inclusief medisch specialisten) vanuit Oostelijk Flevoland verder in de hand werken. De reisafstand tussen Lelystad en Almere is immers goed te overbruggen met openbaar en particulier vervoer. Intussen wordt in de ontwikkeling van het overheidsbeleid aangegeven dat ook Emmeloord en omgeving een groeikern is. Er zal aanzienlijke woningbouw worden uitgevoerd en stedelijke ontwikkeling plaatsvinden. Bevolkingsaantallen zullen dus ook in die regio substantieel toenemen en daarmee de behoefte aan adequate gezondheidszorgvoorzieningen. Indien deze voorzieningen thans door concentratie van medisch specialistische zorg in Lelystad tot een zodanig minimum zullen dalen dat het vrijwel onmogelijk zal zijn ze op de locatie Emmeloord te handhaven, dan zal over een aantal jaren het gemis sterk worden gevoeld en zullen nieuwe plannen worden ontwikkeld om wederom een basisziekenhuisvoorziening in die plaats te heropenen.

Om deze reden is juist op dit moment, nu de definitieve toekomst van de voorzieningen in de polders vorm begint te krijgen, de vraag gerechtvaardigd of het mogelijk is een zodanige voorziening voor medisch specialistische zorg in Emmeloord te organiseren dat ook in die regio deze zorg op een adequaat niveau en met goede bereikbaarheid beschikbaar is en blijft.

Dit rapport geeft een antwoord op deze vraag door aan te tonen dat een basisziekenhuis noodzakelijk, maar ook haalbaar en financierbaar is. Daarnaast zullen de bestaande rapporten en plannen van commentaar worden voorzien.

3. VOORGESCHIEDENIS

3.1 Het Dr. J.H. Jansenziekenhuis

Het ziekenhuis in Emmeloord werd gesticht in de jaren zestig van de vorige eeuw als overheidsziekenhuis, tegelijkertijd met de ingebruikname van de Noordoostpolder als woon-, werk-, en leefgebied. Naar de aard van de omstandigheden vervulde het een pioniersfunctie in de inrichting van de gezondheidszorg van dat gebiedsdeel. Het is in de jaren van zelfstandig bestaan altijd een basisziekenhuis gebleven. De specialisten functioneren er tot op heden grotendeels als vrijgevestigden.

3.2 Het Zuiderzeeziekenhuis

Ook het ziekenhuis in Lelystad kan in zekere zin als pionierziekenhuis worden gekenschetst. Het werd gesticht in een volstrekt nieuwe woon- en werkomgeving. Als noviteit destijds en naar analogie van onder meer het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam, functioneerden de specialisten in dienstverband op basis van een arbeidsovereenkomst.

3.3 De fusie 12 jaar geleden

In 1990 fuseerden de twee ziekenhuizen, aanvankelijk als Gemeenschappelijke regeling en in 1991 als autonome stichting met een CAO voor alle medewerkers.

De doelstelling van de fusie was voordelen te behalen op drie terreinen:

1. het voordeel van de schaalgrootte in de functiegerichte budgettering;
2. het benutten van schaalvoordelen in de ondersteunende organisatie en het management;
3. de gezamenlijke investering in een nieuw automatiseringssysteem.

Grosso modo kan worden gesteld dat deze voordelen zijn behaald.

In de loop van de jaren negentig wordt echter steeds intensiever gediscussieerd over de betekenis van de fusie voor het primair proces. Er worden beleidsplannen gemaakt voor functie- en taakverdeling over de ziekenhuislocaties, er wordt een medische staf opgericht met een medisch stafbestuur (overigens pas na acht jaar na de fusie!). In 1999 wordt in het kader van de organisatie ketenzorg een samenwerkingsverband aangegaan met een thuiszorgorganisatie en in juni 2000 ontstaat het Functieprofielingsplan dat veel gelijkenis vertoont met het model 1 van het voorjaar 2002. Maar reeds dan ontstaat er twijfel over de mogelijkheid om voldoende kwaliteit te handhaven en wordt besloten tijdelijk de verloskunde gynaecologie te concentreren in Lelystad met de intentie die weer terug te brengen naar Emmeloord in de loop van 2003.

3.4 De fusie in 2001

Vervolgens treedt er ook een ouderenzorg organisatie toe tot de ketenzorgstichting IJsselmeerzorg en er vindt een wijziging plaats in de structuur van de directievoering. Hierbij wordt een elementaire fout gemaakt.

Feitelijk wordt namelijk een bestuursvacuüm gecreëerd, omdat de vorige locatiedirecteur van Emmeloord tot directeur van beide ziekenhuizen wordt benoemd. Aan zijn zijde een thuiszorgdirecteur, die onder dergelijke omstandigheden door een ziekenhuisorganisatie niet serieus wordt genomen. De enige die nog als enigszins neutraal kan worden getypeerd in de locatiediscussie, komt door de concernvorming op grote afstand te staan. Er wordt een rapport gepubliceerd, waarin ernstige kritiek wordt geuit op het gebrek aan beleid en sturing en ondanks alle pogingen om nog enige richting te geven aan de organisatie, blijkt dan het hek van de dam. De conclusie is gerechtvaardigd dat de fusie uiteindelijk het voortbestaan van de hele organisatie in gevaar heeft gebracht. In ieder geval is het niet gekomen tot een geregisseerd functieverdeelpun, maar is het ene incident na het andere aanleiding geweest om het beleid te wijzigen of om maatregelen te treffen die nooit meer teruggedraaid kunnen worden.

3.5 Eigen beleid

Onder omstandigheden zoals hierboven beschreven, ontstaat beleid dat sterk gericht is op de behoeften in het dagelijks bestaan. In dit geval van de medisch specialisten, die in alle discussies een vooraanstaande rol hebben gespeeld. De recent gepubliceerde rapporten, inclusief dat van de Commissie Kraaijeveld-Wouters, geven daar ook blijk van. Op basis van het argument “kwaliteit”, dat overigens gezien het aangehangen beleid van een aantal beroepsverenigingen van medisch specialisten niet uit de lucht komt vallen, wordt in alle opzichten concentratie (in dit geval lateralisatie) nagestreefd. Later in deze notitie zal blijken dat deze situatie zich op vele andere plaatsen, onder andere omstandigheden identiek heeft voorgedaan en dat eigen organisatorische belangen van medisch specialisten een belangrijke rol hebben gespeeld bij de beslissing om activiteiten op een locatie te concentreren. Natuurlijk dient er oog te bestaan voor deze organisatorische zaken, maar zij mogen natuurlijk nimmer het belang van de bereikbaarheid overheersen. Het is onze overtuiging dat dit concentratiebeleid niet alleen ingegeven is door kwaliteitsoverwegingen, maar dat de beperkte beschikbaarheid van specialisten en de ook bij de beroepsverenigingen aanwezige neiging de spoeling niet te dun te maken, daarbij een belangrijke rol heeft gespeeld.

3.6 Lateralisaties

Op dit moment zijn een aantal functies, althans voor de klinische functie (nagenoeg) geheel gelateraliseerd. Het zijn cardiologie, verloskunde en de daaraan verbonden kindergeneeskunde en neurologie in Lelystad, orthopedie in Emmeloord.

De lateralisatie van de moeder-/kindzorg heeft geleid tot een aanzienlijk adherentieverlies, omdat in grote delen van de Noordoostpolder ziekenhuizen in andere steden dan dichterbij zijn. Zo vinden thans verwijzingen plaats naar Sneek, Heerenveen, Meppel en Zwolle van patiënten die anders in Emmeloord zouden zijn opgenomen.

3.7 Het productieprofiel van de beide locaties

Bij de beoordeling van de productieprofielen van de beide locaties zijn de meest recente getallen in ogenschouw genomen. Op basis daarvan velde de commissie Kraaijeveld-Wouters het harde oordeel dat het in sommige gevallen om zeer kleine praktijken gaat. Tegelijkertijd wordt echter ook geconstateerd dat de IJsselmeerziekenhuizen een meer dan gemiddelde uitstroom van patiënten kennen, al dan niet op basis van de gerezen problematiek.

Zeker is echter wel dat door al het gedoe van de afgelopen jaren, de ziekenhuizen een minder aantrekkelijke werkplek zijn geworden voor medisch specialisten en ander personeel. Ook daarvan heeft een meer dan gebruikelijke uitstroom plaats gevonden. Opvallend daarbij is dat de uitstroom van personeel (onder meer naar Almere) in Lelystad aanzienlijk groter is dan in Emmeloord. Het is niet reëel om de ziekenhuizen op het huidige productieprofiel te beoordelen, omdat dit geen beeld geeft van de reële zorgvraag.

4. VERZORGINGSGEBIEDEN OOSTELIJK FLEVOLAND EN NOORDOOSTPOLDER

4.1 Zuiderzeeziekenhuis en verzorgingsgebied Oostelijk Flevoland 2002

De locatie Zuiderzeeziekenhuis van de IJsselmeerziekenhuizen voorziet in de ziekenhuisbehoefte van Oostelijk Flevoland in het kwadrant van de plaatsen Lelystad, Swifterbant, Dronten en Biddinghuizen. Voor de diensten van het basisziekenhuis, de acute, semi-acute en geplande medisch specialistische zorg zijn de inwoners van deze vier woonkernen aangewezen op deze locatie.

De locatie Zuiderzeeziekenhuis is gevestigd in Lelystad vormt het verwijsziekenhuis voor:

2002

Lelystad	65.000	inwoners
Dronten	22.500	inwoners
Swifterbant	6.500	inwoners
Biddinghuizen	4.500	inwoners
Totaal ZZZ	98.500	inwoners

In het verzorgingsgebied werken voor deze inwoners 45 huisartsen (Lelystad 28, Dronten 10, Swifterbant 3 en Biddinghuizen 4) en 9 eerstelijns verloskundigen (Lelystad 6, Dronten 2 en Biddinghuizen 1). Zij verwijzen hun patiënten voor de medische specialistische basisdiagnostiek en behandeling naar de locatie Zuiderzeeziekenhuis. Alleen voor topreferente functies verwijzen zij door naar de Isala Klinieken in Zwolle; soms naar het AMC in Amsterdam.

Op de locatie Zuiderzeeziekenhuis werken ± 38 (voltijdse eenheden) medisch specialisten; waarvan 5 internisten, 3 cardiologen, 2 longartsen, 1 (parttime) reumatoloog, 4 chirurgen, 1 uroloog, 1 orthopeed, 1 (parttime) neurochirurg, 1 kaakchirurg, 5 gynaecologen, 4 kinderartsen, 3 psychiaters, 5 (parttime) neurologen, 2 KNO-artsen, 2 oogartsen, 1 (parttime) revalidatiearts, 2 (parttime) dermatologen en 4 anesthesisten.

De medisch specialistische bezetting is zodanig dat adequaat in de patiëntenzorg, medische diagnostiek en behandeling voor de naar de locatie verwezen patiënten kan worden voorzien.

De bemensing van de belangrijkste poortspecialismen (interne, chirurgie, cardiologie, anesthesie, gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie) is zodanig, dat eigenstandig aan de 24/7 medische dienstverlening op de locatie Zuiderzeeziekenhuis kan worden voldaan.

De orthopeden, urologen en kaakchirurgen van de locatie Zuiderzeeziekenhuis werken in vrije praktijk; alle overige medisch specialisten van deze locatie werken in loondienst.

4.2 Zuiderzeeziekenhuis en verzorgingsgebied Oostelijke Flevoland 2012

Bij het bepalen van het strategisch plan (omgevingsanalyse, toekomstverkenning, sterkte/zwakteanalyse, kansen en bedreigingen, aldus een medisch, zorg en ziekenhuisbeleid op de lange termijn vormend, waar het Bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen (helaas) de laatste twaalf jaar niet aan is toegekomen) is het van belang te kijken naar de stedelijke ontwikkeling en de daarmee verband houdende ontwikkeling van de inwoneraantallen zodat het ziekenhuisbeleid op die toekomstige ontwikkeling van zijn verzorgingsgebied kan inspelen.

De gemeente Lelystad heeft een lange termijn stedenbouwkundig ontwikkelingsplan. De ontsluiting van Lelystad over de weg en via het spoor speelt daarin een rol van betekenis. Lelystad streeft daarin een autonome groei van werken, wonen en recreëren na.

