

Bijlage II: Advies van de IGZ

Het advies van de IGZ bevat de volgende stukken:

1. Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake fusieverzoek stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren.
2. Bouwstenen Fusieadvies betreffende de melding van de voorgenomen concentratie tussen Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (SOZ) en Ziekenhuis Walcheren (ZW)
3. Antwoorden op de vragen van de NMa (brief 6424.115.B1265 en brief 6424/273.B928)
4. Handhavingsbeleid bij oesofaguscardiaresectie, over aansporen en opsporen; uit de inspectie; Medisch Contact; 30 mei 2008.

Bezoekadres Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postadres Postbus 16119
2500 BC Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11
Telefax (070) 340
Internet www.igz.nl

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID
INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG



Aan de Nederlandse Zorgautoriteit
t.a.v. mevrouw drs. C.C. van Beek,
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag,
IGZ/HICG 2008-130679	W.Schellekens	(070) 3405121	27 oktober 2008
Onderwerp	Bijlage(n)	Uw brief	Uw kenmerk
Advies Inspectie voor de Gezondheidszorg inzake fusieverzoek Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren			

Geachte mevrouw van Beek,

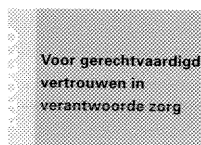
Hierbij biedt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) u haar advies aan met betrekking tot het fusieverzoek welke de Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (SOZ) te Goes en Zierikzee en Stichting Ziekenhuis Walcheren (ZW) te Vlissingen en Middelburg hebben ingediend bij de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Onderbouwing van het advies van de IGZ en een meer gedetailleerd overzicht van de beschikbare informatie over beide ziekenhuizen treft u aan in de bijlage. Deze bijlage maakt integraal onderdeel uit van het advies van de IGZ.

Dit advies komt voort uit de afspraken die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de IGZ hebben gemaakt ten aanzien van de rol van de IGZ bij fusieaanvragen van zorginstellingen, waaronder ziekenhuizen. In de zienswijze van de NZa aan de NMa inzake fusieverzoeken baseert de NZa zich bij de beoordeling van kwaliteit van de zorg op het advies van de IGZ. De NZa neemt het advies van de IGZ integraal over in haar advies aan de NMa.

Toetsingskader

De IGZ hecht eraan te benadrukken welke aspecten bij de totstandkoming van haar advies van belang zijn geweest.

- De IGZ baseert zich op de bestaande wet- en regelgeving en - waar beschikbaar - op normen die door veldpartijen zijn vastgesteld. Niet voor alle toetsingscriteria zijn veldnormen beschikbaar; daar waar dit vanuit publiek belang noodzakelijk is formuleert de IGZ haar eigen toezichtnormen.





- De Minister heeft in zijn brief aan de Kamer "Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit" van 27 juni 2008 (MC-U-2860925) zijn visie gegeven op de problematiek die ook in dit fusieverzoek aan de orde is. Samengevat: de Minister is van mening dat burgers voor zover dat mogelijk is in hun naaste omgeving moeten kunnen beschikken over een ziekenhuis waar kwalitatief verantwoorde basiszorg verleend wordt. Deze basiszorg moet tenminste voldoen aan minimum (veld)normen. Voor de acute zorg betekent dit dat deze zorg voor iedereen binnen 45 minuten bereikbaar moet zijn. Electieve ziekenhuiszorg kent geen spreidingsbeleid en voor de bereikbaarheid ervan zijn geen wettelijke normen opgesteld. De wens om ziekenhuiszorg dichtbij te houden laat zich niet in alle gevallen verenigen met de kwaliteitsstandaarden waaraan ook electieve zorg moet kunnen voldoen. Indien de bereikbaarheid van electieve zorg ter discussie staat is de kwaliteit van deze zorg leidend.
- Bij de beoordeling van het fusieverzoek spelen drie belangen een rol, te weten het publieke belang voor de burger/patiënt, het private belang van de betrokken zorginstellingen en het professionele belang. De IGZ ziet toe op de publieke belangen vanuit het perspectief van de burger/patiënt onder haar motto: *"gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg"*. Uitgangspunt voor de IGZ is dat vanuit dit publieke belang de continuïteit van kwalitatief verantwoorde en bereikbare basisziekenhuiszorg in Zeeland gegarandeerd blijft.
- Bij de beoordeling van fusieverzoeken door de NMa spelen de gevolgen voor mededinging een overheersende rol. Wanneer mededinging beperkt wordt door de fusie/samenwerking dan oordeelt de NMa "nee, tenzij"¹. Er zijn twee uitzonderingen die door de partijen die het fusieverzoek indienen, moeten worden onderbouwd²:
 - **Reddingsfusieverweer:**

Als een voorgenomen fusie als enige mogelijkheid wordt gezien om een bepaalde noodlijdende zorginstelling toch nog open te houden, dan kan de NMa besluiten dat een fusie niettemin is toegestaan. Dit verweer houdt in dat de concentratie noodzakelijk is voor de in moeilijkheden verkerende aanbieder om te kunnen blijven bestaan. De belangrijkste voorwaarde is dat de verslechtering van de keuzemogelijkheden niet wordt veroorzaakt door de fusie zelf.
 - **Efficiëntieverweer:**

In sommige gevallen zou een fusie kunnen leiden tot dusdanige kwaliteitsverbeteringen (of ook efficiencywinsten) dat de voordelen daarvan tegenwicht bieden tegen de nadelige effecten op de mededinging die de fusie anders zou hebben veroorzaakt. Het gaat dan met name om kwaliteitsverbeteringen die gerelateerd zijn aan schaalvoordelen, bijvoorbeeld verwachte kwaliteitsverbeteringen door concentratievorming dankzij schaal- en leereffecten bij relatief complexe vormen van zorg. Wil dit zogenaamde efficiëntieverweer geaccepteerd worden door de NMa, dan moet wel aan drie voorwaarden worden voldaan:

 - * Er moet door de fuserende zorgpartijen worden aangetoond dat de verbeteringen ten voordele komen van cliënten en daarmee de te verwachten negatieve effecten op keuzeaanbod tegengaan.
 - * Daarnaast moeten de verbeteringen specifiek uit de concentratie voortvloeien en niet in dezelfde mate kunnen worden bereikt met minder concurrentiebeperkende middelen, zoals andere vormen van samenwerking, contacten, en dergelijke.
 - * Ten slotte moeten de verbeteringen verifieerbaar zijn. In kwantitatieve

¹ Zie bijlage 6 van de "Achtergrondnotitie" bij de brief aan de Kamer "Kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit" van 27 juni 2008 (MC-U-2860925): blz. 54

² Idem blz.55



en/of kwalitatieve zin moet duidelijk zijn dat de te behalen verbeteringen echt substantieel zijn. Een marginale verbetering is onvoldoende om de te verwachten negatieve gevolgen voor de mededinging te kunnen compenseren.

Procedure totstandkoming advies IGZ

Met inachtneming van de aspecten van het toetsingskader zal de IGZ de onderstaande vragen 1 tot en met 5 beantwoorden en vervolgens gebaseerd op deze antwoorden haar advies formuleren.

Bij het beantwoorden van de vragen maakt de IGZ gebruik van de informatie waarover zij beschikt in het kader van incidententoezicht (meldingen/calamiteiten), gefaseerd toezicht (met name prestatie-indicatoren) en thematisch toezicht; daarnaast hebben betrokken ziekenhuizen de IGZ voorzien van de nodige informatie en gebruikt de IGZ de informatie uit het fusieverzoek zoals dit bij de NMa is ingediend.

Bij haar advies beperkt de IGZ zich tot de zorginhoudelijke aspecten. Vanzelfsprekend spelen bij dit fusieverzoek ook andere aspecten een belangrijke rol, die indirect mede van invloed zijn op de kwaliteit van de zorg, zoals bijvoorbeeld financiële en bedrijfsmatige aspecten en politieke afwegingen. Deze aspecten laat de IGZ bij haar advisering buiten beschouwing.

Te beantwoorden vragen:

1. Begripsbepaling:
 - a. Wat verstaat de IGZ onder basisziekenhuiszorg?
 - b. Wat verstaat de IGZ onder kwaliteit, continuïteit en bereikbaarheid?
2. Hoe is de regionale ziekenhuissituatie? Hoe is de ziekenhuissituatie vergeleken met de rest van Nederland?
3. Wat zijn de ervaringen van de IGZ met beide ziekenhuizen tot nu toe?
 - a. Welke problemen hebben zich in het verleden voorgedaan bij de betrokken ziekenhuizen m.b.t. kwaliteit, bereikbaarheid en continuïteit?
 - b. Hoe is de huidige situatie?
 - c. Wat is de conclusie van de IGZ?
4. Hoe beoordeelt de IGZ de toekomstige situatie, indien de huidige situatie moet worden gehandhaafd, wanneer het fusieverzoek wordt afgewezen? Dit betreft met name de argumenten voor het zogenaamde "*reddingsfusieverweer*".
 - a. Wat is in dat geval de verwachting van de IGZ dat er in de (naaste) toekomst zal gebeuren m.b.t. kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit van zorg?
 - b. Leidt een fusie tot een verslechterde situatie?
 - c. Leidt niet-fuseren ook tot de situatie dat mededinging verslechterd wordt?
 - d. Wat is de conclusie van de IGZ?
5. Hoe beoordeelt de IGZ de toekomstige situatie indien fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) wel mogelijk is? Dit betreft met name de argumenten voor het zogenaamde "*efficiëntieverweer*".
 - a. Wat is in dat geval de verwachting van de IGZ dat er in de (naaste) toekomst zal gebeuren m.b.t. kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit van zorg?
 - b. Aan welke condities moet dan worden voldaan?
 - c. Komen de eventuele voordelen ten gunste van de patiënten?
 - d. Zijn eventuele voordelen ook op andere manieren te bereiken?
 - e. Zijn de te behalen voordelen voldoende verifieerbaar?
 - f. Wat is de conclusie van de IGZ?
6. Wat is het advies van de IGZ?



Antwoorden op deze vragen

1a. Wat verstaat de IGZ onder basisziekenhuiszorg

Onder basisziekenhuiszorg wordt verstaan de zorg die geleverd wordt door de volgende medisch-specialistische functies, apart en in onderlinge samenwerking en die op basis van de WTZi) in elk ziekenhuis beschikbaar moet zijn:

- Acute zorg: traumazorg en acute zorg bij de onderstaande functies, alsmede de SEH en IC;
- Interne geneeskunde;
- Chirurgie/orthopedie;
- Gynaecologie/verloskunde;
- Kindergeneeskunde;
- KNO geneeskunde;
- Oogheelkunde;
- Neurologie;
- Cardiologie;
- Medische ondersteunende afdelingen zoals Radiologie, Klinisch Chemisch Laboratorium, pathologie, etc.

Voor elke basisfunctie is een minimumformatie medisch specialisten en (gespecialiseerde) medewerkers noodzakelijk om *continuïteit van zorg* te kunnen garanderen, ook buiten kantooruren. De meeste Wetenschappelijke Verenigingen (met uitzondering van kindergeneeskunde en gynaecologie) hebben hiervoor tot dusver geen strikte normering bepaald. In loondienstsituaties geldt dat voor een 7x24 uur beschikbaarheid (incl. vakantie en ziekte) van één functionaris een minimumformatie van 5 fte nodig is. Door de toenemende kennis en ontwikkelingen van de technologie kan vrijwel geen van deze basisfuncties meer in de volle omvang uitgeoefend worden door één medisch specialist. De noodzakelijke *verdeling van aandachtsgebieden* om een dergelijke basisfunctie in de volle breedte kwalitatief verantwoord te kunnen uitvoeren, vraagt derhalve een grotere personele formatie. De IGZ acht het niet verantwoord wanneer er binnen vakgroepen geen noodzakelijke aandachtsgebieden (kunnen) worden verdeeld en medisch specialisten hun vakgebied voor zover mogelijk in de volle omvang trachten uit te oefenen. Dit principe geldt vanzelfsprekend ook voor (gespecialiseerde) verpleegkundigen en andere medisch-ondersteunende functies.

Voorbeelden van aandachtsgebieden voor de chirurgie zijn onder meer de traumatologie, maag-darmchirurgie, oncologische chirurgie, thoraxchirurgie en mammachirurgie. Om de basisziekenhuiszorg verantwoord te kunnen uitvoeren is het derhalve nodig dat - naast de minimumformatie ten behoeve van 7x24 uur continuïteit van zorg - de formaties groter zijn om de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden mogelijk te maken, bij bepaalde functies ook 7x24 uur.

Tevens wil de IGZ erop wijzen dat voor het leveren van verantwoorde zorg voor bepaalde "hightech" en "mediumtech" interventies, behalve continuïteit ook aan aanvullende criteria, zoals een bepaald *minimumvolume* aan patiënten, voldaan moet kunnen worden. Voorbeelden hiervan in de chirurgie zijn operaties bij patiënten met slokdarmkanker, alvleesklierkanker, eierstokkanker, een verwijding van de buikslagader. Dit heeft te maken met opleiding, competentie en behoud van voldoende ervaring,



naast natuurlijk ook bedrijfsmatige aspecten (investeringen, ondersteuning). Dit principe geldt ook bij diagnostische en therapeutische interventies die relatief vaker voorkomen, maar wel specifieke vaardigheden vereisen, zoals coloscopie, endoscopische retrograde cholangio- en pancreaticografie (ERCP), interventieradiologie, laparoscopische ingrepen, enz.

Dergelijke volumecriteria zijn nog lang niet voor alle (risicovolle) interventies door Wetenschappelijke Verenigingen vastgesteld, maar de trend is wel dat dit in toenemende mate door de Wetenschappelijke Verenigingen zal gebeuren, omdat steeds duidelijker wordt dat een hoger volume tot een betere kwaliteit (minder complicaties en hernieuwde ingrepen met de daaraan verbonden herstel- en faalkosten) leidt. Dit aspect heeft dan ook - vanuit het belang van een veilige zorgverlening - de speciale aandacht van de IGZ. Bij het toezicht van IGZ op verantwoorde zorg spelen volumecriteria in toenemende mate een grotere rol.

1b. Wat verstaat de IGZ onder kwaliteit, continuïteit, bereikbaarheid?

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt onder de term "verantwoorde zorg" verstaan zorg die *effectief is, doelmatig en patiëntgericht*.

- De IGZ richt zich speciaal op de aspecten effectiviteit (waaronder begrepen patiëntveiligheid) en patiëntgerichtheid. Om deze verantwoorde zorg voor alle burgers/patiënten beschikbaar te hebben zijn daarbij essentieel de begrippen *continuïteit* van zorg (de garantie dat zorg ook 7x24 uur beschikbaar is) en *bereikbaarheid* (de patiënt kan de zorg binnen redelijke tijd verkrijgen).

Effectiviteit van de zorg is de mate waarin de zorg het vooraf gewenste doel bereikt voor de patiënt.

Doelmatigheid is hierbij de relatie tussen dit beoogde effect en de daarvoor nodige inzet van menskracht, middelen en geld.

Bij patiëntgerichtheid gaat om de mate waarin de patiënt in de zorg centraal staat.

- *Continuïteit van zorg 7x24 uur* wordt bepaald door de minimumformatie aan medisch specialisten en (gespecialiseerde) verpleegkundigen. Zoals hierboven reeds aangegeven speelt bij de bepaling van de minimumformatie ook de noodzakelijke aandachtsgebied-verdeling (medisch specialisten) en specialisatie (verpleegkundigen) een belangrijke rol.

- Voor *bereikbaarheid* moet onderscheid gemaakt worden tussen de bereikbaarheid in de acute zorg, electieve zorg en chronische zorg.

Bij *acute zorg* geldt een norm van 45 minuten waarbinnen een patiënt de vereiste zorg in het ziekenhuis moet kunnen ontvangen.

Voor *electieve zorg* gelden geen bereikbaarheidsnormen; hier heeft de patiënt ook zelf veel meer keuzevrijheid. Bovendien gaat het meestal om "once in a lifetime" gebeurtenissen, waardoor reistijd (ook van zijn naasten) van relatief belang is.

Bij *chronische zorg* is de relatieve nabijheid van specialistische zorg wel meer wenselijk, omdat de patiënt hier vaak jarenlang gebruik van moet maken en reisafstand derhalve veel meer een rol speelt.

2. Hoe is de regionale ziekenhuissituatie?

Relevant in dit advies is de situering van de betrokken twee ziekenhuizen in de regio, met de hoofdlocaties gelokaliseerd in Goes en Vlissingen. Afstanden in Zeeland zijn relatief lang met veel tweebaanswegen.



Beide ziekenhuizen leveren de vereiste basisziekenhuisfuncties met een minimale formatie die uiterst kwetsbaar is, voor wat betreft de continuïteit van zorg, en die bij de meeste basisfuncties te klein is voor de noodzakelijke aandachtsgebiedverdeling binnen deze basisfuncties (zie bijlage). De minimale formatie veroorzaakt, behalve een kwetsbare continuïteit van zorg en geen of geringe aandachtsgebiedverdeling, nog een aantal andere problemen. Bij uitval van bijvoorbeeld een medisch specialist als gevolg van ziekte, vakantie, vertrek, ontslag, etc. ontstaat er een grotere druk op de overige maatschapsleden, specialisten draaien daardoor meer diensten in de avond, nacht en het weekeinde. Bovenstaande maakt werken voor veel specialisten in Zeeland minder aantrekkelijk.

Beide basisziekenhuizen zijn ten opzichte van elkaar in zekere zin concurrerend. Dit betreft dan alleen de concurrentie op onderdelen van de basisziekenhuiszorg. Deze concurrentiepositie maakt beide ziekenhuizen nog kwetsbaarder dan ze al zijn: ze moeten als basisziekenhuizen het complete basisziekenhuispakket aanbieden, maar zijn daar afzonderlijk eigenlijk te klein voor, met name als het gaat om aandachtsgebiedverdeling binnen specialismen in elk van beide ziekenhuizen. De noodzakelijke intensieve samenwerking rond vrijwel alle specialismen (i.v.m. kwetsbaarheid van formaties en de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden) is tot dusver wel nagestreefd, maar is formeel niet toegestaan vanuit mededingingsoptiek. Op dit probleem is de NMa reeds attent gemaakt via een brief vanuit de gemeenten ter plaatse. Dit gebrek aan perspectief heeft onlangs geleid tot het aangekondigde vertrek van gynaecologen uit beide ziekenhuizen en dreigt ook te leiden tot het vertrek van andere specialisten.

Zeeland verschilt dus daarmee van veel andere dunbevolkte regio's in Nederland in die zin dat er op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is (een dergelijk ziekenhuis is op meer dan 100 km van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen gelegen) waarmee samenwerkingsafspraken mogelijk zijn, die de formatieve kwetsbaarheid (via gezamenlijke dienstenregeling, waarneming) verminderen en het beperkte niveau van zorg kunnen compenseren (b.v. via snelle overplaatsing heen en weer, topklinische functies snel beschikbaar, specialisten die deels in het basisziekenhuis en deels in het topklinisch/academisch ziekenhuis werkzaam zijn). Dit heeft tot gevolg dat beide ziekenhuizen in een geïsoleerde positie verkeren. Ten opzichte van elkaar hebben ze als aparte ziekenhuizen geen toegevoegde waarde m.b.t. continuïteit en niveau van zorg. Ditzelfde geldt voor het ziekenhuis ZorgSaam in Terneuzen en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland, waardoor er dan ook vrijwel geen uitstroom plaatsvindt naar deze ziekenhuizen. Voor deze laatste twee ziekenhuizen is samenwerking met topklinische ziekenhuizen wel beter mogelijk door de kortere afstand (respectievelijk in België en Rotterdam).

Deze regionale situatie van de betrokken twee basisziekenhuizen heeft een aantal ongewenste consequenties tot gevolg. Relatief veel patiënten, zowel acute als electieve patiënten, moeten de regio verlaten en gaan naar ziekenhuizen in Rotterdam, Breda, Antwerpen of Gent. Reden is dat zij zorg nodig hebben, die qua niveau ofwel uitgaat boven het niveau van de basisziekenhuiszorg, ofwel zorg die niet gegeven kan worden door de onmogelijkheid van beide ziekenhuizen om binnen specialismen



aandachtsgebieden te verdelen. Hierdoor is de concurrentiepositie van beide ziekenhuizen ten opzichte van de ziekenhuizen in andere regio's uitermate zwak. De IGZ heeft aanwijzingen dat de grote afstanden er ook toe leiden dat regelmatig ernstig zieke patiënten in beide ziekenhuizen niet tijdig worden overgeplaatst en daarom te lang in een ziekenhuis blijven met een te laag niveau zorg. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de hoogte van de gemiddelde beademingsduur van beide ziekenhuizen. Patiënten liggen gemiddeld in beide ziekenhuizen langer aan de beademing dan de aan het beschikbare IC-niveau gekoppelde maximum van 3 dagen.

Hoe is de ziekenhuissituatie vergeleken met de rest van Nederland?

Zeeland heeft een oppervlakte dat overeenkomt met de provincie Friesland, net als Zeeland een van de provincies met een laag inwonertal. Zeeland beschikt over 3 ziekenhuizen, waarvan 1 in Zeeuws-Vlaanderen, door de Westerschelde en een tunnel gescheiden van de rest van Zeeland. Zoals eerder aangegeven zijn op een afstand van 60-100 kilometer 5 ziekenhuizen bereikbaar, te weten in Bergen op Zoom, Breda, Antwerpen, Dirksland en Rotterdam.

Friesland beschikt over 5 ziekenhuizen, die onderling goed bereikbaar zijn, allen liggend binnen een cirkel van 60 kilometer. Juist die korte afstand maakt het mogelijk vele vormen van samenwerking tussen de ziekenhuizen te ontwikkelen. Op een afstand van 40-60 kilometer zijn tenminste 5 ziekenhuizen bereikbaar, te weten in Meppel, Groningen, Emmeloord, Assen, Zwolle, en tot een afstand van 100 kilometer nog eens extra 3 ziekenhuizen te Den Helder, Hoorn, Alkmaar. Friesland is dus zelf goed voorzien van ziekenhuizen en de bewoners van Friesland hebben daarnaast legio mogelijkheden om gebruik te maken van ziekenhuizen uit de buurprovincies. Voorts kunnen de ziekenhuizen van Friesland ook samenwerking zoeken met ziekenhuizen in de buurprovincies, daar de afstanden nog te overbruggen zijn.

Het beperkt aantal ziekenhuizen in Zeeland en het beperkt aantal ziekenhuizen in de buurprovincies en in België, bovendien op zeer grote afstand gelegen, maakt samenwerking vrijwel onmogelijk.

Zeeland moet dan ook beschouwd worden als een unieke regio, die in het kader van het onderwerp fusie van ziekenhuizen niet te vergelijken is met elk ander deel van Nederland.

3. Wat zijn de ervaringen van de IGZ met de ziekenhuizen in Zeeland tot nu toe?

3a. Welke problemen hebben zich in het verleden voorgedaan

In de bijlage is per specialisme/functie vermeld in hoeverre er zich in het verleden zaken hebben voorgedaan die betrekking hebben op de kwaliteit, continuïteit en bereikbaarheid van de zorgverlening. Hieruit blijkt dat beide ziekenhuizen uiterst kwetsbaar zijn, zowel wat de formatie medische specialisten betreft, als m.b.t. de verpleegkundige formatie. Elk vertrek van een specialist of gespecialiseerde verpleegkundige leidt snel tot een crisissituatie. Dit betreft bijvoorbeeld de afdeling SEH van zowel het SOZ als het ZW, die in het verleden kortdurend gesloten zijn geweest i.v.m. personeelstekort. Het SOZ heeft in 2000 de zelfstandige afdelingen urologie en gynaecologie opgeheven en ondergebracht bij de afdelingen chirurgie en orthopedie, ook i.v.m. personeelstekort. Het ZW heeft in 2001 i.v.m. een tekort aan kinderartsen een deel van de ANW-diensten niet kunnen invullen. In 1998 en daarop volgende jaren is regelmatig de personele onderbezetting van de afdeling cardiologie van het ZW in het



nieuws geweest, zowel door een tekort aan cardiologen als aan verpleegkundigen. Recentelijk hebben beide ziekenhuizen de beslissing bekend gemaakt, dat zij noodgedwongen op korte termijn de functie gynaecologie/verloskunde moeten concentreren door het aangekondigde vertrek van drie gynaecologen en de gebleken onmogelijkheid om deze vacatures in te vullen, ondanks werving nationaal en internationaal; ook tijdelijke waarneming bleek niet mogelijk. Als reden voor vertrek geven de gynaecologen aan het ontbreken van perspectief door het uitblijven van een fusie, waardoor de werkbelasting te groot blijft (veel diensten) en er geen mogelijkheden zijn voor verdeling van aandachtsgebieden en voor het implementeren van ontwikkelingen in het vakgebied.

Naast de kwetsbaarheid van de medisch-specialistische en verpleegkundige formatie constateert het ziekenhuis een aanzienlijke uitstroom van patiënten uit de regio.

3b. Hoe is de huidige situatie?

- Acute Zorg: Beide ziekenhuizen beschikken over een SEH profiel 3, minimale variant. In 2006 zijn in totaal 24.000 patiënten gepresenteerd op de SEH van SOZ en ZW tezamen. Op basis van de ernst van hun letsel kwamen 500 van de 24.000 patiënten in aanmerking om direct doorverwezen te worden naar een ziekenhuis buiten de regio (m.n. naar Rotterdam).

Beide ziekenhuizen beschikken over een IC niveau 1 (laagste niveau). Chirurgische ingrepen waarvan verwacht wordt dat de postoperatieve beademing op de IC langer dan 3 dagen duurt, kunnen niet in deze ziekenhuizen verricht worden. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een IC niveau 2 of hoger is tenminste 100 km verder gelegen. De IGZ heeft geconstateerd dat regelmatig patiënten langer op de IC blijven opgenomen dan verantwoord is op dit niveau IC. Als verklaring geeft het ziekenhuis aan dat overplaatsing van de patiënt over deze grote afstand te riskant zou zijn.

- Interne Geneeskunde: door de kwalitatieve bezetting van de functies in beide ziekenhuizen kan de interne geneeskunde niet verantwoord in zijn volle omvang worden uitgevoerd.

- Chirurgie/orthopedie: door de huidige bezetting is het in beide ziekenhuizen niet mogelijk de chirurgie/orthopedie verantwoord in zijn volle omvang uit te voeren. Er wordt geen rugchirurgie, kinderorthopedie, schouderchirurgie en laparoscopische colonchirurgie uitgevoerd.