Voor die toekomst houdt de gemeente Lelystad daarom rekening met de volgende inwoneraantalontwikkeling:

2002	65.000	inwoners
2010	80.000	inwoners
2030	100.000	inwoners

Ook de gemeente Dronten heeft een dergelijk lange termijn stedelijk ontwikkelingsplan vastgesteld. Zij gaan uit van de volgende ontwikkeling:

2002	22.500	inwoners
2010	40.000	inwoners
2030	55.000	inwoners

Voor het hele verzorgingsgebied van de locatie Zuiderzeeziekenhuis mogen we daarom (inclusief de bescheiden ontwikkeling voor Swifterbant en Biddinghuizen) uitgaan van de volgende ontwikkeling:

2002	98.500	inwoners
2010	120.000	inwoners
2030	155.000	inwoners

Overigens achten wij deze stedelijke scenario-ontwikkeling voor de gemeenten Lelystad en Dronten nog aan de conservatieve kant. Als we in aanmerking nemen dat -met of zonder Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening- de Flevopolder exclusief aangemerkt wordt als het uitbreidingsgebied voor de stedelijke ontwikkeling en de woningbouw voor de randstad en de gemeente Almere uitgaat van een groei van het inwoneraantal van 165.000 in 2002 tot 350.000 à 400.000 inwoners in 2030 (groei van 6.600 à 8.400 inwoners per jaar), dan kon de druk en overloop naar Oostelijk Flevoland wel eens groter worden dan nu is aangenomen in de scenario's van de gemeenten Lelystad en Dronten.

Het medische, zorg- en ziekenhuisbeleid moet op deze aanmerkelijke groei van meer dan 20% in 8 jaar (en meer dan 50% in 28 jaar) gericht worden.

Daarbij moeten de bestuurders en beleidsmakers zich realiseren, dat gelet op de historische opzet van het Zuiderzeeziekenhuis (in 1979/1980) als ziekenhuis voor de gemeente Lelystad en de (toenmalige) dorpen Dronten, Biddinghuizen en Swifterband (toen: gezamenlijk 60.000 inwoners) en de inwonersontwikkeling er ondertussen in het verzorgingsgebied sprake is van een relatieve achterstandsituatie. De locatie Zuiderzeeziekenhuis beschikt over 225 (somatische) bedden. Dat is een promillage van $(225 : 98.500 =)$ 2,3 bed per 1.000 inwoners. Terwijl het feitelijk landelijke gemiddelde 3,0 per 1.000 inwoners (zelfs 3,4 bed per 1.000 inwoners als we ook de bedden van de academische ziekenhuizen in de beschouwing betrekken).

Hetzelfde kan overigens opgemerkt worden voor de beschikbare medisch specialistische capaciteit, er is sprake van een historisch bepaalde achterstand. Als we bijvoorbeeld in aanmerking nemen dat het Antonius Ziekenhuis (een basisziekenhuis) in Sneek de medisch specialistische en ziekenhuiszorg voor zijn rekening neemt voor Zuidwest Friesland met 100.000 inwoners (en de topreferentielocatie van het Medisch Centrum Leeuwarden op 14 km afstand in zijn achtertuin).

We zien dan vergelijkenderwijs, dat het Antoniusziekenhuis (historisch bepaald) 70 (voltijdse eenheden) specialistenplaatsen voor 100.000 inwoners beschikbaar heeft, terwijl de locatie van het Zuiderzeeziekenhuis voor zijn huidige 98.500 inwoners nog geen 40 (voltijdse eenheden) specialistenplaatsen beschikbaar heeft.

Alleen tot 2010 moet er al -op basis van de feitelijke landelijke gemiddelden- voor het ziekenhuisbeleid voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis in zijn verzorgingsgebied uitgegaan worden van een groei van de (poliklinische en dagbehandeling- en) klinische capaciteit van de huidige 225 bedden naar 360 bedden in 2010.

Zelfs al gaan we uit van de veel gewenste substitutie van kliniek naar dagbehandeling en van dagbehandeling naar polikliniek, dan is er een aanmerkelijke uitbreiding nodig van de poliklinische en dagbehandelingcapaciteit tot 2010 van de locatie Zuiderzeeziekenhuis en toch nog een uitbreiding van de klinische capaciteit van de huidige (somatische) 225 bedden naar 290 bedden (bij een politiek gewenste norm van 2,4 promille).

Voor het beleid ten aanzien van de medisch specialistenplaatsen op de locatie Zuiderzeeziekenhuis moet er, gelet op de inwoneraantalontwikkeling in zijn verzorgingsgebied (ceteris paribus: meer vrouwelijke specialisten, parttime werken, meer in loondienst, genormaliseerde praktijk- en werktijden) uitgegaan worden van een noodzakelijke uitbreiding van nu 40 (voltijdse eenheden) specialistenplaatsen naar 50 in 2010.

4.3 Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsgebied Noordoostpolder 2002

De locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van de IJsselmeerziekenhuizen voorziet in de ziekenhuisbehoefte van de Noordoostpolder-plus: in het kwadrant Lemsterland, Blokzijl, Noordoostpolder/Emmeloord en Urk. Voor de basisziekenhuisdiensten, de acute, semi-acute en geplande medisch specialistische basiszorg zijn de inwoners van deze vierwoonkernen aangewezen op deze locatie.

De locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis is gevestigd in Emmeloord en vormt het verwijsziekenhuis voor:

2002

Lemsterland	12.500	inwoners
Blokzijl (deelgemeente van Steenwijk)	6.000	inwoners
Noordoostpolder/Emmeloord + woonkernen	44.000	inwoners
Urk	16.500	inwoners
Subtotaal	79.000	inwoners

In het verzorgingsgebied werken voor deze inwoners 42 huisartsen (Noordoostpolder 23, Urk 6, Lemmer 5, Blokzijl 7 (= deelgemeente 5 Steenwijk) en 7 eerstelijns verloskundigen (Noordoostpolder 6, Lemmer 1, Urk geen en Blokzijl+ geen). In Urk en Blokzijl wordt de eerstelijns verloskunde door de huisartsen verzorgd. (Tot de lateralisaties van een acute en semi-acute functies in Lelystad) verwezen de huisartsen en verloskundigen hun patiënten voor de medisch specialistische basisdiagnostiek en behandeling naar de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis. Alleen voor topreferente functies verwijzen zij door naar de Isala Klinieken in Zwolle, soms naar (de hoofdlocatie van) het Medisch Centrum Leeuwarden.

Op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werk(t)en, voor de lateralisaties van enkele acute en semi-acute functies naar Lelystad, (voltijdse eenheden) 25 medisch specialisten (3 internisten, geen cardiologen, 3 dermatologen, 1 longarts, 1 (parttime) reumatoloog, 3 chirurgen, 2 (parttime) anesthesisten, 1 (parttime) uroloog, 2 orthopeden, 1 KNO-arts, 2 kinderartsen, 2 neurologen, 2 oogartsen en 3 gynaecologen. De medisch specialistisch bezetting is (was tot de lateralisatie) adequaat voor de patiëntenzorg, medische diagnostiek en behandeling van de naar de locatie verwezen patiënten.

Ondanks de te kleine bezetting van enkele belangrijke poortspecialismen (interne, chirurgie, anesthesie, gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie) verzorgde de medische staf van de locatie Dokter J.H. Jansen eigenstandig de 24/7 medische dienstverlening op deze locatie.

Kennelijk was door de gegroeide omstandigheden de bezetting van de beschikbare formatie zodanig laag dat de Inspectie reeds in het jaar 2000 daarover een kritisch oordeel heeft geveld.

De kinderartsen en gynaecologen (na de komst van 3 nieuwe gynaecologen in 1999/2000) van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werken in loondienst. De overige medisch specialisten op deze locatie werken op basis van vrije praktijk.

Pas vanaf 2000 zijn voor enkele vakgebieden de locatieoverstijgende vakgroepen tot stand gekomen (kindergeneeskunde, gynaecologie, neurologie). Die locatieoverstijgende vakgroepen kregen vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid voor de 24/7-dienstverlening op beide locaties.

Mede op grond van (de) vacature(s) op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis voor de gynaecologie waren de medisch specialisten van de locatie Zuiderzeeziekenhuis van die locatieoverstijgende vakgroepen niet bereid de 24/7-dienstverlening op beide locaties, respectievelijk de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, te continueren.

Overigens is de (acute en semi-acute) dienstverlening voor de cardiologische aandoeningen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis (tot vrij recent) medisch en professioneel tot genoegen door de internisten van die locatie verzorgd.

Door een landelijk door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie voorgestane rigide taakverdeling op te leggen aan (de internisten van) de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, hebben de cardiologen van de locatie Zuiderzeeziekenhuis bewerkstelligd, dat die acute en semi-acute dienstverlening op deze locatie is vervallen. Overigens een taakverdeling die in een grootstedelijk gebied met een opeenhoping van grote groepen cardiologen verdedigbaar is, maar die voor grote delen van het land op grond van de afwezigheid van cardiologen of de eenmans- en tweemans cardiologie praktijken, en dus ook voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, praktisch niet werkbaar is. Beter een terzake deskundige cardiologische diagnostiek en behandeling van een internist dan geen.

4.4 Dokter J.H. Jansenziekenhuis en verzorgingsgebied NOP-plus 2012

Bij het bepalen van het strategische plan voor de IJsselmeerziekenhuizen is het ook van belang te kijken naar de stedelijke ontwikkeling en de daarmee verbandhoudende ontwikkeling van de inwoneraantallen zodat het ziekenhuisbeleid zowel op de toekomstige ontwikkeling voor Oostelijk Flevoland als voor die van de NOP-plus, respectievelijk het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis, kan voorzien.

De gemeente Noordoostpolder heeft een lange termijn stedelijk ontwikkelingsplan. Daarbij hanteert de gemeente Noordoostpolder een scenario zonder en een scenario met het doortrekken van het spoor van Lelystad, langs Emmeloord naar Joure en 'beyond'. Voor de toekomst gaat de gemeente Noordoostpolder daarom uit van de ontwikkeling van 40.000 woningen tot 2030 zonder spoor en van 73.600 woningen met spoor. Uitgaande van 3,5 personen per huishouding/woning in de Noordoostpolder (bij een landelijk gemiddelde van 2,5 persoon per huishouding/woning) komt de inwonersontwikkeling in de gemeente Noordoostpolder uit op:

Inwoners	2002	2012	2030
Zonder spoor	44.000	59.000	80.000
Met spoor	44.000	70.000	117.600

Zelfs als de spoorlijn niet doorgetrokken wordt tot Emmeloord/ Joure/en 'beyond', waar toch alle noordelijken inclusief de Provincie Flevoland zich sterk voor maken, en in de (niet realistische veronderstelling) dat de bevolking in de overige gemeente van het verzorgingsgebied constant blijft tot 2012, stijgt het aantal inwoners in het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van 79.000 inwoners in 2002 tot 94.000 inwoners in 2012.

Overigens achten wij de scenario's van de gemeente Noordoostpolder realistisch als we in aanmerking nemen, dat de Flevopolder exclusief is aangemerkt als stedelijk uitbreidinggebied en voor de woningbouw van de gehele randstad en als we tevens lezen dat de gemeente Noordoostpolder het plattelandskarakter van grote delen van de NOP niet wil aantasten en dus gestuurde woningbouw alleen in de bestaande woonkernen wil toestaan.

Tot 2012 moet er alleen al op basis van de feitelijke landelijke gemiddelden voor het ziekenhuisbeleid van de locatie Dokter J.H. Jansen in het verzorgingsgebied uitgegaan worden van een groei van (poliklinische en dagbehandelings- en) klinische capaciteit van de huidige 162 bedden naar 282 bedden in 2012.

Zelfs al gaan we uit van de veel gewenste substitutie van kliniek naar dagbehandeling en van dagbehandeling naar poliklinisch, dan is er een aanmerkelijke uitbreiding nodig van de poliklinische en dagbehandelingcapaciteit van de locatie Dokter J.H.

Jansenziekenhuis tot 2012 en toch nog een uitbreiding van de klinische capaciteit van nu 162 bedden naar 225 bedden (bij een politiek gewenste norm van 2,4 promille).

Voor het beleid ten aanzien van de medisch specialistenplaatsen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis moet er, gelet op de inwoneraantalontwikkeling in zijn verzorgingsgebied (ceteris paribus: meer vrouwelijke specialisten, parttime werken, meer in loondienst, genormaliseerde praktijk- en werktijden) uitgegaan worden van een groei van 32 (voltijdse eenheden) nu (noodzakelijk) naar 40 medisch specialisten in 2012.

4.5 Beschikbaarheid en bereikbaarheid basisziekenhuis Noordoostpolder-plus

Het beleid van (een deel van de) medische staf van de locatie Zuiderzeeziekenhuis is gericht op het vermijden van een dubbele dienstbelasting op de beide locaties van de IJsselmeerziekenhuizen (voor de locatieoverstijgende vakgroepen en de cardiologen). De betreffende Inspecteur van de Volksgezondheid heeft zich op organisatorische gronden achter dit beleid van (een deel van) de medische staf van de locatie Zuiderzeeziekenhuis geschaard. Door alleen te kijken naar de werkbelasting van de gynaecologen bij dienstverplichtingen op twee locaties rekeninghoudend met tijd- en plaatsgebonden vacatures, die inmiddels worden herbezet.