- Verloskunde/gynaecologie: momenteel zijn in beide ziekenhuizen, door het niet kunnen vervullen van vacatures van vertrokken gynaecologen nog slechts 3 gynaecologen per ziekenhuis werkzaam. Om de 2^e lijns obstetrie en gynaecologie te kunnen behouden voor Midden en Noord Zeeland is op korte termijn concentratie van zorg onvermijdelijk. Dit heeft consequenties voor de 1^e lijns verloskunde en voor de klinische kindergeneeskunde.

- Kindergeneeskunde: in beide ziekenhuizen voldoet de omvang van de maatschappen niet aan de door de NVK gehanteerde minimumnorm van 6-8 fte per ziekenhuis. In ZW zijn 5 kinderartsen werkzaam, allen in parttime dienstverband, en in SOZ 4 parttime kinderartsen. Dit heeft een negatief effect op de kwaliteit van moeder- en kindzorg. Jaarlijks moeten ca. 60 pasgeborenen langere tijd opgenomen worden buiten de provincie Zeeland.



- KNO-Oogheelkunde-neurologie: deze maatschappen zijn alle (te) klein, 2 tot 3 fte. Hierdoor is continuïteit van zorg kwetsbaar.
 - Cardiologie: beide ziekenhuizen beschikken over 5 cardiologen. Interventiecardiologie is niet uitvoerbaar. Patiënten voor een PTCA worden verwezen naar ziekenhuizen buiten de regio, naar Breda, Rotterdam dan wel België.
- NB: Bijkomend probleem bij de opname van Zeelandse patiënten in België is het feit dat daar het MRSA-probleem veel groter is; dit brengt bij terugplaatsing grote problemen met zich mee voor de Nederlandse ziekenhuizen.

3.c Wat is de conclusie van de IGZ?

De omvang van de vakgroepen in beide ziekenhuizen is te beperkt en in een aantal gevallen zelfs onder de norm. Beide ziekenhuizen zijn ten aanzien van hun personele situatie uitermate kwetsbaar. Vertrek van een medisch specialist of (gespecialiseerd) verpleegkundigen of andere medewerkers leidt al snel tot een crisissituatie, omdat waarneming en vervanging problematisch tot onmogelijk blijken. Reden hiervoor is de huidige positie van beide ziekenhuizen, die het onaantrekkelijk maakt voor specialisten en overig gespecialiseerd personeel om in deze ziekenhuizen te werken. Als redenen worden aangegeven: te kleine en dus te kwetsbare vakgroepen met een hoge dienstenfrequentie, te weinig mogelijkheden tot verdeling van aandachtsgebieden en introductie van nieuwe technologie, te grote afstand tot topklinische/academische ziekenhuizen om reële samenwerking mogelijk te maken.

De ziekenhuizen kunnen niet voldoen aan het bieden van de noodzakelijke basisziekenhuiszorg, omdat de formaties medisch specialisten per vakgebied te klein zijn voor de noodzakelijke aandachtsgebiedverdeling. Omdat het uitvoeren van hun vakgebied in de volle omvang vanuit kwaliteitsoptiek niet verantwoord is, staan de zittende medisch specialisten voor de moeilijke beslissing om keuzes te maken welke zorg nog wel aangeboden kan worden en welke niet meer. Steeds meer patiënten zullen verwezen moeten worden naar ziekenhuizen buiten de regio. Dit resulteert in een verarming van het huidige behandelaanbod waardoor ook de keuzevrijheid voor de patiënten afneemt. De uitstroom van patiënten buiten de regio is (met name in de acute zorg) vanuit het optiek van patiëntveiligheid slecht voor de patiënt en brengt daarnaast ook veel ongemak met zich mee voor de patiënt en diens familie.

De uitstroom van patiënten naar ziekenhuizen buiten de regio heeft uiteraard ook negatieve consequenties voor de bedrijfsvoering van het ziekenhuis.

Concluderend kan gesteld worden dat de IGZ zich op basis van de informatie die haar ter beschikking staat in toenemende mate bezorgd maakt over het algemene kwaliteitsniveau van de zorg in beide ziekenhuizen, ondanks de grote inzet die de ziekenhuizen proberen te leveren.

4. Hoe beoordeelt de IGZ de toekomstige situatie bij ongewijzigd beleid? (het zg. *reddingsfusieverweer*)

4a. Wat is de verwachting van de IGZ dat er in de (nabije) toekomst zal gebeuren met betrekking tot kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit van zorg?

- Zoals hierboven beschreven, is voor vrijwel alle specialismen de personele omvang te gering. Dit betekent dat iedere keer elk vertrek van een specialist aanleiding is voor



grote zorg en snel leidt tot een crisisachtige situatie, omdat de continuïteit van zorg direct bedreigd wordt. Dit wordt juist op dit moment treffend geïllustreerd door de voorgenomen noodgedwongen samenvoeging op één locatie van de 2^e lijns verloskunde/gynaecologie als gevolg van het aangekondigde vertrek van drie gynaecologen.

Dergelijke samenvoegingen leiden – zoals is gebleken in tal van andere (pre)fusie-ziekenhuizen – vaak tot een cascade van noodgedwongen samenvoeging van andere functies, doordat de verschillende basisfuncties van een ziekenhuis grote samenhang hebben met elkaar en dus een sterke onderlinge afhankelijkheid hebben. Zo zal met de samenvoeging van de 2^e lijns verloskunde op één locatie ook de klinische kindergeneeskunde op dezelfde locatie samengevoegd dienen te worden.

- Het is niet meer mogelijk om m.b.t. de basisfuncties de gebruikelijke zorg in de volle breedte verantwoord uit te kunnen voeren. Voor noodzakelijke aandachtsgebied-verdeling is in geen van beide ziekenhuizen personele ruimte beschikbaar. Er zullen door maatschappen keuzes gemaakt dienen te worden welke zorg binnen een vakgebied nog wel verantwoord aangeboden kan worden en welke zorg niet meer. Er zal meer uitstroom van patiënten plaatsvinden voor een groter deel van het zorgaanbod. Dit kan tot effect hebben dat patiënten ook wegblijven voor het zorgaanbod dat nog wel aangeboden kan worden, als patiënten de voorkeur er aan geven om naar een ziekenhuis te gaan waar men voor het grootste gedeelte van de zorg terecht kan.

- De uitstroom van patiënten naar ziekenhuizen buiten de regio als gevolg van het bovenstaande maakt de spoeling voor verrichtingen, waar een minimaal aanbod voor aanwezig moet zijn om deze verrichtingen kwalitatief verantwoord te kunnen (blijven) voldoen, nog kleiner, hetgeen rechtsreeks bedreigend is voor de kwaliteit (veiligheid) van de zorg waardoor ook dat deel van het zorgaanbod onder druk komt te staan. De gevolgen voor de bedrijfsvoering van deze uitstroom kan deze problematiek alleen maar versterken door afname van de financiële mogelijkheden. Een neergaande spiraal zal het gevolg zijn.

4b. Leidt een fusie tot deze verslechterde situatie?

Antwoord op deze vraag is: nee, integendeel (zie ook het antwoord op vraag 5).

Onder vraag 2 en 3 is beschreven dat er in de huidige situatie voor de burger in Zeeland voor vrijwel alle basisziekenhuisfuncties beperkingen van zorg gelden zowel kwalitatief als kwantitatief; dit geldt voor de acute zorg, maar ook voor de electieve en chronische zorg. Hierdoor moet de burger in Zeeland regelmatig een beroep doen op ziekenhuizen buiten de regio op meer dan 100 km afstand.

4c. Leidt niet-fuseren ook tot de situatie dat mededinging verslechterd wordt?

Deze vraag heeft enerzijds betrekking op de concurrentiepositie van beide ziekenhuizen ten opzichte van elkaar, en anderzijds op de concurrentiepositie van elk van beide ziekenhuizen ten opzichte van ziekenhuizen buiten de regio.

Op zorg die niet (verantwoord) geleverd kan worden valt niet te concurreren. Er vindt voor die zorg terecht uitstroom naar buiten Zeeland plaats. Ook op zorg die noodgedwongen dichtbij het minimumniveau functioneert, valt moeilijk te concurreren. Integendeel, onderlinge concurrentie tussen beide ziekenhuizen zal onder de huidige



omstandigheden in hun huidige kwetsbaarheid (zowel kwalitatief als bedrijfsmatig) de verdere positie van beide ziekenhuizen alleen nog maar verder ondermijnen. In beide opzichten is de concurrentiepositie van de twee ziekenhuizen ten opzichte van ziekenhuizen buiten de regio slecht en deze zal bij ongewijzigde omstandigheden ook niet kunnen verbeteren.

4d. Wat is de conclusie van de IGZ?

De (nabije) toekomst van beide ziekenhuizen is uiterst onzeker, indien noodzakelijke fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) geblokkeerd zou worden. Dit wordt veroorzaakt door de kwetsbare personele formaties, het hiermee samenhangende kwaliteitsniveau van zorg in beide ziekenhuizen, het afnemend zorgaanbod, de hierdoor ontstane uitstroom van patiënten naar buiten de regio, en de concurrentiepositie van beide ziekenhuizen t.o.v. ziekenhuizen buiten de regio. Indien op grond van noodzakelijke mededinging fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) niet mogelijk zou zijn, verwacht de IGZ dat de huidige situatie niet zal (kunnen) verbeteren. Sterker nog: het is de stellige verwachting van de IGZ dat binnen afzienbare tijd - naar verwachting na een fase van steeds grotere problematiek (personele formatie, kwaliteit van zorg, afnemend zorgaanbod, bedrijfsmatige resultaten) - een van beide ziekenhuizen zijn basisfuncties niet langer (verantwoord) overeind zal kunnen houden. In dat geval zal het overblijvende ziekenhuis de functies van het andere ziekenhuis moeten overnemen, maar dan vanuit een veel slechtere uitgangssituatie. Materieel leidt dit "verelendings"scenario ertoe, dat er in dat geval ook één ziekenhuis in de regio ontstaat, maar dan niet vanuit een positief strategische keuze, maar vanuit een zeer zwakke uitgangssituatie. Dit scenario is voor de kwaliteit van zorg in de tussenliggende periode sterk bedreigend. De IGZ sluit niet uit dat zij in dat geval te gelegener tijd de Minister zal moeten adviseren in te grijpen. De IGZ heeft er begrip voor dat de burger, vanuit de verwachting dat ziekenhuiszorg altijd goed is, ziekenhuiszorg dichtbij in de eigen omgeving beschikbaar wil houden. In het geval van deze beide ziekenhuizen is de keuze echter anders. Continueren van de huidige situatie leidt op termijn tot: "*ongerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg dichtbij*" of zelfs tot geen verantwoorde zorg of helemaal geen zorg meer.

5. Hoe beoordeelt de IGZ de toekomstige situatie indien fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) wel mogelijk is? (het zg. *efficiëntieverweer*)

Fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) houdt volgens het fusieverzoek in dat er een ziekenhuis ontstaat met één hoofdlocatie in Goes, en een locatie in Middelburg en Zierikzee. De locatie in Goes wordt het centrum voor meer complexe en intensieve zorg waar de acute zorg geconcentreerd wordt, inclusief een IC niveau 2 en een op de acute zorg toegeruste SEH. De locatie in Middelburg wordt bestemd voor de goed planbare zorg en krijgt een 24-uurs spoedeisende zorgvoorziening. De locatie in Zierikzee wordt het centrum voor dagbehandeling. Verder worden op alle locaties adequate poliklinische voorzieningen ingericht.

Hierdoor ontstaat een middelgroot ziekenhuis (120 medisch specialisten, meer dan 600 bedden) met bijbehorende adherentie (minstens 250.000 inwoners).



5a. Wat is de verwachting van de IGZ dat er in de (nabije) toekomst zal gebeuren met betrekking tot kwaliteit, bereikbaarheid, continuïteit van zorg?

Wanneer beide ziekenhuizen de basisfuncties met de daarbij behoren de maatschappen mogen samenvoegen kunnen de beide verzorgingsgebieden tot één geheel gerekend worden en mogen de patiëntenaantallen bij elkaar opgeteld worden. Dit heeft tot gevolg dat de formatieve kwetsbaarheid bij medisch specialisten en medewerkers verleden tijd is. Hierdoor wordt het mogelijk om op verantwoorde wijze te komen tot verdeling van aandachtsgebieden per vakgroep met een voldoende formatieve bezetting per aandachtsgebied. Verantwoord functionerende aandachtsgebieden maken ook introductie van nieuwe technologieën mogelijk, waardoor het ziekenhuis "bij de tijd" kan blijven.

Met bovenstaande kan voldaan worden aan de criteria voor een niveau 2 IC. Ditzelfde geldt voor de SEH. Hierdoor kan de acute traumatologie op "normale" wijze functioneren. Ditzelfde geldt voor de andere basisfuncties. Met de komst van een niveau 2 IC is het verantwoord om patiënten langer dan 3 dagen te beademen en kunnen, in tegenstelling tot nu, ook de meer complexe OK-patiënten verantwoord in het ziekenhuis worden geopereerd. (On)geplande overplaatsingen naar ziekenhuizen buiten de regio zullen slechts zelden nog nodig zijn.

Gevolg zal zijn dat enerzijds een groot deel van de huidige uitstroom van patiënten naar andere ziekenhuizen buiten Zeeland niet meer nodig is, en dat anderzijds de aantrekkingskracht (ook voor zorg buiten de kantooruren) van dit ziekenhuis voor de Zeelandse bevolking zal toenemen, doordat dit ziekenhuis op niveau zal kunnen concurreren met de ziekenhuizen buiten zijn regio.