De Commissie Kraaijeveld-Wouters heeft zich eveneens impliciet achter dit beleid van de medische staf opgesteld door het lateraliserings- en concentratiemodel als onvermijdelijk voor te stellen.

Dit alles overigens op basis van identieke analyses, argumenten en met medische verdelingsvoorstellen in haar rapportage voor de omvorming van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis als zij schreef voor het Medisch Centrum Molendaal in Baarn/Soest:

1. geen acute en semi-acute dienstverlening;
2. omvorming tot een 'profielziekenhuis';
3. concentratie van de kindergeneeskunde/gynaecologie/cardiologie/neurologie in Amersfoort respectievelijk Lelystad en
4. specialisatie in Baarn/Soest en Emmeloord op esotere zaken als:
 - a) bijzondere oogheelkunde,
 - b) bijzondere (cosmetische) plastische chirurgie, (waarover in de Noordoostpolder in tegenstelling tot Baarn/Soest nogal gegrimlacht is)
 - c) oriëntatie op (langdurige) behandelingen van orthopedie en geriatrie patiënten.

Dit terwijl de problematiek in de regio Baarn/Soest/Amersfoort toch een geheel andere is dan in de Flevopolder en de Noordoostpolder. Baarn/Soest heeft een verzorgingsgebied van nog geen 25.000 inwoners. Baarn/Soest ligt hemelsbreed en over de weg op 5 à 10 kilometer afstand van de beide centrumziekenhuizen Hilversum en Gooi Noord. De afstand van Baarn/Soest tot de 'Lichtenberg' is nog geen 15 kilometer met een goede verbinding.

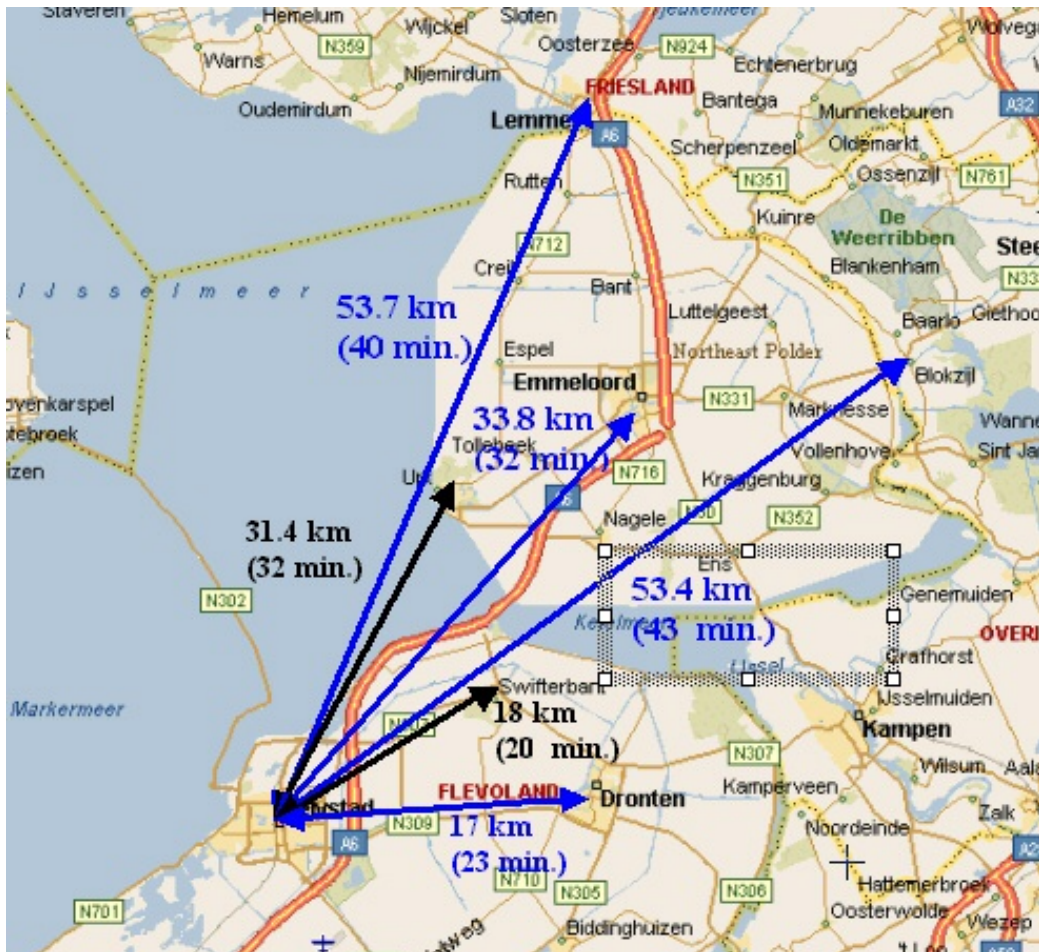
Het saillante aan de twee adviezen van de Commissie Kraaijeveld-Wouterse is, dat zelfs de inhoudsopgave en de tekst van concrete hoofdstukken heel veel gemeen hebben. Dit ondanks de twee weken van interviews met alle stakeholders in en rond de IJsselmeerziekenhuizen die afgelopen zomer hebben plaatsgevonden. De heer Brinkman heeft na zijn voordracht door de Commissie Kraaijeveld-Wouterse en benoeming tot interim-manager zonder nadere analyse van de situatie in de beide polders en ziekenhuislocaties vlak na zijn benoeming voor krant, radio en TV uitgesproken, dat hij maar voor één ding kwam: het uitvoeren en implementeren van het advies van de Commissie Kraaijeveld-Wouters.

Wij zijn van mening dat de situatie in Amersfoort/Baarn/Soest volstrekt onvergelijkbaar is met die in Lelystad en Emmeloord. De afstand tussen beide locaties verschilt sterk en de grootte van de organisaties eveneens. De conclusie dat een ziekenhuisvoorziening van de omvang van Molendaal in de directe omgeving van Amersfoort geen bestaansrecht heeft, zou derhalve duidelijker en terechter zijn geweest. Dat is zeker niet het geval voor de situatie in Emmeloord.

Voor één van de afzonderlijke verzorgingsgebieden van de IJsselmeerziekenhuizen is het toch waarachtig geen sinecure om bij een belang van 79.000 inwoners nu, 94.000 inwoners in 2012 één van de twee betrokken basisziekenhuizen te ontmantelen en om te vormen tot een poliklinisch en dagbehandelingcentrum met een transitorium functie voor orthopedie en geriatrie.

Daarom staan wij expliciet stil bij de beschikbaarheid en bereikbaarheid van een basisziekenhuis in de Noordoostpolder voor de geplande, acute en semi-acute medische dienstverlening en zorg. De beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis in zijn eigen verzorgingsgebied is (nu) goed.

Urk – Lelystad	34,1km	32 minuten
Emmeloord - Lelystad	33,8 km	32 minuten
Blokzijl – Lelystad	53,4 km	43 minuten
Lemmer - Lelystad	53,7 km	40 minuten



We moeten ons in dat geval bedenken dat ten opzichte van Lelystad dit netto de snelste reistijden zijn. De ervaringsgegevens van huisartsen en verloskundigen in een door ons gehouden spoedenquête leren, dat de (recent gemeten) daadwerkelijke reistijden aanmerkelijk langer zijn:

- 1) deze nettotijden volgens de routeplanner zijn alleen realiseerbaar als de huisarts of verloskundige (of ambulance) met zwaailicht zal rijden en voorbijgaat aan alle verkeersregels;
- 2) de verkeerssituatie rond Emmeloord, de Ketelbrug en de entree van Lelystad geeft in bijna alle gevallen een zodanige vertraging, dat bij deze netto tijden 15 tot oplopend 30 minuten komen in het bereik van de Zuiderzeeziekenhuis locatie;
- 3) een substantieel aantal huisartsen en verloskundigen er nu al de voorkeur aan geven niet in Lelystad te presenteren of te verwijzen, maar naar Sneek, Zwolle en dat zelfs Herenveen gemakkelijker bereikbaar is.

Het eventueel vestigen van een nieuwe CPA bij de Ketelbrug is een zeer welwillende opoffering van de regionale ambulancedienst, maar biedt onvoldoende soelaas vanwege de aanrijdtijd van dan gemiddeld een half uur in het verzorgingsgebied en de afvoertijd naar Lelystad die een half uur tot drie kwartier neemt.

In dat geval is het nog beter (niet de gespecialiseerde ambulanceverpleegkundigen de eerste triages en eerste stabilisaties te laten verrichten zoals in het Plan Brinkman gesuggereerd ter leniging van de ruime aanrij- en afvoertijden naar Lelystad, maar) gespecialiseerde IC- en Eerste Hulp Verpleegkundigen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis of (nog beter) gespecialiseerde EH-artsen.

Uit een oogpunt van bereikbaarheid en beschikbaarheid en uit een oogmerk van patientgerichtheid mogen we niet uit het oog verliezen, dat de sociale contacten en bezoeken vanuit de Noordoostpolder aan patiënten die in de locatie Zuiderzeeziekenhuis voor interventies zijn opgenomen voor een onaanvaardbare reistijd per auto en onmogelijke reistijd per openbaar vervoer naar Lelystad leiden.

De lateralisatie en concentratieopzet heeft, omdat het een ontmanteling als basisziekenhuis van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis impliceert, nog een keerzijde.

In het verzorgingsgebied van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis is een goed functionerende eerstelijns gezondheidszorg. 42 huisartsen vormen het eerste aanspreekpunt voor de 79.000 inwoners als het gaat om hun gezondheid 24 uur per dag, zeven dagen per week. Hetzelfde geldt voor de eerstelijns verloskunde, die door 7 verloskundigen en 6 huisartsen (in Urk) wordt verzorgd. Huisartsen en verloskundigen hebben voor hun normale praktijkvoering recht op medisch specialistische 'back up' in de tweede lijn. Zij moeten hun patiënten kunnen doorverwijzen naar een medische specialist respectievelijk de gynaecoloog/verloskundige als het om gespecialiseerde en complexe medische vragen gaat en wel op een redelijk reisafstand in hun praktijkgebied. Voor de acute en semi-acute medische diagnostiek en behandeling in hun eerstelijnspraktijk moeten zij binnen maximaal 30 minuten hun patiënten in het ziekenhuis kunnen presenteren.

Door de tijdelijke lateralisatie van de eerste hart hulp, de verloskunde en de kindergeneeskunde op de locatie van het Zuiderzeeziekenhuis is de praktijk dat het transport in acute en semi-acute situaties meer tijd kost dan dertig minuten en vanwege de verkeerssituatie rond Emmeloord, de Ketelbrug en de entree van Lelystad vaak aanmerkelijk meer tijd dan drie kwartier. Zo is uit een enquête van ons onder alle huisartsen en verloskundigen gebleken.

De afwezigheid van medisch specialistische 'back up' op redelijk afstand brengt een onevenredige psychologische druk en werkdruk voor alle huisartsen en eerstelijns verloskundigen in het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis met zich mee.

Die druk kan op de middellange termijn ernstig afbreuk doen aan de huisartsenpraktijken en eerstelijns verloskundige praktijken. De ontmanteling van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis als basisziekenhuis roept dan een neerwaartse spiraal in de gehele gezondheidszorgvoorziening in het verzorgingsgebied op.

Los van de wettelijke verplichting daartoe, zou het Bestuur van de IJsselmeerziekenhuizen uit een oogmerk van adequaat en behoorlijk bestuur bij de informatieverstrekking over, afweging van en besluitvorming over medische functiewijzigingen dit afbreukrisico voor de eerstelijns geneeskunde en verloskunde in het verzorgingsgebied van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis serieus moeten betrekken.

5. DEFUSIE IJSSELMEERZIEKENHUIZEN

Uit het bovenstaande mag worden afgeleid dat wij van mening zijn dat er in de komende jaren voldoende adherentie zal zijn voor een basisziekenhuisvoorziening in Emmeloord. Daarmee is ook een financieringsbasis voor een dergelijke voorziening gelegd, zeker wanneer daarbij in acht wordt genomen dat juist met het oog op de bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg er voor kleine ziekenhuizen extra faciliteiten zullen worden gecreëerd.

De vraag is echter of in de huidige constellatie en met de huidige onderlinge verhoudingen een dergelijke ziekenhuislocatie kan worden georganiseerd. Daarin heeft de Commissie Kraaijeveld-Wouters gelijk, overigens niet als eerste en als enige: er is met alle goede ideeën en adviezen veel te weinig gedaan en daardoor is een sluimerend conflict tussen opvattingen in de Noordoostpolder en die in en rond Lelystad tot volle uitbarsting gekomen in de afgelopen jaren. De ervaring in Nederland leert dat dergelijke conflicten nog jaren doorgaan; ook als er een helder bestuur wordt gevoerd. Er is tenslotte ook jaren de tijd genomen om ze op te bouwen en er wordt met dezelfde mensen doorgewerkt.