Ook zal het kwantitatief en kwalitatief mogelijk worden dat het ziekenhuis – naast het op verantwoord niveau aanbieden van basisziekenhuiszorg – kan kiezen voor speerpunten in zijn strategisch beleid, zowel transmuraal samen met de eerstelijnszorg, als intramuraal met betrekking tot opleidingsfunctie en mogelijk sommige topklinische functies (zoals interventiecardiologie).

Op deze wijze ontstaat een ziekenhuis dat ook op langere termijn effectieve, veilige, patiëntgerichte zorg zal kunnen aanbieden aan de bevolking.

5b. Aan welke condities moet dan worden voldaan?

Indien de twee ziekenhuizen toestemming krijgen voor fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) zal de IGZ erop toezien dat aan een aantal voorwaarden zal worden voldaan:

- Om de meerwaarde van de fusie te kunnen realiseren zullen alle vakgroepen moeten fuseren.
- De bereikbaarheid voor acute zorg zal moeten worden gegarandeerd. Zo nodig dient de spreiding van de ambulanceposten en eventueel het aantal ambulances aangepast te worden.

NB: Door minder uitstroom van acute en ernstige patiënten naar buiten de regio (traumatologie, cardiologie, perinatale zorg, complicaties van zorg in het ziekenhuis, topklinische zorg) vermindert de hierdoor ontstane huidige druk op het ambulancevervoer.

- De ziekenhuizen dienen in het bijzonder aandacht te besteden aan de verloskundige zorg. De concentratie van de 2^e lijns verloskunde op één locatie (Goes) heeft direct



gevolgen voor de 1^e lijns verloskunde. De afstand vanuit Walcheren tot de 2^e lijnsverloskunde neemt toe. De 1^e lijnsbevallingen zullen zich grotendeels verplaatsen van thuis naar een eerstelijns centrum voor verloskunde bij of in het ziekenhuis. Dit aspect moet betrokken worden bij de beoordeling van het ambulancevervoer en de formatie van het aantal eerstelijns verloskundigen (bij een bevalling in het 1^e lijns centrum bij of in het ziekenhuis zijn zij immers langer dan nu afwezig uit hun regio en daardoor niet beschikbaar).

NB: Na de verplaatsing in 1998 van de 2^e lijns verloskunde van Zierikzee naar Goes zijn de mogelijkheden voor thuisbevallingen op Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland ook drastisch afgenomen. Ook in Zeeuws-Vlaanderen is het al langere tijd niet mogelijk om thuis te bevallen.

- Bovenstaande aandachtspunten vallen deels buiten de competentie van het ziekenhuisbestuur. Actieve bemoeienis van zorgverzekeraars en de overheid is daarbij geboden.
- Het fusieproces op zich vraagt – zoals bij alle fusies van ziekenhuizen - snelle actie en doortastend bestuur. Het in elkaar schuiven van alle functies, leiding en managementlagen vraagt veel energie, die dan niet beschikbaar is voor de patiëntenzorg. Voor het welslagen van de fusie is, naast de inspanningen intern, optimaal extern overleg nodig met onder andere de 1-lijns partners en de zorgverzekeraars.

5c. Komen deze voordelen ten gunste van de patiënten?

Ja. Alle beschreven voordelen komen ten gunste van de zorg aan patiënten. Dit wordt mogelijk doordat het ziekenhuis formatief, kwalitatief en kwantitatief beter zal kunnen functioneren. (Naar verwachting geldt dit ook voor het bedrijfsmatig functioneren: hier heeft de IGZ geen onderzoek naar gedaan).

5d. Zijn deze voordelen ook op andere manieren te bereiken?

De beschreven problemen van de huidige situatie in beide ziekenhuizen lijken ogenschijnlijk opgelost te kunnen worden door het aantrekken van meer specialisten en meer (gespecialiseerde) medewerkers per ziekenhuis (op voorwaarde dat er ook meer geld hiervoor beschikbaar wordt gesteld).

Zo dat al mogelijk is (hetgeen de IGZ sterk betwijfelt in verband met de arbeidsmarkt en de aantrekkingskracht van deze ziekenhuizen), dan treden er andere problemen op. Beide ziekenhuizen afzonderlijk genereren op basis van de eigen patiëntenaantallen te weinig zorgvraag (te weinig patiënten en te weinig verrichtingen). Dit is niet passend bij een grotere maatschap met meer formatie. Van veel zorgverrichtingen is bekend dat het noodzakelijk is om een minimum aantal ervan uit te voeren teneinde de kwaliteit van uitvoering van de zorg te garanderen. De verhouding aantal zorgverleners vs. beschikbare zorgverrichtingen is van belang voor de kwaliteitshandhaving. Het is ook de vraag of hiermee de concurrentiepositie van beide ziekenhuizen bij de onderhandelingen met de zorgverzekeraars niet zou worden geschaad doordat het ziekenhuizen noodgedwongen hogere tarieven per DBC zal moeten rekenen. De adherentie van beide ziekenhuizen is te gering om zowel kwalitatief als kwantitatief boven de Westerschelde twee volledig geoutilleerde basisziekenhuizen te kunnen blijven exploiteren.



In dit kader is ook het volgende van belang.

Naar voren is gekomen dat beide ziekenhuizen vanuit een onderling concurrerende situatie zouden kunnen komen tot vormen van intensieve samenwerking op onderdelen, met name voor die functies waar beide ziekenhuizen bedreigd zijn, of voor die functies die elk ziekenhuis apart zich niet kan veroorloven (deskundigheid, volumen aan patiënten, financieel). De vraag reist of daarmee niet dezelfde voordelen bereikt kunnen worden, maar dan zonder fusie van beide ziekenhuizen.

De IGZ wil hierbij het volgende opmerken.

Intensieve samenwerking bij bepaalde zorgfuncties (zoals b.v. acute zorg, verloskunde, kindergeneeskunde, bepaalde aandachtsgebieden binnen de vakgroepen chirurgie, interne, gynaecologie, cardiologie, enz.) vereist dat de betrokken medisch specialisten hierbij onderling geen concurrerende belangen hebben. Dit betekent dat financiële regelingen getroffen zouden moeten worden om eventuele ongewenste inkomensverschuivingen op te vangen; in de praktijk betekent dit vrijwel altijd fusie van de betrokken maatschappen, die daardoor onderling ook niet meer behoeven te concurreren.

Daarnaast ontstaat er door samenwerking op specialistische aandachtsgebieden altijd een lateralisatie van deze aandachtsgebieden naar één van beide ziekenhuizen. Reden is dat specialistische aandachtsgebieden alleen verantwoord kunnen worden uitgeoefend, wanneer deze geconcentreerd worden op één van beide locaties, waar specifieke ondersteunende functies, gespecialiseerde medewerkers, speciale apparatuur en afdelingen (zoals IC, OK-faciliteiten, specifieke endoscopie) direct beschikbaar zijn. Bovendien dienen deze voor meerdere specialismen beschikbaar te zijn. Dit leidt ertoe dat deze concentratie van functies in één van de beide ziekenhuizen zal plaatsvinden (*lateralisatie van functies op één locatie*). Op deze wijze ontstaan er twee niet meer gelijkwaardige zelfstandige ziekenhuizen, die om die reden dan ook niet meer gelijkwaardig met elkaar zullen kunnen concurreren. Dit heeft grote consequenties voor de aantrekkingskracht van een van de beide ziekenhuizen, positie in de regio, het werk van de medisch specialisten, aantrekkingskracht voor nieuwe specialisten en medewerkers, bedrijfsvoering en financiën (financiële herallocaties, inkomsten). Totstandkoming van deze voor kwaliteit en continuïteit essentiële vormen van samenwerking vraagt bovendien eenduidige leiding, zowel op bestuursniveau als op het niveau van de medische staf, waarbij het gemeenschappelijke belang prevaleert boven concurrerende belangen, met name als beide ziekenhuizen hierdoor niet meer gelijkwaardig zijn.

Concluderend acht de IGZ het vanuit deze overwegingen daarom eigenlijk niet mogelijk dat zonder fusie deze voor de kwaliteit en continuïteit van zorg essentiële vormen van samenwerking tot stand zullen komen.

5e. Zijn de te behalen voordelen voldoende verifieerbaar?

De huidige situatie van de ziekenhuizen is zeer zorgelijk. De verwachting bij ongewijzigd beleid is dat een of beide ziekenhuizen niet zal (zullen) kunnen overleven. Een gefuseerd ziekenhuis met de daarbij behorende personele, kwalitatieve en financiële mogelijkheden met voldoende adherentie kan – mits goed bestuurd – alle beschreven problemen en bedreigingen veranderen in de beschreven meerwaarde, met daarbij een versterkte



concurrentiepositie ten opzichte van ziekenhuizen buiten de regio. Dit is ook voor zorgverzekeraars aantrekkelijk.

NB: Zorgverzekeraar CZ heeft aangegeven een krachtig voorstander te zijn van een fusie tussen beide ziekenhuizen. Vanuit marketing-overwegingen maken zij dit standpunt tot dusver niet publiekelijk bekend. (Persoonlijke mededeling van de Raad van Bestuur van CZ.)

5d. Wat is de conclusie van de IGZ

Fusie maakt het mogelijk dat de basisziekenhuisfuncties (inclusief de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden met voldoende formatieve dekking) voor Midden en Noord Zeeland behouden kunnen blijven.

Het zal mogelijk zijn het niveau van de IC en de SEH te verhogen, waardoor het ziekenhuis zowel voor de acute zorg als voor de electieve zorg op basisniveau garant kan staan.

Bovendien is het zeer waarschijnlijk dat dit ziekenhuis ook enkele speerpunten op het gebied van onderwijs en topklinische zorg zal kunnen ontwikkelen.

Uitstroom naar buiten de regio zal sterk afnemen.

De concurrentiepositie van dit ziekenhuis ten opzichte van ziekenhuizen in de naburige regio's zal sterk toenemen.

De keuze voor patiënten zal toenemen voor tenminste de basisvoorzieningen.

Wel zal voldaan moeten worden aan een paar belangrijke voorwaarden, die deels binnen, deels buiten de directe competentie van het ziekenhuisbestuur liggen.

6. Wat is het advies van de IGZ?

De IGZ adviseert de NZa met klem om conform het fusieverzoek van de Oosterschelde Ziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren deze fusie mogelijk te maken.

Belangrijkste argumenten hiervoor zijn:

1. Bij ongewijzigd beleid (verbod tot fusie) kan niet worden gegarandeerd dat de basisziekenhuisfuncties in deze regio behouden kunnen blijven. Beide ziekenhuizen zijn buitengewoon kwetsbaar in formatieve zin en in kwaliteit van zorg. Onderlinge concurrentie zal deze situatie niet kunnen verbeteren, integendeel.

De kans dat beide ziekenhuizen in een "verelendung"spiraal terecht komen totdat één van beide ziekenhuizen "omvalt" is zeer reëel. Dit is een directe bedreiging voor de kwaliteit van zorg. De IGZ sluit niet uit dat zij te eniger tijd de minister zal moeten adviseren in te grijpen wanneer een of beide ziekenhuizen niet meer kan (kunnen) voldoen aan minimumkwaliteitseisen.

Materieel kan een en ander tot gevolg hebben, dat er uiteindelijk toch maar één ziekenhuis overblijft, maar dan vanuit een zeer negatieve uitgangssituatie.

Vanuit deze optiek is een fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) onvermijdelijk: het zg. reddingsfusieverweer.

2. Het mogelijk maken van een fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) geeft het bestuur de mogelijkheid om een ziekenhuis te creëren met een gezonde basis m.b.t. adherentie, formatie, functies en aandachtsgebieden. Op deze wijze wordt de basisziekenhuiszorg voor deze regio behouden. Dit geldt voor de acute zorg, de electieve zorg en de chronische zorg.



Daarnaast wordt het mogelijk om als ziekenhuis ook bepaalde speerpunten te ontwikkelen.

De concurrentiepositie van dit ziekenhuis ten opzichte van ziekenhuizen in de naburige regio's zal sterk toenemen. De keuzemogelijkheden voor de patiënt nemen toe.
Vanuit deze optiek voldoet een fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) aan het zg. efficiëntieverweer, mits voldaan wordt aan een aantal beschreven voorwaarden.

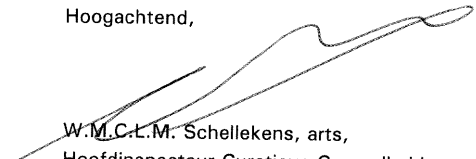
Een en ander is uitgewerkt in dit advies en nader onderbouwd in de bijlage *Bouwstenen fusieadvies*, die integraal onderdeel uitmaakt van dit IGZ advies.

In de zijlijn wil de IGZ nog drie kanttekeningen maken:

- Naast bovenstaande overwegingen van kwalitatieve aard spelen ook bedrijfsmatige aspecten een belangrijke rol om kwalitatief verantwoorde zorg mogelijk te maken. De IGZ heeft deze niet onderzocht.
- Er is ook een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars weggelegd om vanuit hun verantwoordelijkheid mee te werken aan het behoud van de basisziekenhuiszorg in deze regio.
- In dit advies wordt gesproken over fusie. Het is niet aan de IGZ om zich uit te spreken over de wijze waarop deze bestuurlijk-juridisch vorm gegeven zou kunnen worden, of om eventuele andere (juridische) vormen van intensieve samenwerking te beoordelen. Het zal noodzakelijk zijn dat het bestuur c.q. de besturen vanuit een krachtige positie leiding moeten kunnen geven vanuit één publiek belang: het behoud van de basisziekenhuiszorg voor deze regio. De IGZ is van mening dat dit proces slechts tot een goed einde gebracht kan worden als sprake is van één bestuurlijk-juridische en financiële eenheid.

De IGZ is dus een groot voorstander van een volledig bestuurlijke fusie en adviseert de fusieaanvraag te ondersteunen.

Hoogachtend,



W.M.C.L.M. Schellekens, arts,
Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg

Bijlage: Bouwstenen fusieadvies

BOUWSTENEN FUSIEADVIES

**betreffende de melding van de voorgenomen concentratie tussen
Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (SOZ) en Ziekenhuis Walcheren
(ZW)**

Bijlage bij het advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg
(IGZ) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

IGZ, 24 oktober 2008

Inhoudsopgave

1.	Inleiding, toetsingskader IGZ	blz.	3
2.	Locaties en verzorgingsgebied SOZ en ZW	blz.	6
3.	Beschrijving verleden, heden en toekomst van de zorggebieden	blz.	7
	3.1 Acute zorg, SEH en IC	blz.	7
	3.2 Interne Geneeskunde	blz.	10
	3.3 Chirurgie/orthopedie/traumatologie	blz.	11
	3.4 Gynaecologie/verloskunde	blz.	13
	3.5 Kindergeneeskunde	blz.	15
	3.6 KNO geneeskunde	blz.	18
	3.7 Oogheelkunde	blz.	18
	3.8 Neurologie	blz.	18
	3.8 Cardiologie	blz.	19
4.	Resultaten toezichtactiviteiten	blz.	21
	4.1 Thematisch Toezicht	blz.	21
	4.1.1 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)	blz.	21
	4.1.2 Signalering kindermishandeling op de SEH-afdeling	blz.	21
	4.1.3 Kwaliteit van zorg op de Intensive Care (niveau 1)	blz.	23
	4.1.4 Minimaal invasieve chirurgie (MIC)	blz.	25
	4.1.5 Toezicht Operatief Proces (TOP)	blz.	26
	4.1.6 De kwaliteit van het Medisch Microbiologisch Laboratorium (MML)	blz.	28
	4.2 Overzicht prestatie-indicatoren 2004 t/m 2007	blz.	30
5.	Samenvatting van bevindingen	blz.	54

Bijlagen

1. Lijst van geraadpleegde stukken
2. Antwoorden op de vragen van NMa, ontvangen van de NZa bij brief van 5 september 2008 (kenmerk: 0800029805 JWES/escs/I/o8/948)
3. Antwoorden op de vragen van NMa, dd 17 november 2008 (kenmerk: 6424/273.B928)

1. Inleiding en toetsingskader

Deze bijlage maakt integraal onderdeel uit van het advies van de IGZ aan de NZa inzake het fusievoornemen van Stichting Oosterscheldeziekenhuizen (SOZ) en Ziekenhuis Walcheren (ZW). Dit inspectieadvies wordt door de NZa als zelfstandig advies meegenomen bij haar advisering aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die vervolgens zal besluiten of een fusie tussen SOZ en ZW is toegestaan.

Bij de beoordeling van een mogelijke fusie c.q. intensieve vormen van samenwerking spelen drie belangen een rol:

Publieke belangen: het gaat hier om beschikbaarheid/continuïteit, toegankelijkheid/bereikbaarheid, kwaliteit (effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid, gelijkheid), betaalbaarheid van zorg en de publieke verantwoording hierover.

Sturing geschiedt vanuit wet/regelgeving en normen/richtlijnen van veldpartijen.

Private belangen: deze betreffen levensvatbaarheid en overleving van zorginstellingen/zorg-verzekeraars, reputatie, invloed/zeggenschap, concurrentiekracht, onderhandelingsmacht.

Sturing is daarbij vaak gebaseerd op ruil tussen gelijkwaardige partners gebaseerd op onderhandelingen (overeenkomsten).

Professionele belangen: hier gaat het om kennis, kennisvermeerdering en kennistoepassing, innovatie en behoud van kennismonopolie, groepsbinding, interne professionele sturing, landelijke beïnvloeding door wetenschappelijke verenigingen.

Toetsingskader IGZ

De IGZ vervult bij de belangenafweging een publieke functie vanuit een onafhankelijke positie. Zij ziet toe op de publieke belangen vanuit het perspectief van de burger/patiënt onder het motto:

"gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg".

Onder verantwoorde zorg wordt verstaan **effectieve, veilige** en **patiëntgerichte** zorg (Kwaliteitswet Zorginstellingen). Om deze verantwoorde zorg voor alle burgers/patiënten beschikbaar te hebben zijn daarbij nog essentieel **continuïteit** van zorg en **bereikbaarheid**. Zonder deze laatste twee toetsingscriteria kan er immers geen sprake zijn van verantwoorde zorg.

(Natuurlijk zijn ook nog van belang doelmatigheid, betaalbaarheid, financiële toegankelijkheid, serviceaspecten van zorg, maar deze toetsingscriteria vormen geen onderdeel van het toezicht door de IGZ.)

Dit houdt in dat de IGZ in ieder geval de ondergrens bewaakt van deze toetsingscriteria en tegelijk het prestatieniveau op het gebied van effectiviteit, veiligheid en patiëntgerichtheid van de 10-20% best presterende beschouwt als streefnorm voor alle zorgaanbieders.

De IGZ baseert zich bij de toepassing van deze toetsingscriteria waar mogelijk op bestaande wet- en regelgeving en bestaande veldnormen. Niet voor alle toetsingscriteria zijn echter veldnormen beschikbaar. Indien dit noodzakelijk is vormt de IGZ hierbij vanuit publiek belang haar eigen toezichtnormen.

Het **toetsingscriterium "bereikbaarheid"** past de IGZ als volgt toe:

Voor de *acute zorg* zijn er minimum-normen voor bereikbaarheid. Deze acute zorg moet voor alle burgers/patiënten beschikbaar zijn en voldoen aan de genoemde kwaliteitseisen.

Voor *electieve zorg* zijn normen voor bereikbaarheid veel minder zinvol. Dit betreft vaak "once in a lifetime"- gebeurtenissen, waarbij de patiënt tijd heeft voor een eigen keuzeafweging en vaak bereid is grotere afstanden af te leggen indien hij/zij weet dat dit vanuit kwaliteit van zorg beter is. Hierbij maakt de IGZ onderscheid in basis-ziekenhuisfuncties, die vanuit Nederlands referentiekader voor iedere burger/patiënt binnen redelijke afstand bereikbaar moeten zijn, en meer gespecialiseerde functies, die vanuit kwaliteitsoptiek (relatie volumen - kwaliteit) vragen om specialisatie en concentratie.

Voor *zorg bij chronische patiënten* is het eveneens van belang dat deze binnen redelijke afstand beschikbaar is; dit betreft immers zorg die jarenlang nodig blijft.

Met de Minister van VWS stelt de IGZ zich op het standpunt dat borging van de kwaliteit van zorg prioriteit heeft boven bereikbaarheid van zorg. Immers goed bereikbare zorg die niet langer voldoet aan minimale kwaliteitseisen geeft aan de burger/patiënt een onterecht vertrouwen in verantwoorde zorg (*schijnveiligheid*).

Dit laatste uitgangspunt kan grote sociaal-maatschappelijke en dus ook politieke consequenties hebben.

Het **toetsingscriterium "continuïteit"** betreft de inschatting of op korte en/of middellange termijn een essentiële ziekenhuisfunctie behouden kan blijven. Dit wordt onder meer bepaald door de omvang van de vraag naar deze functie (minimale adherentie voor deze functie, minimaal aantal verrichtingen om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen blijven leveren) en de hiervoor noodzakelijke minimale omvang van formatie van medisch specialisten en (gespecialiseerde) medewerkers (24-uurs beschikbaarheid, voldoende aanbod van zorg, aantrekkelijkheid van werkomgeving).

De IGZ maakt bij haar toezichthoudende functie onderscheid tussen enerzijds het *leveren van verantwoorde zorg* (resultaatindicatoren) en anderzijds het voldoen aan *voorwaarden die noodzakelijk zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren* (structuur- en procesnormen).

Valide en betrouwbare informatie of verantwoorde zorg daadwerkelijk wordt geleverd is nog vrijwel niet beschikbaar.

In dit toetsingskader gaat het (mede daarom) vooral over voorwaarden die noodzakelijk zijn om verantwoorde zorg te kunnen leveren.

De IGZ spitst haar advisering toe op de **basis-ziekenhuisfuncties** die vanuit publiek belang voor alle bewoners in Zeeland beschikbaar moeten blijven.

Dit betreffen:

- Acute zorg: traumazorg en acute zorg bij onderstaande functies, evenals SEH en IC;
- Interne geneeskunde;
- Chirurgie/orthopedie;
- Gynaecologie/verloskunde
- Kindergeneeskunde
- KNO geneeskunde
- Oogheelkunde
- Neurologie;
- Cardiologie.
- Medische ondersteunende afdelingen zoals Radiologie, Klinisch Chemisch Laboratorium, pathologie, etc.

De IGZ onderkent daarbij dat ontwikkelingen in de ziekenhuiszorg ook van invloed kunnen zijn op andere zorggebieden zoals de 1^e lijns verloskunde en de ambulancezorg.

Binnen deze basisfuncties vindt in toenemende mate verdeling van aandachtsgebieden plaats. Met name bij de grotere functies (interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie) is het niet meer mogelijk en ook niet verantwoord dat een specialist "het vak in de volle breedte" uitoefent. Hieruit vloeit voort dat vakgroepen niet te klein mogen zijn om deze noodzakelijke en belangrijke verdeling van aandachtsgebieden mogelijk te maken.

NB: Verdeling van aandachtsgebieden is niet hetzelfde als subspecialisatie. Het gaat dan om functies waarvoor een veel grotere patiëntenomvang noodzakelijk is; hiervoor is concentratie onvermijdelijk en deze functies kunnen en hoeven ook niet meer in alle ziekenhuizen aangeboden te worden: deze vallen niet onder het begrip basisfuncties.

Bij de uitwerking van deze functies zal de IGZ per functie een beschrijving geven (voor zover IGZ over deze informatie beschikt) van:

Inspectie voor de Gezondheidszorg

- de situatie in het verleden;
- de huidige situatie;
- en de te verwachten toekomstige situatie bij uitblijven van de voorgenomen concentratie tussen SOZ en ZW en
- de te verwachten toekomstige situatie na implementatie van de voorgenomen concentratie.

De beschrijvingen van de verschillende situaties refereren zoveel mogelijk aan de genoemde toetsingscriteria en zijn met name gericht op de aspecten van de zorg die bepalend zijn voor de kwaliteit ervan.

NB:

Deze bijlage bij het advies is gebaseerd op de informatie, waarover de IGZ zelf beschikt, op de informatie behorende bij de fusiemelding van SOZ en ZW aan NMa, welke informatie de IGZ vervolgens heeft ontvangen van de NZa, en op de informatie die de IGZ rechtstreeks van het SOZ en ZW heeft ontvangen.

2. Locaties en verzorgingsgebied SOZ en ZW

De Stichting Oosterscheldeziekenhuizen, met hoofdlocatie te Goes en nevenlocatie in Zierikzee, is in 1981 ontstaan uit de fusie van het Ziekenhuis De Bevelanden te Goes en het Zweeds Rode-Kruis Ziekenhuis te Zierikzee. De Oosterscheldeziekenhuizen heeft een capaciteit van 364 bedden. De hoofdlocatie aan de 's Gravenpolderseweg 114 te Goes heeft circa 30.600 m² vloeroppervlakte beschikbaar voor ziekenhuisfuncties. De nevenlocatie aan de Koning Gustaafweg 2 te Zierikzee is in gebruik als buitenpolikliniek en dagziekenhuis. De voor ziekenhuisfuncties beschikbare bruto vloeroppervlakte bedraagt circa 7.900 m².

Ziekenhuis Walcheren beschikt op de hoofdlocatie aan de Koudekerkseweg 88 te Vlissingen over circa 29.500 m² bruto vloeroppervlakte voor ziekenhuisfuncties. Op de nevenlocatie aan het Noordbolwerk 33-35 te Middelburg beschikt het ziekenhuis over twee gebouwen waarin buitenpolikliniekfuncties zijn ondergebracht.

Ziekenhuis Walcheren heeft een capaciteit van 345 (excl. PAAZ) bedden.

De hele provincie Zeeland (inclusief Zeeuws-Vlaanderen) heeft ongeveer 380.000 inwoners. Het totale verzorgingsgebied van de Oosterscheldeziekenhuizen en Ziekenhuis Walcheren is voor de Nederlandse begrippen dunbevolkt en heeft een beperkte infrastructuur. Het totale verzorgingsgebied omvat Zeeland boven de Westerschelde, met uitzondering van het eiland Tholen. Het hart van het verzorgingsgebied bestrijkt de eilanden Noord- en Zuid-Beveland en Walcheren, ofwel het gedeelte van Zeeland tussen Oosterschelde en Westerschelde. Elk van de ziekenhuizen bedient een eigen deel van het verzorgingsgebied; er is weinig overlap.