Ook een helder en krachtig bestuur functioneert op den duur alleen goed als de koers de juiste is en vooral niet als iets moet worden doorgedrukt tegen alle redelijkheid in. Wanneer de conclusie kan worden gedeeld dat een basis ziekenhuisvoorziening in Emmeloord voor de totale zorg van het verzorgingsgebied noodzakelijk en haalbaar is, dan is de Stichting IJsselmeerzorg en zelfs een stichting die de twee ziekenhuislocaties aan elkaar bindt geen goede bestuurlijke constellatie voor de aanpak van alle problemen, die nog moeten worden opgelost bij de inrichting van de twee ziekenhuizen. Om die reden zijn wij geen voorstander van het model 1 zoals dat onder voorzitterschap van de heer Hoek in het voorjaar is uitgewerkt. Er zal dan moeten worden besloten tot een defusie van de ziekenhuislocaties en het onderbrengen van elk ervan in een aparte stichting.

5.1 Samenwerking met andere zorgaanbieders.

Hoewel dat in het kader van dit rapport niet extensief is onderzocht, komt uit alle reacties naar voren dat de samenwerking met een aparte organisatie midden in het verzorgingsgebied tot grote hoogte kan groeien. Uit een bliksemenquête, gehouden onder alle verwijzers, mag in ieder geval worden afgeleid dat een belangrijk deel van de adherentie weer naar Emmeloord zal terugvloeien als daar de basisspecialismen weer in volle omvang zullen worden georganiseerd. Zelfs verloskundigen uit Kampen, in de overwegingen van de Commissie Kraaijeveld-Wouters niet meegenomen en evenmin in het plan van aanpak van het huidige interim bestuur, zullen bij herstel van de functie klinische verloskunde/gynaecologie nagenoeg alle verwijzingen naar Emmeloord laten plaatsvinden, vooral gebaseerd op de slechte verbinding met de Zwolse ziekenhuizen. Zij hebben laten weten dan ook poliklinische bevallingen in het ziekenhuis te Emmeloord te willen uitvoeren.

Vanuit het ziekenhuis in Emmeloord kunnen dan, zonder het logge apparaat van een moederstichting, afspraken worden gemaakt met andere zorgaanbieders, zoals huisartsen voor de inrichting van de acute opvang en een huisartsenpost in het ziekenhuis en met ouderenzorg en thuiszorgorganisaties over de opvang van ouderen, die in het ziekenhuis zijn uitbehandeld.

Een dergelijke defusie operatie zal tegelijkertijd moeten worden georganiseerd met een grote wervingscampagne voor medisch en verpleegkundig personeel, om de start van het ziekenhuis in Emmeloord ook goed te laten verlopen.

Vanzelfsprekend zullen de nodige juridische stappen moeten worden gezet. Cruciaal daarbij is het verkrijgen van een toelating van de Minister. Hiervoor is allereerst de steun van de zorgverzekeraars en de provincie noodzakelijk. Het nieuwe ziekenhuisplan zal dan ook aan deze partijen moeten worden voorgelegd. Dit geldt overigens ook voor alle andere plannen, die worden ontwikkeld.

Nieuw in de regelgeving is het overleg met de stakeholders dat moet worden gevoerd door het ziekenhuisbestuur over de plannen. Dit overleg vindt zijn oorsprong in een gedragscode die op 4 maart 2002 door de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen werd ontwikkeld in samenspraak met Zorgverzekeraars Nederland en het Landelijk Patiënten en Consumenten Platform (LPCP) voor ziekenhuizen die voornemens zijn bestaande functies te wijzigen, bijvoorbeeld bij sluiting van locaties of concentratie of herverdeling van de zorg. Het bestuur van het ziekenhuis dient de stakeholders daarbij inzicht te bieden in de gevolgde procedure om zo de nodige transparantie te scheppen. De gedragscode biedt een toetsingskader aan de hand waarvan het ziekenhuis verantwoording kan afleggen en zijn handelswijze getoetst kan worden door stakeholders.

6. OPZET EN INRICHTING BASISZIEKENHUIS NOORDOOSTPOLDER-PLUS

6.1 Medisch profiel basisziekenhuis Noordoostpolder-plus

Het verzorgingsgebied Noordoostpolder-plus heeft behoefte aan een ziekenhuis met het medische profiel van een basisziekenhuis in de traditionele zin van het woord.

(Dit ter onderscheiding van het centrumziekenhuis en het topreferentieziekenhuis.)

Het medisch profiel van het Dokter J.H. Jansenziekenhuis moet voldoen aan de onderzoeks- en behandel functies voor de *poliklinische, dag- , operatieve en interventie* voor de medisch specialistische zorg in de: de interne geneeskunde, cardiologie, longgeneeskunde, chirurgie, urologie, orthopedie, neurologie, (basale) neurochirurgie, kaakchirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde, oogheelkunde en dermatologie. Voor alle poortspecialistische basisfuncties moeten er poliklinische, dagbehandelings- en indien onvermijdbaar (geplande) opnamemogelijkheden aanwezig zijn.

Voor de acute, en semi-acute onderzoeken en behandelingen moet het medisch profiel van een basisziekenhuis als het Dokter J.H. Jansenziekenhuis voldoen aan de *generalistische* presentatie- en interventiemogelijkheid 24 uur per dag 7 dagen per week, dat wil zeggen voor de: 1) algemene interne, 2) de algemene heelkunde en traumatologie en 3) de algemene kindergeneeskunde.

Daarnaast is een tweetal *specialistische* presentatie- en interventiemogelijkheid 24/7 in een basisziekenhuis noodzakelijk. Dit betreft allereerst de verloskunde/gynaecologie in relatie tot de eerstelijns verloskunde van eerstelijns verloskundige en huisarts. Daarmee is ook de 24/7 inzetbaarheid van de anesthesist aangewezen vanwege zijn ondersteuningsrol bij acute interventies van de chirurg en gynaecoloog.

Als tweede voorziening is de acute presentatiemogelijkheid 24/7 noodzakelijk voor patiënten met een verdenking op CVA, vanwege het belang van de directe interventie voor de stabilisatie of genezing van die aandoening.

6.2 Aanwezige en gewenste 24/7 bezetting

Bij de medische functieopbouw voor een basisziekenhuis is de bemanning met medisch specialisten van de poortspecialistische poliklinische, dagbehandeling en klinisch (geplande) specialismen een relatief arbitraire zaak. Daarvoor kunnen we uitgaan van de feitelijke bemanning, die op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis aanwezig is.

Voor de 24/7 medische dienstverlening van de interne geneeskunde, algemene heelkunde, kindergeneeskunde, gynaecologie en anesthesie is deze medische bemanning niet arbitrair, omdat die specialismen een 24-uurs dienstrooster moeten draaien, waardoor een minimale bezetting van 3,2 fte en een gewenste bezetting van 4,0 fte per vakgebied aangewezen is.

Daar zit hem ten opzichte van de feitelijke beschikbaarheid van voltijdse specialistenplaatsen een ontwikkelprobleem voor het basisziekenhuis op de locatie Emmeloord.

Tabel - Aanwezige, minimaal noodzakelijke en gewenste formatie 24/7
Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Specialisme	Int	Chir	Gyn	Kind	Anesth	Neuro	Tot
Aanwezig	3,0	3,2	3,0	2,5	2,4	1,2	15
Minimaal	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	2	18
Gewenst	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	24

Op de korte termijn ligt er dus een ontwikkelingsvraag voor de medische bezetting, die voor de 24/7-dienstverlening op 18,0 voltijdse specialistenplaatsen moet worden gebracht terwijl de feitelijke bezetting 15,3 voltijdse specialistenplaatsen is.

Overigens is dit ontwikkelprobleem niet uniek voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis. Bij het (her)inrichten van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis als basisziekenhuis met 24/7 generalistische medisch dienstverlening behoeft dit geen probleem te zijn, omdat bij herhaling overeenstemming is gebleken met de lokale ziektekostenverzekeraars over de noodzaak van een uitbreiding van de specialistenplaatsen met 4 à 5 voltijdse eenheden. Daardoor kan de minimaal gewenste capaciteit erkend en gefinancierd worden, voor de gynaecologie zelfs de gewenste uitbreiding naar 4,0.

Een gedeelte van de kleine basisziekenhuizen met een capaciteit onder de 250 bedden kampt in meerdere of mindere mate met dit bemanning-, werkdruk- en dienstroosterprobleem.

Zkh/spec	Int	Chir	Gyn	Kind	Anesth	Neuro	Totaal
Dokkum 138	3	3	2	1	2	2	13
Hardenberg 197	4	4	3	4	3	3	20
Dirksland 140	3	3	2	1	2	2	13
Delftzijl 186	4	3	2	2	4	3	18
Emmeloord 162	3	3	2	2	2	3	15
Winschoten 240	4	4	3	3	3	3	20
Zevenaar 203	4	5	3	4	6	2	24
Boxmeer 214	3	3	3	3	3	2	17
Almere 223	6	6	6	4	4	3	29
Zoetermeer 220	5	5	4	5	5	4	28
Zeist 243	4	4	1	2	3	3	17

In vijf van deze kleine ziekenhuizen doet zich een overeenkomstig specialistenplaatsen ontwikkelvraagstuk voor met betrekking tot de minimaal noodzakelijk bezetting voor de 24/7-dienst.

Overigens wordt dit bemensings-, werkdruk- en dienstroosterprobleem pas manifest op locaties van kleine ziekenhuizen, waar de specialisten in loondienst werken (met min of meer gereguleerde arbeidstijden en dienstroosters) zoals op de locatie Zuiderzeeziekenhuis. Ook in die gevallen waar de honorarium-omzet geen financiële compensatie geeft voor de 'disutility' om met drie of twee de diensten te doen, neemt de bereidheid af (vooral bij gynaecologen vanwege de zware dienst).

Met het herstel -conform de ziekenhuiserkenning- van de formatie en bezetting van de gynaecologie met 3,0 fte op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis (die nu op eigen initiatief door de vakgroep gynaecologie van de locatie Zuiderzeeziekenhuis is overgenomen en verplaatst) ligt er een bescheiden extra wervingsvraagstuk van 4 tot 5 medisch specialisten om het Medisch Profiel volledig in te vullen.

6.3 De (her)inrichting van de ziekenhuisorganisatie op en voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis

De herinrichting van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis tot een basisziekenhuis zou aanmerkelijk worden bemoeilijkt indien tussen de juridische fusiedatum in 1990 en vandaag locatieoverstijgend overeenkomstige diensten en gelijksoortig personeel onder de vlag van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen zou zijn geïntegreerd. Een dergelijk ziekenhuisintegratieproces heeft nooit plaatsgevonden.

Het personeel van de ambulante en klinische dienst is exclusief te werk gesteld op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis. Er is een volledig geoutilleerd klinisch chemisch laboratorium met eigen bemanning aanwezig. De eigen röntgenafdeling is geoutilleerd en bemand. Receptie, communicatie, schoonmaak en restauratie personeel werkt exclusief op de eigen locatie. De bacteriologie van het VUMC kan blijven werken voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis (en de locatie Zuiderzeeziekenhuis) op basis van 'diensten voor derden'. De farmaceutische samenwerking met het Flevoziekenhuis Almere kan (voor beide locaties) gecontinueerd worden.

Alleen op het tactische managementniveau hebben er recent locatieoverstijgende veranderingen plaats gevonden. De hoofden klinische en ambulante zorg van beide locaties voeren het management van respectievelijk de locatieoverstijgende klinische zorg, respectievelijk de locatieoverstijgende ambulante zorg. Herstel naar locatiemanagement is met een correctiebeslissing mogelijk.

Het hoofd van de technische dienst en de medische techniek van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis is recent ook aangewezen als leidinggevende voor de techniek en medische techniek van de locatie Zuiderzeeziekenhuis (vanwege kwaliteitsproblemen op die locatie).

De afdeling automatisering werkt vanuit de locatie Zuiderzeeziekenhuis ter ondersteuning van de beide ziekenhuislocaties. Indien een splitsing op personele of organisatorische op bezwaren stuit (wat bezien moet worden), zijn er in de markt partijen genoeg die op contractbasis gekwalificeerd zijn de automatisering van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis te verzorgen..

De financiële administratie is als afdeling geïntegreerd en werkt vanuit de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis voor beide locaties. Splitsing in het oorspronkelijk personeel en de oorspronkelijke afdelingen van beide ziekenhuizen is mogelijk. De maaltijdbereiding voor beide locaties wordt verricht in een verouderde, gekoppelde keuken (die aan vervanging toe is) met een volledige keukenbrigade vanuit de locatie Zuiderzeeziekenhuis. De maaltijden voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis worden intern getransporteerd van de keuken in Lelystad naar Emmeloord en ter plaatse gedistribueerd en uitgeleverd. Studies hebben uitgewezen, dat de kwaliteit van deze maaltijden te wensen over laat, de keuzevrijheid voor de patiënt miniem is en de prijs te hoog. De integrale kostprijs van de dagmaaltijden (ontbijt, lunch, diner), op deze verouderde wijze bereidt, komt voor de patiënten uit op (zo is in diverse studies uitgewezen) € 25. Maaltijdbereiding volgens het principe van ontkoppeld koken dat in de helft van de ziekenhuizen wordt toegepast (na hoge vervangingsinvesteringen) komen op € 20 per dagmaaltijd. Er is dus aanleiding genoeg voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis om over te gaan op dagversmaaltijden met een integrale kostprijs per dagmaaltijd van minder dan € 15. Hiervoor is er op de betreffende locatie slechts een kleine (investering) in een portioneerkeuken nodig. Het serveren aan de patiënt kan door de voedingsassistent/gastvrouw op de verpleegafdeling worden gedaan.

Een splitsing van de formaties en toedeling van het personeel aan een van beide locaties in het kader van de defusie is technisch gesproken dus eenvoudig. Vanwege de personeelsbelangen die echter in het geding zijn, moet er op basis van formatie- en functieplannen voor beide ziekenhuis(locaties) een planning komen en moeten terdege afspraken over de personele aanpak en condities worden gemaakt in overleg met de (toegelaten) vakbonden. Vanwege de planning en het maken van een sociaal statuut voor de defusie met de vakbonden moet hiervoor 3 tot 6 maanden worden uitgetrokken alvorens de overgang van het personeel van de Stichting IJsselmeer Ziekenhuis naar de Stichting Basisziekenhuis NOP kan worden geëffectueerd.

6.4 Het gebouw op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Het oorspronkelijk ziekenhuisgebouw is in de vijftiger jaren voorbereid en vanaf 1960 in aanbouw genomen en opgeleverd in 1962. Vanwege de leeftijd van het gebouw heeft er in 1992 een grote renovatie/vernieuwbouw van de poliklinieken, functieafdelingen en het OK-centrum plaatsgevonden. Terwijl in 1997/1998 het beddenhuis van deze locatie volledig is gerenoveerd en ver(nieuw)bouwd.

Het ziekenhuisgebouw is derhalve voor de komende 20 jaar in goede staat en dankzij de goede staat van de dienst techniek en medische techniek geldt die kwaliteit ook voor de aanwezige medische techniek. Alleen de CT-scan is op grond van technische en economisch afschrijving (12 jaar) binnenkort aan vervanging toe.

Op de middellange termijn is, gelet op de gewenste neurologische diagnostiek (na de plaatsing van een MRI op de locatie Zuiderzeeziekenhuis begin 2002) ook de installatie van een MRI op de locatie Dokter J.H. Jansen gewenst.

Op dit moment is er een transitoriumafdeling voor het Verpleeghuis Talmahof met 24 plaatsen in aanbouw en een psychiatrisch dagbehandelingskliniek met 8 plaatsen. Deze voorzieningen maken voor het basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis een vloeiende en gestroomlijnde logistiek van de patiëntenzorg ook voor de tweede en derdelijnsrelatie in het verzorgingsgebied mogelijk.

Op de middellange termijn is een uitbreiding van de polikliniek en dagbehandeling wenselijk vanwege de voorspelbare substitutie tussen klinische, dagbehandeling en poliklinische behandeling.

Op het terrein van het basisziekenhuis is voldoende ruimte voor toekomstige aanvullende (particuliere) initiatieven zoals bijvoorbeeld een Bijzondere Behandel Eenheid of een Zorghotel, die een versterking van de zorg in het verzorgingsgebied en van het profiel van het basisziekenhuis (in groei en ontwikkeling) kunnen inhouden.

6.5 De formatie, organisatieopzet en het beleid en management van het basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis

De formatie-opbouw van de IJsselmeerziekenhuizen is conform de (interne) begroting 2002:

Functie IJsselmeerziekenhuizen	Formatie
Ambulante diensten	240 fte
Klinische diensten	375 fte
(Para)Medische ondersteuning	80 fte
Facilitaire diensten	95 fte
Algemeen	105 fte
Totaal	895 fte

Doordat er voor de gehele ambulante en klinische zorg, de medische ondersteuning, de facilitaire dienstverlening (behoudens de keuken) sinds de juridische fusie geen sprake is geweest van locatieoverstijgende integratie kan voor de benodigde formatieopbouw voor het Dokter J.H. Jansenziekenhuis eenvoudig uitgegaan worden van de op dit moment aanwezige formaties op die locatie:

Formatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis	Functies Dokter J.H. Jansenziekenhuis
Ambulante dienst	70 fte
Klinische dienst	150 fte
(Para)Medische Ondersteuning	35 fte
Facilitaire dienst	40 fte
Stafdiensten & Overhead	30 fte
Totaal	325 fte

Het management op het strategisch en tactisch niveau kan bestaan uit:

- 1 (parttime) directeur;
- 1 manager voor de klinische en de ambulante zorg;
- 1 manager voor de techniek/medische techniek die tevens de civiele dienst(en) aanstuurt;
- 1 controller die de leiding heeft over financiële administratie, automatisering en de stafmedewerkers (economie, P&O);
- 1 manager medische ondersteuning/klinisch chemicus, die tevens sturing geeft aan de dienstverlening voor de bacteriologie en de farmacie (los van het functioneel toezicht daarop van een bacterioloog respectievelijk farmaceut).

De directeur en het tactisch management vormen een managementteam. Het managementteam assisteert de directeur bij de ontwikkeling van een strategisch medisch, zorg en ziekenhuisplan voor 3 jaar. Binnen de kaders van het strategisch plan bereidt het managementteam jaarlijks -bottom up- een begroting voor die door de directie wordt vastgesteld.

De controller richt de administratieve organisatie, begroting, budgettering en managementinformatie (productie, budgetten, bestedingen, verplichtingen) zo in, dat in de vierde week na afsluiting van de maand het operationeel, tactisch en strategisch management over de relevante cijfers beschikt, zodat directe sturing kan plaatsvinden. Als management participatie vanwege de medische staf net als in veel andere ziekenhuizen gewenst is, kan de voorzitter van de Medische Staf voor twee dagdelen per week vrijgesteld worden van medische en zorgtaken en bijdragen aan het bestuur en management (al dan niet in de functie van medisch manager of toegevoegd (parttime) medisch directeur) en als zodanig deelnemen aan de vergaderingen van het managementteam en de directie.

6.6 Productieprofiel en opbrengstbudget basisziekenhuis

Voor de bepaling van het opbrengstbudget van het basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis volgens de vigerende regelgeving Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) moeten we eerst het productieprofiel van het basisziekenhuis bepalen. Hiertoe hebben wij ons gebaseerd op de interne productie-afspraken zoals die voor de medisch specialisten gelden binnen de IJsselmeerziekenhuizen voor het budgetjaar 2002.

Daarbij zijn we eraan voorbij gegaan, dat in de toerekening van de productieafspraken naar de afzonderlijke specialismen er stelselmatig van wordt uitgegaan dat de specialisten op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis geacht worden meer te produceren dan hun collega's op de locatie Zuiderzeeziekenhuis per (aanwezige) voltijdse eenheid.

Voor het overige zijn wij uitgegaan van het minimaal aantal voltijdse eenheden voor de 24/7 specialismen en voor het overige van het feitelijk aantal eenheden specialistenplaatsen.

Tabel - Productieprofiel basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Specialisme	FTE	Opname	Verpleegdag	Dag-behandeling	1 ^e consult
Interne	3,2	1.200	9.000	500	2.850
Chirurgie	3,2	1.400	11.200	500	5.750
Gynaecologie	3,2	1.150	4.500	385	2.950
Kindergeneeskunde	3,2	680	3.900	125	2.680
Neurologie	2,0	650	4.660	160	1.680
KNO	1,0	110	300	900	1.715
Oogheekunde	1,9	25	60	370	4.530
Kaakchirurgie	0,6	25	70	250	1.600
Totaal	20,3	5.240	33.690	3.190	23.755

Voor andere uitgangspunten van het WTG-opbrengst-budget moeten we enige aannamen doen met betrekking tot parameterwaarden:

- de poliklinische adherentie = 90% van het inwoneraantal (71.100);
- de klinische adherentie = 80% van het inwoneraantal (63.200);
- het basisziekenhuis heeft minder dan 44 fte gewogen specialistenplaatsen en valt dus in de wegingsklasse 1.

Tabel - Gewogen specialisten plaatsen basisziekenhuis Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Specialisme	Aantal fte's	Wegingsfactor	Gewogen specialisteneenheden
Internist	3,2	1,26	4,03
Chirurg	3,2	1,47	4,70
Kinderarts	3,2	0,73	2,34
Gynaecoloog	3,2	0,73	2,34
Oogarts	1,9	0,18	0,34
KNO-arts	1,0	0,25	0,25
Neuroloog	2,0	1,24	2,48
Kaakchirurg	0,6	0,53	0,32
Totaal			16,80

Voor 2002 is het opbrengstbudget van het basisziekenhuis dan op basis van de Beleidsregelbedragen algemene ziekenhuizen, prijspeil ultimo 2002 (opgave CTG):

Beschikbaarheid	In €
Klinische adherentie	1.504.792 + 420.280
Poliklinische adherentie	703.890 + 196.236
Capaciteit	
Gewogen specialisten eenheden	2.908.836 + 108.393
Erkende bedden	1.036.314 + 21.870
Chronische beademing	493.486 + 11.396
Productie	
Gewogen opnamen	4.783.906
Verpleegdagen	1.526.830
1 ^e polibezoeken	2.604.973
Dagverpleging	701.083
1 ^e lijnsproductie	471.816
Loonkosten kinderartsen	492.748
Onderhoud	268.407
Heffingen	187.035
Energie	447.288
Opbrengstbudget	18.889.579
Totaal	≈ € 19 miljoen

Uit de jaarrekening 2001 van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen blijkt dat de personeelslasten 57,5%, de materiële lasten 25,1% en de kapitaalslasten 17,4% van de totale kosten uitmaken.

De dekking van de kapitaalslasten komt op basis van de historisch door het College Bouw Ziekenhuizen (CBZ) en het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde investeringen buiten bezwaar van het opbrengstbudget.

Die kapitaalslasten zullen overigens voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis relatief hoger zijn dan de kapitaalslasten van de locatie Zuiderzeeziekenhuis, omdat deze voor de eerste complete vernieuwbouw in 1992 en 1997 gerealiseerd zijn en voor de laatste de vernieuwbouw/renovatie behoudens de poliklinieken nog moet plaatsvinden.

Het opbrengstbudget dient derhalve ter dekking van de materiële en personele exploitatiekosten (van het basisziekenhuis) (= 82,6 % van de totale kosten).

Het berekende opbrengstbudget van € 19 miljoen dient ter dekking van de personele en materiële exploitatiekosten van het basisziekenhuis.

Uitgaande van de kostenverdeling in de jaarrekening 2001 is er 57,5% ter dekking van de personele lasten en 25,1% ter dekking van de materiële lasten ($100 : 82,6$) x € 19 miljoen = € 23 miljoen. Derhalve is er (57,5 % van € 23 miljoen =) € 13,25 miljoen ter dekking van de personele lasten en (25,1% van € 23 miljoen =) € 5,75 miljoen ter dekking van de materiële lasten beschikbaar.

De loonsom van de IJsselmeerziekenhuizen bedroeg in 2001 € 37 miljoen. (Die loonsom moet gecorrigeerd worden voor de loonkosten van de specialisten in loondienst van de locatie Zuiderzeeziekenhuis = $25 \times € 160.000$ (maximum AMS) = € 4 miljoen.) De gecorrigeerde loonsom 2001 was derhalve € 34 miljoen. Als we de index personeelskosten 2002 op 5% aannemen dan bedraagt de gecorrigeerde loonsom van de IJsselmeerziekenhuizen in 2002 : € 35,7 miljoen. Bijgevolg is de Gemiddelde Formatie Gebonden Personeelslast (exclusief medisch specialisten in loondienst voor al het overige personeel): $€ 35,7 : 895$ (fte) = € 39.900.

De personele kosten prijspeil ultimo 2002 van het basisziekenhuis bedragen derhalve: $325 \times € 39.900 = € 13$ miljoen bij een beschikbare dekking voor de personele lasten van € 13,25 miljoen.