De kern van het verzorgingsgebied van de Oosterscheldeziekenhuizen wordt gevormd door de gemeenten Goes, Borssele, Noord-Beveland, Kapelle, Reimerswaal en Schouwen-Duiveland en heeft een bevolkingsomvang van ongeveer 134.000 inwoners. Vanuit Reimerswaal vindt voor de basiszorg enige uitstroom plaats naar het ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom; vanuit Schouwen-Duiveland vindt enige uitstroom voor basiszorg plaats naar het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland alsmede naar ziekenhuizen in Spijkenisse en Rotterdam. De gemeente Tholen is voor de basiszorg vrijwel volledig gericht op het ziekenhuis Lievensberg te Bergen op Zoom.

De kern van het verzorgingsgebied van het Ziekenhuis Walcheren omvat de gemeenten Vlissingen, Veere en Middelburg en heeft een bevolkingsomvang van ongeveer 114.000 inwoners. Ondanks de opening van de Westerscheldetunnel vindt nauwelijks uitstroom plaats naar Ziekenhuis ZorgSaam te Zeeuws-Vlaanderen (locaties in Terneuzen, Oostburg en Hulst).

3. Beschrijving verleden, heden en toekomst van de zorggebieden

3.1 ACUTE ZORG, SEH EN IC

Verleden

SOZ:

-zomerperiode 2000 --> SEH enkele dagen gesloten in verband met tekort aan artsen

-2004: uit inspectieonderzoek blijkt dat de verpleegkundige bezetting buiten kantooruren, in relatie tot het aantal patiënten dat de SEH bezoekt, minimaal is.

ZW:

-oktober 1999 --> tijdelijke openingsbeperking van de SEH in de weekenden ivm tekort aan personele bezetting.

Huidige situatie

De huidige productiegegevens zijn:

2006	SOZ	ZW
Aantal presentaties SEH	10822	13057
Aantal zelfverwijzers	1948 (18%)	5225 (40%)
Aantal verwezen patiënten	8874	7832
Aantal opnames na presentatie SEH	4654	4700
Aantal A1 ritten (acuut vervoer)	2406	2291
Aantal A2-ritten (direct vervoer)	1346	1270

Bovenstaande tabel laat zien dat in 2006 in ZW en SOZ bijna 24.000 patiënten zijn gepresenteerd op de Spoedeisende Hulp (SEH). Uit een analyse van de patiëntenstromen blijkt dat van deze patiënten ongeveer 60% procent ingeschreven werd voor de vakgroep chirurgie/orthopedie, 13% voor de cardiologen, 11% voor de interne geneeskunde en 7% voor de neurologen.

Het hoge aantal zelfverwijzers in ZW wordt vooral bepaald door het aantal zelfverwijzers met 1^e-lijnsopathie. Volgens de informatie van het SOZ en ZW is er in de beoordeling van patiënten welke hulp geboden is, nog te weinig samenhang tussen de partijen ambulancediensten, ziekenhuizen en huisartsen.

Van de bijna 24.000 patiënten hadden 500 patiënten (=2%) op basis van hun letsel moeten worden doorverwezen naar een ziekenhuis buiten de regio Zeeland. Conform regionale afspraken betreft dit ziekenhuizen in de regio Rotterdam. Betreffende patiënten hadden dan over ruim 100 km moeten worden vervoerd. Afwegingen van hulpverleners ter plaatse hebben in 90% van de situaties geresulteerd in een keuze voor opvang in het SOZ of ZW om reden van nabijheid, ter vermijding van de risico's van het transport van de patiënt naar een ziekenhuis op meer dan 100 km buiten de regio Zeeland.

In de huidige situatie wordt er zowel in het Oosterscheldeziekenhuis als in Ziekenhuis Walcheren SEH en IC zorg verleend.

Voor de spoedeisende hulp als zodanig bestaat nog geen formele levelindeling. Wel is er basis van de netwerksafspraken van de traumazorgregio Zuidwest Nederland (zowel het SOZ als het ZW maken hier onderdeel van uit) een oordeel uit te spreken over het profiel van traumazorg en de SEH van beide ziekenhuizen.

De Nederlandse Vereniging voor Traumatologie heeft in haar beleidsplan 'Traumatologie in Perspectief' in hoofdstuk 7 de Klinische traumazorg; Regionalisatie en Ziekenhuisvormen de gewenste verbeteringen binnen de traumazorg beschreven. Binnen één regionaal traumazorgnetwerk

(=traumacentrum met ziekenhuizen binnen de regio) worden de ziekenhuizen in drie profielen ingedeeld. Ieder ziekenhuis heeft daarin zijn eigen rol. Het profiel (1,2 of 3) van een ziekenhuis wordt vastgesteld aan de hand van de faciliteiten die het ziekenhuis op diverse niveaus kan leveren. Het SOZ en ZW zijn beiden naar eigen zeggen een 'profiel drie' ziekenhuis. Profiel drie kent twee varianten, het minimale profiel en het wenselijke profiel. Op basis van het aantal verwezen patiënten scoren beide ziekenhuizen op de minimale variant. Kijkend naar de aanwezigheid/nabijheid van voorzieningen als OK, IC, röntgen, lab, beschikbaarheid specialisme en overige criteria dan scoren beide ziekenhuizen naar eigen zeggen op het niveau van de wenselijke variant.

Wanneer deze profielindeling strikt gehanteerd zou worden, betekent dit dat in de huidige situatie jaarlijks 500 patiënten doorverwezen zouden moeten worden naar een ziekenhuis buiten de regio om aan deze patiënten verantwoorde traumatologische en IC opvang te kunnen bieden.

Beide ziekenhuizen hebben een niveau 1 IC. De beschikbaarheid van intensivisten in beide ziekenhuizen (beide ziekenhuizen beschikken over 1 FTE intensivist) is aan de magere kant. In beide ziekenhuizen is 's nachts geen intensivist aanwezig en/of bereikbaar. Deze diensten worden nu verricht door internisten met IC ervaring.

Beide ziekenhuizen dienen volgens de richtlijnen patiënten, die meer dan 72 uur intensieve zorg behoeven, naar een ziekenhuis met een IC niveau 2 of hoger door te sturen. Dit omdat niveau 1 IC's niet die kwaliteit kunnen bieden die passend is voor deze categorie patiënten. In Zeeland is geen ziekenhuis met een IC van een hoger niveau dan niveau 1.

Dit betekent dat patiënten over lange afstanden (meer dan 100 km) vervoerd dienen te worden naar een ziekenhuis buiten de regio Zeeland, bijvoorbeeld naar Rotterdam, Breda of Antwerpen. Vanwege de lange transferafstand, welke risico's voor de patiënt meebrengt, kiezen hulpverleners er niet voor om patiënten te vervoeren naar een ziekenhuis met een hoger IC niveau buiten de regio Zeeland.

Hierdoor komt het voor dat patiënten langer aan de beademing liggen op de IC's van het SOZ en ZW dan de toegestane 3 dagen. Dit komt tot uitdrukking in de hoogte van de gemiddelde beademingsduur van beide ziekenhuizen. Voor het SOZ is dit de gemiddelde beademingsduur 7,29 dagen en voor ZW is de gemiddelde beademingsduur 3,79 dagen (gebaseerd op gegevens van 2006).

Ook komt het regelmatig voor (ongeveer 20% van de tijd) dat de aanwezige beademingscapaciteit op de IC's volledig is benut, waardoor plaatsing van nieuwe beademingsbehoeftige patiënten op de IC's in SOZ en ZW niet mogelijk is.

Bovenstaande heeft ook tot gevolg dat de chirurgie in het SOZ en ZW beperkt is; chirurgische ingrepen waarvan verwacht mag worden dat postoperatieve nazorg (langer dan 3 dagen) op de intensive care noodzakelijk is, kunnen niet in deze ziekenhuizen verricht worden.

Er is dus op dit moment sprake van een toegankelijkheidsprobleem voor tenminste 500 patiënten per jaar die IC of SEH zorg van een hoger niveau nodig hebben dan in Zeeland geboden kan worden.

Toekomstige situatie

Door striktere hantering van de normen die naar verwachting in de toekomst, onder andere binnen de traumatologie, gehanteerd zullen (moeten) worden, is de verwachting dat alle patiënten die volgens diezelfde criteria niveau twee zorgbehoeftig zijn, doorverwezen moeten worden naar een ziekenhuis buiten Zeeland. Hierdoor zal de uitstroom van deze categorie patiënten naar ziekenhuizen buiten Zeeland toenemen. Ook duikongevallen zullen niet meer opgevangen kunnen worden in Zeeland.

Een verlies van patiënten met een IC niveau 2 indicatie heeft direct tot gevolg dat de huidige kennis en kunde van specialisten, verpleegkundigen en andere medisch ondersteunende functies binnen de Zeeuwse Ziekenhuizen onbenut blijft, niet meer kan worden onderhouden en/of opgebouwd en op langere termijn wordt verloren. Voor specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen betekent dit een minder aantrekkelijke werkomgeving met als mogelijk gevolg uitstroom van specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen uit Zeeland naar elders. Tevens is te verwachten, zoals ook al in het verleden is gebeuren, dat ontstane vacatures moeilijk of niet te vervullen zullen zijn. Hiermee komt de bereikbaarheid en kwaliteit van de acute zorg in het SOZ en ZW nog meer onder druk te staan. De

verwachting is dat bij het uitblijven van de concentratie tussen SOZ en ZW de bereikbaarheid en de kwaliteit van de acute zorg in het SOZ en ZW niet meer gegarandeerd kunnen worden.

Wanneer door een strikter hanteren van de regels meer patiënten moeten worden doorverwezen naar een ziekenhuis buiten de regio, dan leidt dit tot toenemend ambulancevervoer buiten de regio. Op basis van ervaringscijfers zullen tenminste 500 ritten buiten de regio plaatshebben. Dit Antwoord op vraagt minimaal 3 uur per rit. Op jaarbasis wordt hiermee de volledige inzet van 1 ambulance gemist (1500 uur). Hiermee komt de paraatheid van de ambulancezorgverlening binnen Zeeland in gevaar.

Ten aanzien van de rampenopvang dient het volgende in ogenschouw te worden genomen. Het RIVM rapport van 2004, waarin de rampenopvang in Nederland in beeld wordt gebracht, laat zien dat het voorzieningenniveau van Zeeland op achterstand staat t.o.v. de rest van Nederland. Zeeland is de enige provincie die als geheel bij grote ongevallen het zogenaamde "golden hour" ruim overschrijdt vanwege de afstand (meer dan 100 km) naar het dichtstbijzijnde traumacentrum. De Zeeuwse ziekenhuizen bevinden zich in een gebied dat sterk beheerst wordt door petrochemische industrie en intensief vrachtverkeer over de Westerschelde. In een rampsituatie is adequate opvang in de Zeeuwse ziekenhuizen van wezenlijk belang. Echter, de zorgvoorzieningen binnen de Zeeuwse ziekenhuizen zijn in relatie tot deze risico's te beperkt, waardoor ook de opvangmogelijkheden ten tijde van een ramp te beperkt zijn.

De voorgenomen fusie tussen SOZ en ZW biedt de mogelijkheid om op één locatie een IC uit te bouwen tot een niveau 2 IC met daarnaast op een andere locatie een niveau 1 IC uitsluitend ter eerste stabilisatie van patiënten.

Een dergelijke situatie biedt ook de mogelijkheid om een adequaat team van intensivisten en gespecialiseerde verpleegkundigen aan te stellen die, ten gevolge van de uitbreiding van het aantal IC bedden op één locatie, voldoende patiënten zien om de kwaliteit van zorgverlening op peil te kunnen houden. Een dergelijke setting heeft naar verwachting voldoende aantrekkingskracht op intensivisten en gespecialiseerde verpleegkundigen zodat de bereikbaarheid en kwaliteit en daarmee de continuïteit van de acute zorg gewaarborgd blijft.

De aanwezigheid van een niveau 2 IC betekent ook dat de chirurgische ingrepen, die in de huidige situatie niet verantwoord kunnen worden uitgevoerd, behouden blijven voor de regio Zeeland daar immers een adequaat niveau 2 IC voldoende kwaliteit biedt om (langdurig) zorg te dragen voor postoperatieve IC-behoefte patiënten.

In een gefuseerde situatie met een hoger voorzieningenniveau van SEH en IC is er veel minder delay in de behandeling van patiënten die geïndiceerd zijn voor SEH of IC zorg van een hoger niveau, dan nu door het langdurige vervoer het geval is.

3.2 INTERNE GENEESKUNDE

Verleden

Geen noemenswaardige informatie bij IGZ bekend.

Huidige situatie

De maatschap Interne Geneeskunde in ziekenhuis Walcheren bestaat uit 2 gastro-enterologen, een infectioloog, een hematoloog, een oncoloog en 2 algemeen internisten. In de maatschap zitten geen geregistreerde nefrologen, intensivisten of endocrinologen.

De endoscopieën worden gedaan door de twee gastro-enterologen en één internist. De gastro-enterologen doen de ERCP's. Het ziekenhuis heeft de beschikking over 1 FTE intensivist. Bij afwezigheid van de intensivist nemen de internisten waar voor de intensivist. Er is geen 24 uren dekking van een intensivist.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De maatschap Interne Geneeskunde in de Oosterscheldeziekenhuizen bestaat uit 8 internisten waarvan 2 intensivisten (totaal 1 FTE), 2 nefrologen, een oncoloog en twee internisten met aandachtsgebied maag-darm-lever ziekten. Tevens een hematoloog waarvan de registratie door het niet kunnen voldoen aan de herregistratie-eisen inmiddels is komen te vervallen.