Aannemende dat de materiële kosten verhoudingsgewijs op hetzelfde percentage uitkomen als in de IJsselmeerziekenhuizen als (nu nog) een geheel, dan is het Dokter J.H. Jansenziekenhuis ook als zelfstandig basisziekenhuis renderend (met een positief resultaat van € 0,5 miljoen) te exploiteren.

Het basisziekenhuis NOP is dus op basis van de vigerende CTG-regels renderend te exploiteren. Per 1 januari 2003 start de eerste fase output/DBC-financiering; per 1 januari 2004 de tweede fase en volledige financiering.

In de DBC-financiering komt in ieder geval (voor de IJsselmeerziekenhuizen) per 1 januari 2003 de 'fusie-bonus' van ± € 2 à 3 miljoen te vervallen. Bovendien wordt er in de DBC-financiering een kleinschaligheidssubsidie ingebouwd voor kleine ziekenhuizen (voor zover het beleid nu bekend is: een subsidie van ± € 2 miljoen). Deze subsidie zal bij defusie zowel voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis als voor het basisziekenhuis NOP gelden. Derhalve is een renderende exploitatie van het basisziekenhuis NOP meer dan verzekerd. Bovendien kan er in de materiele sfeer op beide locaties met een verbetering van kwaliteit, logistiek en patientenservices tussen de € 0,5 à € 0,75 miljoen aan besparingen worden gerealiseerd:

- ❑ door de overschakeling op een systeem van dagversmaaltijden voor het NOP van € 0,3 miljoen en het Zuiderzeeziekenhuis € 0,5 miljoen
- ❑ door standaardisatie van materiële en verzorgingsmiddelen, co-makercontracten met minder (dan 200) leveranciers (nu meer dan 1.000) is ook de op de inkoop en logistiek € 0,2 miljoen NOP en € 0,25 miljoen Zuiderzeeziekenhuis haalbaar

7. PLAN VAN AANPAK BASISZIEKENHUIS NOORDOOSTPOLDER

7.1 Stichting basisziekenhuis Noordoostpolder (NOP)

Op naam van alle inwoners in het verzorgingsgebied wordt door de ‘stakeholders’, betrokken bij de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis van de IJsselmeerziekenhuizen, een Stichting (tot beheer en exploitatie) van het basisziekenhuis Noordoostpolder opgericht. Die ‘stakeholders’ zijn het patiënten-/consumentenplatform NOP, de gemeente NOP, de Regionale Huisartsen Vereniging, de gemeente Urk.

Het Stichtingsbestuur wordt samengesteld uit personen betrokken bij, werkzaam of woonachtig in het verzorgingsgebied Lemmer, Blokzijl, Noordoostpolder, Urk.

Het Stichtingsbestuur bestaat uit zeven personen met de volgende profielen:

- openbaar bestuurder (burgemeester, wethouder);
- ondernemer;
- patiënten/consumenten-achtergrond;
- een medische of ziekenhuisachtergrond;
- een jurist;
- een financieel-economische deskundige;
- een HRM-deskundige.

Het Stichtingsbestuur met deze profilering kan (professioneel tevens) optreden als Raad van Toezicht van het basisziekenhuis NOP.

Het Stichtingsbestuur richt zich tot de Raad van Toezicht van de IJsselmeer Ziekenhuis met het verzoek -op basis van onderhavige studie en dit plan van aanpak- de ziekenhuisvergunning van het basisziekenhuis NOP terug te brengen in de gemeenschap van de Noordoostpolder door tussenkomst van de speciaal voor dat doel (door de stakeholders in de NOP) opgerichte stichting.

De steun van de betrokken gemeentebesturen en via de gemeentebesturen het Provinciaal Bestuur wordt gevraagd de ziekenhuisvergunning voor het basisziekenhuis NOP door de Stichting IJsselmeerziekenhuizen over te doen dragen aan de Stichting basisziekenhuis NOP.

Dit met de bedoeling binnen drie maanden met het management van de IJsselmeerziekenhuizen een ontvlechtingplan en een juridische defusie voor te bereiden. Met als onderbouwing onderhavige studie vraagt het Stichtingsbestuur aan de Minister van VWS zijn medewerking te verlenen aan de overdracht van de (WZV-)vergunning aan de Stichting basisziekenhuis NOP. De ziekenhuisvergunning moet bij de (door)start worden ingericht op 162 erkende bedden (inclusief 7 intensive care), 28 voltijdse specialisten plaatsen. In het vervolgens te voeren lokaal overleg met de ziektekostenverzekeraars moet het aantal te financieren specialisten plaatsen uitbreidbaar zijn naar 30 in 2004, 32 in 2005 en 35 in 2006.

7.2 Strategisch medisch en ziekenhuisbeleidsplan

Het stichtingsbestuur stelt een projectgroep samen, waarvoor de medische staf, een zorgmanager en het tactische management van de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis een uitnodiging krijgen om te participeren.

De projectgroep maakt een medisch specialistenplaatsenplan, beziet welke plekken door de beschikbare medisch specialisten worden vervuld, bepaalt de vacatures en start op gezag van het Stichtingsbestuur de werving voor de vacatures medisch specialisten zodat die per 1 juli 2003 vervuld zijn.

Op geleide van onderhavige studie werkt de projectgroep binnen een maand een medisch functieprofiel uit voor het basisziekenhuis NOP voor de periode 2003–2010.

Op basis daarvan wordt een zorg- en productieprofiel uitgewerkt, waarin zoveel mogelijk de productie in termen van Diagnose Behandel Combinaties per medisch specialisme zijn opgenomen en in termen van eerste consulten, herhaalconsulten, dagbehandelingen, opnamen en verpleegdagen invulling krijgen.

Medisch, functieprofiel en productieprofiel vormen de grondslagen voor de opmaak van een formatie- en functieplan, waarvoor het vertrekpunt is dat in de functies van alle nu op en voor de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis werkzame medische specialisten, verpleegkundigen, dokterassistenten, laboratoriummedewerkers, civiel en technisch medewerkers zijn voorzien.

7.3 Personeels- en sociaal plan

Op basis van het formatie- en functieplan werkt de projectgroep samen met het management van de IJsselmeerziekenhuizen een personeels(ontvlechting)plan uit, waarin per formatieplaats, functie en personeelslid is aangegeven wie, op welke functie, voor welke(vol/deel)tijdsfactor, waar in het basisziekenhuis NOP geplaatst zal worden (en wie ten gunste van het Zuiderzeeziekenhuis in dienst blijft bij de Stichting IJsselmeerziekenhuizen).

Voorts wordt op hoofdlijnen beschreven op welke CAO- /contract- en sociale condities het personeel overgeplaatst wordt van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen naar de Stichting basisziekenhuis NOP.

Over het aldus in samenspraak geformuleerde sociale en personeelsplan worden onderhandelingen gevoerd met de vakbonden, tevens wordt een sociaal statuut voor de (personele) ontvlechting opgemaakt en vastgelegd.

7.4 Bedrijfsplan en begroting

Op geleide van deze studie en dit plan van aanpak bereidt de projectgroep een bedrijfsplan en begroting voor. Onder het bedrijfsplan wordt een administratieve organisatie, budgettering en managementinformatiesysteem voorbereid.

Bedrijfsplan en administratieve organisatie vormen de grondslagen voor het ontwerp van een initiële exploitatiebegroting, dat op basis van de WTG en de beleidsregels FB wordt ingericht.

De projectgroep voert op basis van het bedrijfsplan en de initiële begroting lokaal overleg met de ziektekostenverzekeraars ten einde voor 1 juli 2003 tot initiële productie-, begrotings- en financiële afspraken te komen. Die behoeven de goedkeuring en vaststelling van het Bestuur van de Stichting Basisziekenhuis NOP.

7.5 Terrein, gebouw, inventaris, apparatuur en voorraden

De projectgroep inventariseert het terrein, gebouw, de inventaris, de apparatuur en voorraden gebruiksgoederen op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis.

De inventarisatie wordt getoetst op juistheid en volledigheid door de accountant van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen en de accountant van de Stichting Basisziekenhuis NOP. Die beide accountants bepalen de (boek)waarde van de inventarisatie op basis van de (afschrijving)richtlijnen WTG.

De Stichting IJsselmeerziekenhuizen draagt daarna op basis van deze inventarisatie en waardebeoordeling het terrein, het gebouw, de inventaris, de apparatuur en de voorraden over aan de Stichting Basisziekenhuis NOP.

De accountants doen tezamen een boekenonderzoek bij de Stichting IJsselmeerziekenhuizen ultimo 2002 ter bepaling van de Reserve Aanvaardbare Kosten, de voorzieningen, het overig (eigen) vermogen en doen op basis van de WTG een voor de beide stichtingen bindend voorstel voor de overdracht van 40% (= 162 : (162 + 252)) van de RAK, voorzieningen en het overig (eigen) vermogen door de Stichting IJsselmeer Ziekenhuis aan de Stichting basisziekenhuis NOP.

De accountants inventariseren welke (hypothecaire) leningen de Stichting IJsselmeerziekenhuizen heeft op de grond, het gebouw en de inventaris, die in overleg met de hypotheeknemer en de geldverstrekker worden overgedragen aan de Stichting Basisziekenhuis NOP. Hetzelfde geldt voor de 'sale en lease back' contracten met betrekking tot de bedrijfsvoering en medisch apparatuur.

7.6 Defusie en overdrachtsprotocol

De projectgroep werkt samen met het management van de IJsselmeerziekenhuizen op basis van:

- het medisch profiel;
- het productie profiel;
- het personeels- en sociaal plan;
- het bedrijfsplan en exploitatie;
- het sociaal statuut;
- de inventarisatie terrein, gebouwen, inventaris en apparatuur;
- de waardebeoordelingen;
- de (hypothecaire) leningen overdracht;

een protocol uit tot defusie van de IJsselmeerziekenhuizen en de overdracht van het ziekenhuisbedrijf, de activa, passiva, toelatingscontracten, personeel etc. (op de locatie Dokter J.H. Jansenziekenhuis) aan de Stichting Basisziekenhuis NOP.

Het protocol behoeft de goedkeuring van de Raad van Toezicht van de Stichting IJsselmeer Ziekenhuis en het Bestuur van de Stichting Basisziekenhuis NOP en wordt in mei 2003 in een gezamenlijke vergadering beoordeeld goed gekeurd en vastgesteld, zodat de overdracht per 1 juli 2003 gerealiseerd kan zijn.

7.7 Strategisch medisch en ziekenhuisplan Zuiderzeeziekenhuis

Het verdient aanbeveling dat de Stichting IJsselmeer Ziekenhuis voor de herontwikkeling van de locatie Zuiderzeeziekenhuis voor de situatie na ontvlechting van het Basisziekenhuis NOP een parallelle projectgroep formeert van medische staf, management, zorgmanagement van die locatie voor het voorbereiden van:

- a) een strategisch medisch en ziekenhuisplan 2003 – 2010;
- b) productieprofiel;
- c) medisch specialistenplaatsenplan;
- d) formatie en personeelsplan;
- e) sociaal plan;
- d) bedrijfsplan en begroting voor het Zuiderzeeziekenhuis in zijn eigen verzorgingsgebied.

In dat verband kan het Zuiderzeeziekenhuis op basis van een eigen (toekomstgerichte) omgevingsanalyse van het verzorgingsgebied in groei en ontwikkeling, een eigen sterkte/zwakte analyse van de eigen medisch staf en ziekenhuisorganisatie een geëigende koers bepalen voor zijn (autonome) toekomst.

8. DE RISICO'S VAN HET PLAN KRAAIJEVELD-WOUTERSE/BRINKMAN

8.1. De risico's van langdurige lateralisatie

De Commissie Kraaijeveld-Wouters stelt ten aanzien van de inrichting van het ziekenhuis voor om alle specialismen op beide locaties poliklinische en dagbehandelingzorg te laten verrichten. Met betrekking tot de klinische zorg vindt echter een nadrukkelijke lateralisatie plaats.

De klinische activiteiten in Emmeloord zullen voornamelijk worden ontwikkeld voor de specialismen interne geneeskunde, algemene chirurgie en orthopedie. Voor de specialismen urologie, longziekten, reumatologie, oogheelkunde, KNO, dermatologie, neurochirurgie en kaakchirurgie zal dan een keuze moeten worden gemaakt voor een locatie, waar zij klinisch patiënten kunnen opnemen. Hierbij kunnen de specialismen reumatologie, dermatologie en kaakchirurgie buiten beschouwing worden gelaten, omdat de opnamecijfers van deze specialismen te verwaarlozen zijn, zoals blijkt uit landelijke cijfers. Indien daar al een opname-indicatie bestaat dan is de aanwezigheid van alle ondersteunende specialismen noodzakelijk en zal dus in dat model opname in Lelystad moeten plaatsvinden.