Drie van de internisten doen endoscopieën waarvan één ook ERCP's.

De twee intensivisten zorgen voor 100% dekking van de intensive care tijdens de kantooruren.

Beide maatschappen oefenen noodgedwongen de Interne Geneeskunde niet in de volle breedte uit. Dit vanwege het simpele feit dat de huidige samenstelling van beide maatschappen verschillend is en bekeken vanuit de aandachtsgebieden onvolledig.

Er is een dringende noodzaak om te komen tot een verdere toedeling van aandachtsgebieden. Gezien de omvang van beide maatschappen is dit nu niet te realiseren. Continuïteit van zorg is op termijn uiterst kwetsbaar.

Vanuit inhoudelijke optiek zijn er ook vragen te stellen bij de wijze waarop vanuit deze vakgroepen de IC wordt bediend.

Toekomstige situatie

In de wenselijke situatie zijn in een maatschap alle aandachtsgebieden vertegenwoordigd, ter garantie van de continuïteit liefst (minstens) met een dubbele bezetting. De eisen van de beroepsgroep zijn van belang voor de kwantitatieve invulling van de aandachtsgebieden

Het vakgebied van de interne geneeskunde is de afgelopen decennia verbreed en verdiept en maakt de invulling van specifieke aandachtsgebieden noodzakelijk. Fusie van beide maatschappen maakt een verantwoorde invulling van de internistische zorg in Midden-Zeeland mogelijk.

3.3 CHIRURGIE/ORTHOPEDIE/TRAUMATOLOGIE

Verleden

Geen noemenswaardige informatie bekend bij IGZ.

Huidige situatie

In Ziekenhuis Walcheren zijn 5 chirurgen, 3 orthopeden, 1 traumatoloog en 1 senior-poortarts werkzaam.

Er bestaat een duidelijke verdeling van aandachtsgebieden binnen de vakgroep chirurgie. De aandachtsgebieden zijn: vaatchirurgie (twee chirurgen), mammachirurgie (twee chirurgen), gastro-intestinale chirurgie (twee chirurgen), longchirurgie (een chirurg), hoofdhals-chirurgie (een chirurg), chirurgie bij kinderen (door alle chirurgen) en traumatologie (een chirurg).

Binnen het vakgebied orthopedie is er geen strikte verdeling in aandachtsgebieden en worden niet alle aandachtsgebieden ingevuld. Zo wordt er geen rugchirurgie bedreven.

In de Oosterscheldeziekenhuizen werken 6 chirurgen, 4 orthopeden, 2 traumatologen en 1 senior-poortarts.

De aandachtsgebieden zijn als volgt verdeeld: vaatchirurgie (twee chirurgen), longchirurgie (een chirurg), mammachirurgie (drie chirurgen), gastro-intestinale chirurgie (twee chirurgen), longchirurgie (een chirurg), hoofdhals-chirurgie (een chirurg), en traumatologie (een chirurg).

Binnen de vakgroep orthopedie zijn er voorkeuren voor aandachtsgebieden maar geen echte specialisaties.

Locatieoverstijgend wordt er tussen ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen samengewerkt. De hoge gastro-intestinale chirurgie, behoudens oesophaguschirurgie, wordt indien mogelijk gezamenlijk verricht door een chirurg uit Ziekenhuis Walcheren en de Oosterscheldeziekenhuizen.

Er is een dringende noodzaak om te komen tot een verdere toedeling van aandachtsgebieden. Gezien de omvang van de huidige vakgroepen is dit nu niet te realiseren. Als voorbeeld valt te noemen de rugchirurgie, kinderorthopedie en de schouderchirurgie.

Daarnaast is het nu zo dat een aandachtsgebied in beide ziekenhuizen voor een aantal deelgebieden (hoofd-hals en longchirurgie) door slechts één specialist wordt bedreven. In de huidige situatie lukt het de ziekenhuizen niet om ten aanzien van de differentiaties een dekking te hebben van tenminste twee ervaren chirurgen. Dit maakt de zorg kwetsbaar in het kader van continuïteit (op langere termijn, maar ook in de diensten tijdens avond, nacht en weekend) maar ook in het kader van de kwaliteit.

Verder lukt het de beide ziekenhuizen afzonderlijk niet om ten aanzien van de vaatchirurgie te garanderen dat een patiënt die acuut geopereerd moet worden in verband met een aneurisma van de abdominale aorta (AAA) geopereerd wordt door een gecertificeerde vaatchirurg. Uitbreiding van het aantal vaatchirurgen per ziekenhuis is geen optie omdat het aantal ingrepen op het gebied van vaatchirurgie nu al te laag is waardoor specialisten hun vaardigheden onvoldoende kunnen onderhouden. Als gevolg van voorgaande lopen patiënten een hoger risico op gezondheidsschade.

Het waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid van de traumatoloog in acute situaties is in beide ziekenhuizen kwetsbaar, er kan niet gegarandeerd worden dat een patiënt, indien geïndiceerd, door een traumatoloog gezien en geopereerd wordt.

Toekomstige situatie

Een gefuseerde organisatie biedt de mogelijkheid om, onder andere vanwege de schaalvergroting, de noodzakelijke aandachtsgebieden binnen de chirurgie en orthopedie te kunnen invullen en om nieuwe technieken te kunnen blijven invoeren. Het invoeren van dergelijke technieken zijn een must om (op termijn) state of the art zorg te kunnen blijven verlenen.

Het veilig implementeren van bijvoorbeeld laparoscopische colonchirurgie is ook een deelterrein dat door de beperkte formatie van de vakgroepen nu, en bij uitblijven van de voorgenomen concentratie ook in de toekomst, niet mogelijk is. In een gefuseerde organisatie kunnen een aantal specialisten worden geschoold of aangetrokken om dit op te starten. Als dit niet mogelijk blijkt zal een groot deel van colonchirurgie (onderdeel van de basisfunctie chirurgie) in Zeeland op termijn niet meer verricht worden.

Incidenteel is het mogelijk gebleken om gezamenlijk ingrepen uit te voeren. Een structurele vorm van samenwerking, waaronder ook het gezamenlijk bespreken van patiënten en het uniformeren van beleid, wordt mogelijk als er op één locatie wordt gewerkt.

De vereniging voor kinderchirurgie ijvert er voor dat naast de kinderchirurgie ook de algemene chirurgie bij kinderen, zoals het reponeren onder algehele anesthesie van een onderarmfractuur bij een kind, alleen door centra wordt verricht die zich hierin hebben gespecialiseerd. Dit kan niet in Zeeland. Deze kinderspecialisatie behelst het scholen en certificeren van chirurgen, kinderartsen en anesthesiologen. In de huidige Zeeuwse ziekenhuizen is dit niet te realiseren. Een gefuseerd ziekenhuis geeft hiervoor wel de ruimte.

Bovenstaande is zowel vanuit patiënten- maar ook vanuit specialistenperspectief noodzakelijk. De regio Zeeland heeft nu al moeite om gekwalificeerde specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen aan te trekken en te behouden. Grotere ziekenhuizen buiten de regio oefenen, vanwege de grotere ontwikkelmogelijkheden, een grote aantrekkingskracht uit op jonge specialisten die nu werkzaam zijn in de Zeeuwse ziekenhuizen.

Bij implementatie van de voorgenomen concentratie tussen het SOZ en ZW kan gegarandeerd worden dat de patiënt, indien geïndiceerd, gezien en geopereerd kan worden door een traumatoloog.

3.4 GYNAECOLOGIE/VERLOSKUNDE

Verleden

In 2000 is IGZ door het SOZ geïnformeerd over het feit dat de zelfstandige afdelingen urologie en gynaecologie opgeheven werden, als gevolg van tekort aan (gespecialiseerd) personeel, en ondergebracht werden bij de afdelingen chirurgie en orthopedie. De verschuivingen konden tot gevolg hebben dat niet-spoedeisende operaties werden uitgesteld.

Het is moeizaam gebleken om de ontstane vacatures in de maatschap gynaecologie tijdig te vervullen. Dit in verband met de dienstbelasting als gevolg van de beperkte omvang van de maatschap gynaecologie. De twee in het SOZ overgebleven gynaecologen hebben ondersteuning gekregen vanuit ZW.

Huidige situatie

In Ziekenhuis Walcheren zijn 4 gynaecologen werkzaam en in de Oosterscheldeziekenhuizen zijn ook 4 gynaecologen werkzaam. Hiermee voldoen beide ziekenhuizen niet aan de noodzakelijke formatie gynaecologen zoals vastgelegd in de Nota Normpraktijk Gynaecologie van de NVOG. De NVOG gaat uit van een minimale formatie van 5 FTE. De Visitatiecommissie van de NVOG heeft aangegeven dat door het tekort aan menskracht het onmogelijk is ontwikkelingen bij te houden en te voldoen aan de hedendaagse kwaliteitseisen waardoor de kwaliteit van de zorg onder grote druk staat.

Door het aankondigde vertrek van 2 gynaecologen, één uit SOZ en één uit ZW, naar een ander ziekenhuis en het stoppen om gezondheidsredenen van 1 gynaecoloog in SOZ ontstaat de situatie dat er september 2008 nog 5 van de 8 gynaecologen verdeeld over SOZ en ZW werkzaam zullen zijn.

Alle actieve wervingsactiviteiten in Nederland en België om nieuwe gynaecologen aan te trekken (inclusief waarneming) zijn tot op heden onvoldoende succesvol gebleken (slechts drie reacties en één potentiële kandidaat), waardoor er vanaf september 2008 in totaal 6 gynaecologen werkzaam zullen zijn verdeeld over SOZ en ZW.

De twee vertrekkende gynaecologen hebben aangegeven dat de lang uitblijvende en tevens onzekere uitkomst van de fusieontwikkelingen van SOZ en ZW in belangrijke mate heeft bijgedragen aan hun besluitvorming om te vertrekken uit de regio Zeeland.

Als gevolg van de te kleine maatschappen gynaecologie in het SOZ en ZW is er geen 24 uren dekking gedurende 7 dagen per week van de 2^e lijns verloskunde mogelijk. De huidige situatie vormt daarmee een bedreiging voor een kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening. In beide ziekenhuizen is geen volledig aanbod van gynaecologische zorg. De mogelijkheden van het verdelen van aandachtgebieden is bij deze omvang onvoldoende. Hierdoor is er uitstroom van patiënten naar buiten de regio Zeeland, bijvoorbeeld voor de prolapschirurgie en de prenatale screening.

Het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog bedroeg in Ziekenhuis Walcheren 646 in 2004, 653 in 2005 en 643 in 2006. Hiermee scoort Ziekenhuis Walcheren ver onder het landelijk gemiddelde van 1229 bevallingen per jaar onder begeleiding van een gynaecoloog. Het aantal ongeplande keizersneden is hoger dan gemiddeld. Het aantal geplande keizersneden was in 2004 en 2006 lager dan landelijk gemiddeld en in 2005 hoger dan landelijk gemiddeld. Het ziekenhuis heeft aan de inspectie aangegeven dat het hogere aantal geplande keizersneden het gevolg was van de beperkte beschikbaarheid gynaecologen als gevolg van een kleine maatschap gynaecologie. Dit is een ongewenste ontwikkeling.

Het aantal bevallingen onder leiding van een gynaecoloog bedroeg in de Oosterscheldeziekenhuizen 960 in 2004, 815 in 2005 en 815 in 2006. Hiermee scoort het SOZ ook onder het landelijk gemiddelde van 1229 bevallingen per jaar onder begeleiding van een gynaecoloog.

Ook de VOKS cijfers van het SOZ laten zien dat het aantal geplande en ongeplande keizersneden in 2005 eveneens hoger was dan het landelijk gemiddelde.

Toekomstige situatie

Vanwege argumenten van kwalitatieve en sociaal-maatschappelijke aard streven de NVOG en NVK grotere samenwerkingsverbanden van gynaecologen en kinderartsen na. Een praktijk van 4 FTE gynaecologen voldoet niet aan de normpraktijk (moet volgens de NVOG uit tenminste 5 FTE gynaecologen bestaan) en vormt een bedreiging voor de kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening gedurende 24 uur per dag. De adherentie van beide ziekenhuizen is echter te klein om zowel in Ziekenhuis Walcheren als de Oosterscheldeziekenhuizen voldoende grote gynaecologische maatschappen te rechtvaardigen.

Bij een gelijkblijvende situatie is een volledig gynaecologisch zorgaanbod nu en in de toekomst niet haalbaar. Verder is de continuïteit (bereikbaarheid) en kwaliteit van de klinische gynaecologische en verloskundige zorg, bij uitblijven van de voorgenomen concentratie, niet langer meer gegarandeerd.

Er is, vanuit kwalitatief oogpunt en om verdere uitstroom van patiënten naar buiten de regio Zeeland te voorkomen, een dringende noodzaak om te komen tot een verdere toedeling van aandachtsgebieden. Gezien de omvang van beide maatschappen is dit nu niet te realiseren.

Ontwikkeling van aandachtsgebieden is onvoldoende of niet goed mogelijk in de thans kleine, 4 fte, maatschappen. Daardoor kan niet alle noodzakelijke zorg worden geboden en gaan nu nog veel patiënten regio Zeeland uit voor behandeling.