Daarnaast stelt de commissie voor om een aantal nieuwe zorgactiviteiten te ontwikkelen en zij noemt: geriatrie, CVA, cosmetische chirurgie, een afdeling voor “verkeerde bedpatiënten” etc. Nog afgezien van het feit dat het noemen van de cosmetische chirurgie in het verzorgingsgebied enige cynisme oproept, moet worden geconstateerd dat het hier activiteiten betreft, die of niet in het ziekenhuis thuishoren of zelfs niet binnen de reguliere financiering van de tweede lijn vallen. Klinische geriatrie wordt in Nederland uitgevoerd door klinisch geriater op een GAAZ; daarvoor is aparte erkenning noodzakelijk in verband met de hoge financieringskosten. In het specialistenplan van de commissie is geen formatie voor klinisch geriater opgenomen. Het inrichten van een afdeling voor “verkeerde bed patiënten” maakt, zo leert de ervaring op een aantal plekken in het land, van het ziekenhuis een verpleeghuis. Specialisten en verpleegkundigen zijn niet geïnteresseerd in de populatie; er zullen dus aparte artsen en ziekenverzoekers moeten worden aangetrokken om de medische verantwoordelijkheid en de verzorging te regelen. Het zorgproces van deze bewoners verschilt zo van dat van de patiëntenzorg in het ziekenhuis, dat beter getracht kan worden zaken te doen met de verpleeghuizen in de regio. Uit niets in het rapport blijkt trouwens dat deze kampen met een omvangrijk tekort aan capaciteit.

De afdeling spoedeisende hulp zal in het model van de commissie slechts open zijn tijdens kantooruren. Met dergelijke modellen is in Nederland ruime ervaring opgedaan. Op dergelijke afdelingen zal alleen betekenisvolle tweedelijnszorg kunnen worden verleend als te allen tijde voldoende expertise aanwezig is. Zoals wij hieronder zullen aantonen, moet dat op de lange termijn ernstig worden betwijfeld.

Het plan van aanpak “Naar meer kwaliteit en veiligheid” van het huidige interim-bestuur van het ziekenhuis, zoals dat recent bekend is geworden, gaat echter nog veel verder dan de ideeën van de Commissie Kraaijeveld-Wouters en naar onze overtuiging wordt daarmee zelfs een afgeslankte inrichting van de locatie Emmeloord op het spel gezet.

Het plan gebruikt een groot aantal mooie woorden om de veranderingen in de zorg en de consequenties daarvan voor de organisatie van het ziekenhuis. Waar het natuurlijk om gaat is inzicht te verschaffen in welke zorg beschikbaar is op welke locatie in de nabije toekomst. Dat inzicht is te vinden in de bijlagen, namelijk het overzicht medische functies. Hieruit blijkt dat in de beide gepresenteerde varianten de klinische activiteiten van de interne geneeskunde niet meer op de locatie Lelystad zullen plaatsvinden.

De motivatie hiervoor is dat die activiteiten in omvang zullen afnemen en dat veel in dagbehandeling wordt gedaan. Over de klinische gynaecologie/verloskunde en kindergeneeskunde laat het concept zich in de versie van 19 november 2002 niet uit omdat een specifieke werkgroep daarover nog moet rapporteren. Het laat zich echter moeilijk raden wat de uitkomsten van die rapportage zullen zijn. Alle niet-acute en niet-intensieve chirurgie wordt geconcentreerd in Emmeloord. Dat betekent dat dan ook alle patiënten uit Lelystad daar worden opgenomen en geopereerd. Uit het rapport wordt niet duidelijk of zij dan door hun eigen medisch specialist zullen worden geopereerd of door de toevallig aanwezige chirurg op die locatie. Het is duidelijk dat, indien er in de toekomst sprake zal zijn van capaciteitsruimte op de locatie Lelystad, deze categorie patiënten het eerst op die locatie zal worden geopereerd; hetzelfde geldt overigens voor het specialisme orthopedie. Van de kleine specialismen zullen alleen de KNO in variant 2 en de oogheelkunde en kaakchirurgie in beide varianten klinisch in Emmeloord actief zijn. Acute en intensieve zorg, zo die al voorkomt bij deze specialismen, zullen echter in Lelystad blijven. Maar deze kleine specialismen hebben meestal ook een beperkte menskracht als het gaat om medisch specialisten. En juist van hen wordt verwacht het gros van de disutility op zich te nemen.

Gebaseerd op onze ervaring in een groot aantal vergelijkbare gevallen kunnen wij niet anders oordelen dan dat dit plan gedoemd is te mislukken. De enige argumentatie ervoor lijkt namelijk te zijn, dat er nog activiteiten in Emmeloord dienen plaats te vinden, omdat er in Lelystad niet genoeg capaciteit aanwezig is. Dat geldt dan natuurlijk vooral voor de OK en klinische bedden met name voor intensieve zorg.

8.2 Voorbeelden van medische functieverdeling en concentratie van de 24/7-functies

Sittard en Geleen

In Sittard (Goddelijke Voorzienigheid) en Geleen (Sint Barbara) zijn in 1989 van de vorige eeuw twee ziekenhuizen juridisch gefuseerd, die op 7 kilometer afstand van elkaar lagen.

Nadat in de periode 1990 tot 1994 de medische vakgroepen locatieoverstijgend waren geïntegreerd werd het voor de medische specialisten (om te beginnen de gynaecologen en kinderartsen) uit een oogpunt van werk- en dienstroosterbelasting interessant de medische 24/7-dienstverlening te concentreren op de locatie Sittard (van het Maaslandziekenhuis). Dit werd in 1995 doorgezet met de ombouw van de locatie Geleen tot een poliklinisch en dagbehandelingcentrum.

Onder druk van de inwoners, huisartsen en gemeentebestuur van het verzorgingsgebied Geleen is daarna getracht een poliklinische voorziening met omvangrijke diagnostische faciliteiten open te houden op de locatie Geleen. Dit bleek niet te werken en liep al snel uit op een volledige concentratie van alle ziekenhuisactiviteiten in Sittard.

Er was echter reeds exact berekend dat daarvoor niet genoeg capaciteit op de locatie Sittard aanwezig was. Het leidde in 1997 tot een volledig ontmanteling van de ziekenhuislocatie Geleen. Het ziekenhuisgebouw is later omgebouwd tot verpleeghuis. Het advies van de Commissie Kraaijeveld-Wouterse draagt een vergelijkbaar (proces) risico in zich.

Goes en Zierikzee

De situatie in Zeeland is enigszins vergelijkbaar met die in de Flevopolders. De Stichting Oosterscheldeziekenhuizen beheert daar de twee locaties in Goes en Zierikzee. Deze twee locaties worden van elkaar gescheiden door de Oosterschelde en met elkaar verbonden door de Zeelandbrug. Deze brug heeft een tweebaansweg die vooral in de zomer vol staat met files. De ziekenhuislocatie in Zierikzee komt voort uit het zelfstandige Zweedse Rode Kruis Ziekenhuis dat daar met behulp van het Zweedse vorstehuis werd gesticht na de watersnoodramp in 1953. Dit kleine ziekenhuis had en heeft derhalve een warme plaats in het hart van de bevolking van Schouwen Duiveland. Het had een basisfunctie, inclusief klinische verloskunde en kindergeneeskunde. De geringe bezetting met specialisten in 1997 maakte echter dat deze functie moest worden gelateraliseerd in Goes. Dat ging gepaard met dezelfde heftige emoties als men nu waarneemt in de Flevopolders. Deze lateralisatie heeft er toe geleid dat momenteel op die locaties slechts poliklinische en ambulante activiteiten worden ontwikkeld, terwijl destijds het vaste voornemen was om, gezien het ruimtegebrek in Goes, daar de klinische niet-acute en niet-intensieve zorg zelfs te laten groeien. De situatie verschilt echter op een belangrijk punt met die in de Flevopolders. Het bevolkingsgetal van Schouwen Duiveland bedraagt slechts 30.000. Een deel van deze bevolking werd reeds voor de lateralisatie verwezen naar de ziekenhuizen in Vlissingen en Dirksland.

Alphen aan de Rijn

In 1990 is het ziekenhuis Alphen aan de Rijn juridisch gefuseerd met het Elisabeth in Leiderdorp (tot het Rijnlandziekenhuis). Alphen had in 1992 65.000 inwoners en was aangewezen als groeikern om tot 2010 te groeien naar 115.000 inwoners. Vlak na de juridische fusie vond de locatieoverstijgende integratie van de medische vakgroepen plaats. Een aantal medisch specialisten van de locatie Elisabeth was niet bereid op de locatie Alphen aan de 24/7-dienstverlening mee te doen. Waarop successievelijk een aantal vakgroepen eigenstandig besloot (zonder weerwoord of interventie van de directie) de 24/7-dienstverlening te concentreren op de locatie Elisabeth, op 22 km afstand van (de locatie) Alphen aan de Rijn.

Daarnaast namen de meeste medische vakgroepen alleen nog maar patiënten op in het Elisabeth. Het vanzelfsprekende resultaat van deze beslissingen van de medische vakgroepen was leegloop en leegstand op de locatie Alphen. Na twee jaar was de reactie van de directie van het Rijnlandziekenhuis om de locatie Alphen (met een goed geëquipeerd ziekenhuisgebouw) als ziekenhuis te ontmantelen en tot polikliniek tijdens kantooruren in te richten. Het verzet van de lokale bevolking, huisartsen en verloskundigen en gemeentebestuur van Alphen ten spijt. De weg tussen Alphen en Leiderdorp is gedurende belangrijke delen van de dag niet berijdbaar wegens verkeersopstoppingen.

Daarom heeft Alphen aan de Rijn anno 2002 met 90.000 inwoners alleen een polikliniek en geen (basis)ziekenhuis. Terwijl in Leiden/Leiderdorp hemelsbreed enkele kilometers van elkaar het Rijnlandziekenhuis, het Diaconessenhuis en het LUMC drie maal 24/7- medische dienstverlening verzorgen. Belangrijke patiëntenstromen zijn ondertussen van Alphen omgebogen naar Gouda dat (verder weg maar) beter bereikbaar is vanuit Alphen dan de locatie Leiderdorp.

Het advies van de Commissie Kraaijeveld-Wouterse draagt voor de locatie Emmeloord een zelfde (proces)risico in zich.

Dordrecht / Zwijndrecht / Sliedrecht

In 1997 neemt de goed georganiseerde medische staf van het Drechtstedenziekenhuis het initiatief tot een fusie met de medische staf van het Merwedeziekenhuis. Er bestaan al zeven locatieoverstijgende stadsmaatschappen, waarin medisch specialisten van het Merwede en Drechtsteden professioneel en economisch samenwerken en de 24/7- medische dienstverlening voor Dordrecht samen doen.

In 1998 vindt de juridische fusie plaats tussen het Merwedeziekenhuis (de twee voormalige gemeenteziekenhuizen van Dordrecht en Sliedrecht) en het Drechtstedenziekenhuis (het voormalige Diaconessenhuis Refaja in Dordrecht en het Sint Jacob te Zwijndrecht) plaats. Het grootste ziekenhuis (buiten de academische) van Nederland, het Albert Schweitzerziekenhuis op vier (en later drie) locaties is daarmee ontstaan. Sliedrecht wordt geconsolideerd als dagbehandeling centrum.

Op de beide locaties (Dordwijk en Amstelwijk) in Dordrecht (hemelsbreed 1.500 meter van elkaar) vindt een concentratie plaats van de complexe, high en intensive care en de 24/7-medische dienstverlening op de nieuwbouwlocatie van Dordwijk en terwijl de poliklinische en dagbehandelingspecialismen geconcentreerd worden op Amstelwijk. Zwijndrecht zou geconsolideerd worden als basisziekenhuis met 180 bedden.

In 1998 en 1999 wordt vanwege vacature- en bezettingsproblemen de verloskunde en kindergeneeskunde in Zwijndrecht (tijdelijk) stopgezet. Binnen het ziekenhuis ontwikkelen zich op initiatief van de locatieoverstijgende vakgroepen kindergeneeskunde en gynaecologie in alle gremia beleidsdiscussies om Zwijndrecht net als Sliedrecht om te bouwen tot een poliklinisch en dagbehandeling centrum. Het beleid van de medische staf van het ziekenhuis en de inzet van de kleine medische staf (20 specialisten) van de locatie Zwijndrecht in de beleidsdiscussies leidt tot herijking van het ziekenhuisbeleid en de vaststelling, dat er in Zwijndrecht met een inwonersaantal 45.000 en stadsuitbreiding op de grens van Zwijndrecht en Barendrecht een volwaardig basisziekenhuis met 24/7- medische dienstverlening heringericht moet worden. Daartoe wordt het OK-centrum uitgebreid van drie naar vier OK's, de couveuse-afdeling vergroot van 4 naar 7, de werving gestart voor 3,3 fte kinderartsen en 3,6 fte gynaecologen en is begin 2001 een volwaardig basisziekenhuis heringericht.

De variant Brinkman en de locaties Zuiderzeeziekenhuis en Dokter J.H. Jansenziekenhuis

Het plan Kraaijeveld-Wouterse behelst de concentratie van de poortspecialistische 24/7-dienstverlening (voor de interne, cardiologie, traumatologie, kindergeneeskunde en gynaecologie) op de locatie Zuiderzeeziekenhuis.

De heer Brinkman heeft als interim-manager een publiekelijk verklaring afgelegd alleen maar bereid te zijn het plan Kraaijeveld-Wouterse te implementeren en geen alternatieven te zien.

Het (ontwerp)plan Brinkman dat door een projectgroep onder leiding van de tweede interim-manager De Vries is uitgewerkt (versie 19 november 2002) koerst in dezelfde richting. De uitvoering van dat plan zal tot een aanmerkelijk productie- en adherentieverlies leiden voor de locatie Emmeloord.

Dit terwijl over de hele periode 1990 tot en met 2000 de productie per voltijdse specialistenplaats voor alle specialismen in Emmeloord aanmerkelijk hoger lag (en boven het landelijke gemiddelde ligt) dan op de locatie Zuiderzeeziekenhuis.

Bij uitvoering van het plan Brinkman zal de patiëntenstroom niet (zoals in het plan verondersteld) ombuigen naar Lelystad. Rond de verloskunde in Emmeloord blijkt nu al dat de patiëntenstroom zich verplaatst naar Heerenveen, Sneek en Zwolle.

Wat zijn de voorspelbare implicaties voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis van het Plan Brinkman?

Almere zit in een stedelijk ontwikkelingsproces van nu 165.000 naar in 2030 350.000 tot mogelijk 400.000 inwoners. Het Flevoziekenhuis (tot het jaar 2000 net een dergelijk basisziekenhuis met 180 bedden en 40 voltijdse specialistenplaatsen als het Zuiderzeeziekenhuis in Lelystad) groeit met aanvullende nieuwbouw tot 2007 uit tot een ziekenhuis met 400 bedden, 80 voltijdse specialistenplaatsen, topreferentiefuncties als neurochirurgie, hartchirurgie en radiotherapie en twee of drie perifere poliklinische en dagbehandelingcentra, waarvan één halfweg Almere-stad en Lelystad.

In verhouding tot die ontwikkeling en groei van de ziekenhuisvoorziening in zuidelijk Flevoland is het Plan Brinkman voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis een *'terugtrekkende beweging'*.

- Het consolideren van de (gelet op de twee verzorgingsgebieden die in ontwikkeling zijn achteraf onjuiste en ongewenste) juridische fusie van 1990 (met het Dokter J.H. Jansenziekenhuis);
- het integreren tot locatieoverstijgende vakgroepen;
- het consolideren van het Zuiderzeeziekenhuis als basisziekenhuis;
- met productie- en omzetverlies in de NOP;
- en grote concurrentie van de grote broer in Almere, die voorspelbaar ook voor productie-, omzet- en adherentieverlies zal leiden.

Het antwoord op de middellange termijn zou een ontwikkel- en groeiscenario moeten zijn voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis in plaats van een terugtrekkende beweging. Het directe productie- en omzetverlies in de NOP en het voorspelbare productie- en omzetverlies op de middellange termijn aan de concurrentie in Almere kan de financiën en exploitatie van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen in een nog moeilijker vaarwater brengen dan het nu al zit. Eens te meer als per 1 januari 2003 (de inputfinanciering zal ophouden en) de eerste fase output/productiefinanciering in werking treedt.

De productie per voltijdse specialistenplaats op de locatie Zuiderzeeziekenhuis ligt nu al voor alle specialismen (behalve de chirurgie, urologie en de kaakchirurgie) onder het landelijke gemiddelde.

Tabel - Vergelijking productie landelijke gemiddelde per fte medische specialist en ZZZ per fte medisch specialist

	Opnamen per fte		Dagbehandeling per fte		1 ^e poli's per fte	
	ZZZ	landelijk	ZZZ	landelijk	ZZZ	landelijk
Internist	170	206	85	176	700	1.215
Cardioloog	316	360	115	71	980	1.212
Longarts	60	246	4	51	375	933
Chirurg	390	362	225	157	1.800	2.134
Uroloog	285	231	430	168	1.580	1.350
Orthopeed	80	262	210	225	2.000	1.674
Neurochirurg	330	438	15	92	480	639
Kaakchirurg	60	38	125	62	2.760	2.212
Gynaecoloog	360	438	70	129	625	1.005
Kinderarts	235	248	45	43	425	639
Neuroloog	120	169	20	62	720	1.171
Dermatoloog	5	10	5	67	2.220	2.423
KNO-arts	87	155	215	354	1.500	2.063
Oogarts	12	33	85	278	2.650	2.874

Het verlies van 2001 werd veroorzaakt door de meerkosten van de invoering van het nieuwe honoreringstelsel AMS van de medisch specialisten in loondienst van de locatie Zuiderzeeziekenhuis (zonder aanvullende FB-dekking).

Het negatieve resultaat dat in de exploitatie 2002 optreedt, heeft aan de ene kant te maken met de onderproductie op de locatie Zuiderzeeziekenhuis en het daaraan gerelateerde omzetverlies (dat een ziekenhuis oploopt, sinds men per 1 januari 2001 'boter bij de vis krijgt'). Aan de andere kant wordt het verlies geleden door ongestuurde uitgaven/overbestedingen op de locatie Zuiderzeeziekenhuis met betrekking tot de maaltijdvoorziening en patiëntenmiddelen.

Als je de locatie Zuiderzeeziekenhuis uit de huidige verliezen wilt halen is de terugtrekkende beweging zoals opgenomen in het plan Brinkman, geen goede aanpak. De strategie of het toekomstbeleid voor de locatie Zuiderzeeziekenhuis vraagt, gelet op de toekomstige ontwikkeling van het inwoneraantal in Oostelijk Flevoland, niet alleen om een duidelijk en gedragen *medisch profiel* op de kwantitatieve groei en de functie-uitbreiding. Het vraagt ook om een duidelijk *productieprofiel*, dat is gericht op omzetverhoging om uit het bestaande verlies te kunnen komen.

Het management moet derhalve op dat productieprofiel gebaseerde *taakstellende productieafspraken* met de medische staf, de medische vakgroepen en de afzonderlijke medisch specialisten van de locatie Zuiderzeeziekenhuis maken.

9. COMMUNICATIE, OVERLEG EN BESLUIT

Uit het plan van aanpak kan worden afgeleid welke stappen na het uitbrengen van dit rapport zullen moeten worden gezet.

Dat vraagt intensief overleg en een brede communicatie.

Allereerst zal het Platform het onderhavige plan aanbieden aan de Raad van Toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen. De Raad van Toezicht is gezien de vastgestelde en in hoofdstuk ?? van dit plan gememoreerde gedragsregel gehouden de voorstellen in het plan in hun afwegingen voor het toekomstscenario mee te nemen. Afhankelijk van de uitkomsten van de beraadslagingen en de besluitvorming door de Raad van Toezicht zullen dan de verdere stappen moeten worden gezet. Voor die voortgang is het vanzelfsprekend van belang wat de voorgenomen besluitvorming van de Raad van Toezicht zal zijn.

Overlegpartners in welk scenario dan ook voor het Platform zullen zijn:

- Het gemeentebestuur van de Noordoostpolder
- Provinciale Staten en de gedeputeerde zorg
- Verwijzers in het verzorgingsgebied
- Zorgverzekeraars
- Leden van de vaste Kamercommissie VWS
- De Minister Van Volksgezondheid

In de door ons voorgestelde aanpak zal het platform gezamenlijk optreden met de Raad van Toezicht, vooropgesteld dat deze Raad de weg van defusie zal inslaan. Mocht dat echter niet het geval zijn dan zal het platform moeten afwegen of een “buitenparlementaire” weg wordt gekozen om haar zaak te bepleiten.

10. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING

Op basis van de te voorspellen zorgbehoefte op de korte, middellange en lange termijn kan worden geconcludeerd dat er voldoende redenen zijn om aan te nemen dat een basisziekenhuis in Emmeloord noodzakelijk is. Er zijn zelfs voor de huidige locaties van de IJsselmeerziekenhuizen afzonderlijke groeiscenario's te ontwerpen, die een investering in iedere locatie afzonderlijk verantwoord maken. De bestuurlijke situatie is op dit moment echter zodanig dat die ontwikkeling onder de paraplu van een stichting niet uitvoerbaar is.

Zonder enige aarzeling kan gesteld worden dat de fusiebeslissing van 1990 een proces heeft ingeluid dat tot de huidige desastreuze situatie heeft geleid. De conclusie kan alleen maar zijn dat die fusie nooit had mogen plaatsvinden. Het gaat ons inziens te ver om vervolgens die fusie voor de oplossing van de problemen, die door onjuist bestuur in de afgelopen 10 jaar zijn gerezen, wederom als uitgangspunt te kiezen.

Voor de voorbereiding op de toekomst lijkt het beter om terug te gaan naar de situatie voor 1990: twee zelfstandige basisziekenhuizen in Lelystad en Emmeloord. In het voorgaande wordt aangetoond dat de weg, overigens niet zonder moeilijkheden, begaanbaar is. Het politiek bestuurlijke klimaat is er rijp voor en de zorgbehoefte in het uitgestrekte gebied van de Noordoostpolder vraagt er om.

Bijlage **Voor de studie en het plan van aanpak ‘IJsselmeerziekenhuizen: een verantwoorde keuze’ gebruikte literatuur, rapportages en adviezen.**

- J.H. Hagen (red) ‘Kleinere ziekenhuizen, gezonde basis’ 1995;
- K. van der Lee: ‘Ziekenhuisfusies, procesgang en resultaten’ (proefschrift) 2000;
- J. Polder: ‘Cost of illness in the Netherlands’ (proefschrift) 2001;
- N. Klazinga: ‘Quality Management of medical specialist care in the Netherlands’ (proefschrift) 1996
- Sociaal en Cultureel Planbureau: ‘Tussen bed en budget’ 1998;
- L.E. Weeks and H.J. Berman: ‘Economics in Health Care’ (herdruk) 1997;
- College Tarieven Gezondheidszorg: ‘Jaarverslag 2001’;
- College Bouw ziekenhuisvoorzieningen: ‘Spreiding Ziekenhuiszorg’ (vervolg uitvoeringstoets, tweede tranche) 13 april 2001;
- College Tarieven Gezondheidszorg: ‘Beleidsregelbedragen algemene ziekenhuizen per 1 januari 2003, prijspeil ultimo 2002’;
- College Tarieven Gezondheidszorg: ‘Beleidsregelbedragen *algemene ziekenhuizen* per 1 januari 2001’
- College Tarieven Gezondheidszorg: ‘Rekenstaat – algemene ziekenhuizen – 2002’;
- College Tarieven Gezondheidszorg: ‘Berekening nieuwe budgetparameters ziekenhuizen voor het jaar 2002’
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen: ‘Samenvatting Variabilisering FB-systematiek en Elimineren grootte-klassentoeslag’ 10 oktober 2002;
- TNO Preventie en Gezondheid: ‘De thuisbevalling in Nederland: Eindrapportage 1995 –2000’;
- NZI ‘Instellingen van intramurale gezondheidszorg: basisgegevens per 1-1- 2000’;
- Stuurgroep onder leiding van Ir. H. Hoek: ‘Rapport Stuurgroep Nieuw Beleid’ april 2002;
- Raad van Bestuur IJsselmeorzorg: ‘Continuïteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van ziekenhuiszorg voor de inwoners van Flevoland. Hoe Realiseren Wij Dat Samen?’ 29 mei 2002;
- Commissie onder leiding van J.G. Kraaijeveld-Wouterse: ‘Een ziekenhuis in de polders’ 2002;
- (Plan interim-bestuurder J.W. Brinkman): Projectgroep onder leiding van T. de Vries: ‘Naar meer kwaliteit en veiligheid’ (versie 7C1)
- Stichting IJsselmeorzorg, jaarverslag 2001;
- Stichting Verpleeghuis Talma Emmeloord: jaarverslaggeving 2001;
- Stichting IJsselmeerziekenhuizen: jaarverslaggeving 2001;
- Stichting Regionale Thuiszorg Oude en Nieuwe Land te Steenwijk: rapport betreffende de jaarrekening 2001;
- Gemeente Noordoostpolder: ‘Noordoostpolder: Ruimte voor Wonen; Emmeloord en de groendorpen’ december 2001;
- IJsselmeerziekenhuizen: ‘Rapportage t/m augustus 2002’.