Het samenvoegen van beide maatschappen gynaecologie tot één grotere maatschap maakt het mogelijk dat de continuïteit van de 7 x 24 uur dekking van de 2^e lijns verloskunde gewaarborgd kan worden waardoor onder andere de kans op intrapartum- en neonatale sterfte 's-avonds, 's-nachts en in het weekend vermindert. De voorgenomen concentratie van het SOZ en ZW maakt tevens verbetering van de gynaecologische zorg zoals daling van het aantal geplande en ongeplande keizersneden conform het landelijk gemiddelde mogelijk en maakt een volledig gynaecologisch zorgaanbod mogelijk, waardoor patiënten veel minder vaak naar een ziekenhuis buiten Zeeland hoeven reizen voor de noodzakelijke zorg.

De vakgebieden verloskunde en klinische kindergeneeskunde zijn dusdanig nauw verbonden dat concentratie van het ene vakgebied noodzakelijkerwijs leidt tot concentratie van het andere vakgebied.

Concentratie van de 2^e lijns verloskunde zal ook grote gevolgen hebben voor de organisatie van de 1^e lijns verloskunde op Walcheren. Intensivering van samenwerking tussen de 1^e en 2^e lijn zal moeten plaatsvinden om de patiëntveiligheid te kunnen garanderen.

NB: Sinds de verplaatsing in 1998 van de 2^e lijns verloskunde van Schouwen-Duiveland (in het voormalige Rode Kruis ziekenhuis te Zierikzee) naar het SOZ in Goes vinden er door de grotere reisafstanden vanuit Schouwen-Duiveland naar het ziekenhuis in Goes geen eerstelijns thuisbevallingen meer plaats in Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland. Voor zover IGZ bekend hebben zich, ten gevolge van de toegenomen reisafstand en reisduur, geen incidenten met zwangere, barend en pas bevallen vrouwen en/of hun (ongeboren) kinderen voorgedaan.

In Zeeuws-Vlaanderen vinden sinds langere tijd ook geen thuisbevallingen plaats, alle verloskundigen werken in het ziekenhuis. Ook vanuit Zeeuws-Vlaanderen zijn IGZ geen incidenten bekend.

3.5 KINDERGENEESKUNDE

Verleden

De ontwikkelingen in de kindergeneeskunde in de afgelopen 15 jaar (sterke daling bedbezetting en grote toename in deelspecialisatie) hebben kleine kindergeneeskundige praktijken zeer kwetsbaar gemaakt. De inspectie heeft in 1998 onderzoek gedaan naar de zorg in kleine ziekenhuizen. De conclusie luidde dat "problemen op het gebied van continuïteit –voor een deel veroorzaakt door een tekort aan kinderartsen- een duidelijke bedreiging vormde voor de zorgverlening".

In 2001 heeft ziekenhuis Walcheren de inspectie bericht over het dreigend tekort aan kinderartsen. Door vertrek van één van de drie kinderartsen konden de overblijvende twee parttime kinderartsen in Ziekenhuis Walcheren niet meer alle avond- nacht- en weekenddiensten doen. Omdat bevallingen

alleen in het ziekenhuis kunnen plaatsvinden als er een kinderarts beschikbaar is, is er ook een probleem ontstaan voor de verloskunde.

Het rapport 'Toekomstvisie curatieve zorg Zeeland, in juni 2001 uitgebracht door de commissie 'Toekomstvisie curatieve zorg Zeeland aan de klankbordgroep 'Toekomstscenario Zeeuwse Ziekenhuiszorg', beschrijft een aantal ontwikkelingen waarvan de commissie aangeeft dat deze in Zeeland moeten leiden tot een noodzakelijke concentratie van complexe zorg. Tot deze complexe zorg wordt de klinische kindergeneeskunde en de klinische verloskunde gerekend. Hierbij wordt aangegeven dat de kwaliteit en de continuïteit van zorg voorrang hebben boven bereikbaarheid van zorg.

De noodzaak voor concentratie van de klinische kindergeneeskunde in samenhang met de klinische verloskunde wordt verder aangegeven in een *advies taskforce* van 28 november 2001. Titel document: "Locatiekeuze concentratie klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde".

Hierin staat beschreven dat de noodzaak wordt ingegeven door de te krappe bezetting kinderartsen als gevolg van het aangekondigd vertrek van twee kinderartsen, één per 1 januari 2002 uit ziekenhuis Walcheren en één per 1 april 2002 uit Oosterscheldeziekenhuizen. Met dit vertrek resteerden in totaal 5 kinderartsen waardoor het 7x24 uur in stand houden van de afdeling kindergeneeskunde in zowel het SOZ als ZW ernstig bedreigd werd.

Huidige situatie

Ziekenhuis Walcheren heeft 4 fte kinderartsen en het Oosterscheldeziekenhuis beschikt over 3,7 fte kinderartsen. Beide ziekenhuizen hebben echter een erkenning voor ieder 3 fte kinderartsen. De hogere bezetting kinderartsen is van invloed op het budget van beide ziekenhuizen.

Het huidige aantal fte kinderartsen in zowel het SOZ (3,7 fte) als ZW (4 fte) is niet in overeenstemming met de norm van 6-8 FTE kinderartsen zoals vastgelegd in het rapport regiovisie kindergeneeskunde Zuidwest Nederland 'Naar vernieuwende samenwerking', gedateerd 21 juni 2002. De norm van 6-8 FTE dienstdoende kinderartsen per vakgroep wordt noodzakelijk geacht voor het kwalitatief verantwoord afdekken van de 24-uurs zorg.

Aan de tot standkoming van het rapport is door de kinderartsen van Zuidwest Nederland en de stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ)-ziekenhuizen deelgenomen.

Voor de kinderafdelingen van zowel Ziekenhuis Walcheren als het Oosterscheldeziekenhuis geldt dat deze te klein zijn, onder andere als gevolg van een steeds lager aantal klinische opnamen, om de zorg efficiënt te kunnen organiseren. De bedbezetting in beide ziekenhuizen is dermate laag dat, naar verwachting, de kwaliteit van zorg op termijn niet meer aan de (stijgende) normen zal voldoen. Op dit moment wordt zowel in Ziekenhuis Walcheren als in het Oosterscheldeziekenhuis, door zeer grote inspanningen, 24-uurs zorg geboden. Echter, de continuïteit van de kindergeneeskundige zorg, en daarmee de bereikbaarheid en de kwaliteit van deze zorg, is uiterst kwetsbaar.

De NVK heeft via een rapport van de Commissie Inhoud Beroep in 2001 sterk gepleit voor herprofilering van de kindergeneeskunde m.n. voor sterke schaalvergroting van de algemene kindergeneeskundige praktijk, met meerdere locaties voor poliklinische zorg en concentratie van klinische zorg. Met hieraan gekoppeld de vorming van grote vakgroepen binnen de regio en ontwikkeling van deelspecialistische zorg. De NVK ziet deze organisatievorm als voorwaarde om in de toekomst adequate kindergeneeskundige zorg te kunnen blijven leveren. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft zich volledig achter dit standpunt gesteld. In het hele land heeft dit geleid tot concentratie van klinische kindergeneeskunde en forse toename van vakgroepgrootte.

Doordat in de Zeeuwse ziekenhuizen de noodzakelijke zorg afwezig is, als gevolg van het uitblijven van de concentratie van moeder en kindzorg, worden jaarlijks 60 pasgeborenen gedurende langere tijd buiten Zeeland (in Rotterdam, Breda en Dordrecht) behandeld. Het uitblijven van deze concentratie heeft als nevengevolg gehad dat deelgespecialiseerde kinderartsen zijn vertrokken.

Toekomstige situatie

Om te voorkomen dat een toenemend percentage kinderen de zorg buiten de regio Zeeland zal moeten gaan halen is het noodzakelijk om het uitoefenen van deelspecialisaties binnen de kindergeneeskunde mogelijk te maken. Het aantrekken, behouden of (laten) opleiden van kinderartsen met deelspecialisatie is derhalve een voorwaarde.

Voor deelspecialisatie is echter ook volume noodzakelijk. Bij de toekenning van deelspecialistische zorg door wetenschappelijke beroepsverenigingen en inmiddels ook ziektekostenverzekeraars, spelen volumecriteria een doorslaggevende rol.

Zonder de beoogde concentratie en de daardoor mogelijk geworden deelspecialistische zorg zullen 600 à 700 keer per jaar ouders met hun kind naar buiten regio Zeeland moeten reizen voor kindergeneeskundige zorg.

Binnen de huidige groep kinderartsen in het SOZ en ZW zijn een aantal hoogopgeleide subspecialisten werkzaam. Zij kunnen hun expertise nu niet uitoefenen en om die reden is te verwachten dat een aantal kinderartsen Zeeland weer zal verlaten.

Hetzelfde geldt voor de opleiding van kinderverpleegkundigen met specifieke aantekeningen op het terrein van de deelspecialisaties. Om deelspecialisaties te verkrijgen of te behouden is het volume criterium medebepalend. Niet alle ziektebeelden kunnen nu in beide ziekenhuizen worden behandeld. De opleiding tot kindergeneeskunde is daarom niet volledig binnen de beide ziekenhuizen af te ronden.

Beide ziekenhuizen kampen met zorgen rondom de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Op dit moment berust de expertise bij de oudere verpleegkundigen (35% is ouder dan 45 jaar). De komende jaren moet rekening worden gehouden met uitstroom van de oudere verpleegkundigen en dus uitstroom van expertise. Bij uitblijven van de concentratie doen de jongere verpleegkundigen daartegen te weinig ervaring op (als gevolg van een te beperkt aanbod in de ziekenhuizen) en zullen het expertiseverlies niet kunnen opvangen.

De argumenten vóór concentratie van de klinische kindergeneeskunde Midden Zeeland op één locatie zijn:

- mogelijkheid tot het uitoefenen van noodzakelijke deelspecialisaties in de kindergeneeskunde in regio Zeeland. Meer patiënten kunnen daardoor hun noodzakelijke zorg in Zeeland krijgen;
- minder uitstroom van kinderartsen buiten de regio Zeeland. Door de mogelijkheid tot het uitoefenen van deelspecialisaties wordt de vakgroep kindergeneeskunde aantrekkelijker voor kinderartsen;
- doordat het aanbod van meer ziektebeelden in de geconcentreerde kinderafdeling blijven gespecialiseerde kinderverpleegkundigen deskundig en wordt de beroepsuitoefening van deze gespecialiseerde kinderverpleegkundigen aantrekkelijker;
- continuïteit van de 24-uurs basiszorg klinische kindergeneeskunde.

Het uitblijven van de beoogde concentratie tussen het SOZ en ZW vormt een bedreiging voor de continuïteit en kwaliteit van de basisfunctie kindergeneeskunde.

3.6 KNO

Verleden

Geen noemenswaardige informatie bekend bij IGZ.

Huidige situatie

In Ziekenhuis Walcheren zijn 3 KNO-artsen werkzaam en in de Oosterscheldeziekenhuizen zijn 2 KNO-artsen werkzaam.

Toekomstige situatie

De omvang van beide vakgroepen is dermate klein dat de continuïteit van zorg kwetsbaar is. Een fusie kan ertoe bijdragen dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd kan worden.

3.7 OOGHEELKUNDE

Verleden

Geen noemenswaardige informatie bekend bij IGZ.

Huidige situatie

In ziekenhuis Walcheren zijn 3 oogartsen werkzaam en in de Oosterscheldeziekenhuizen zijn 6 oogartsen werkzaam. De oogartsen in ziekenhuis Walcheren zijn ook werkzaam in Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen en de oogartsen in de Oosterscheldeziekenhuizen zijn ook werkzaam in ziekenhuis Dirksland.

Toekomstige situatie

Door de omvang van de beide vakgroepen en de gespreide tewerkstelling is de continuïteit van de zorg kwetsbaar. Een fusie kan ertoe bijdragen dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd kan worden.

3.8 NEUROLOGIE

Huidige situatie

In ziekenhuis Walcheren zijn 3 neurologen werkzaam en in het Oosterscheldeziekenhuis zijn 5 neurologen werkzaam. Erkende neurologische differentiaties zijn kinderneurologie, dementie, ziekte van Parkinson, multiple sclerose, epilepsie, cerebrovasculair accident (CVA), rughernia en oncologie. Alle neurologen behandelen alle groepen patiënten, van differentiatie is geen sprake. In het SOZ is een kinderneuroloog die inmiddels ook in Ziekenhuis Walcheren werkt. In het SOZ vinden neurologische ingrepen plaats door den neurochirurg uit het Erasmus MC Rotterdam.

Toekomstige situatie

De omvang van met name de vakgroep neurologie in ziekenhuis Walcheren is dermate klein dat de continuïteit van zorg kwetsbaar is.

Een fusie kan ertoe bijdragen dat de continuïteit van de zorg gewaarborgd zal worden. Tevens kan differentiatie ingevoerd worden waardoor de kwaliteit van de neurologische zorg verder verbeterd kan worden.

3.9 CARDIOLOGIE

Verleden

-1998: Ziekenhuis Walcheren informeert IGZ schriftelijk over de kwantitatieve verpleegkundige onderbezetting op de hart- en longafdeling van Ziekenhuis Walcheren. Kwaliteit van zorgverlening is zorgwekkend omdat er buiten kantooruren slechts één verpleegkundige (op ca 30 patiënten) op afdeling werkzaam is. Tijdens een voorval met een patiënt moest de enige aanwezige verpleegkundige de patiënt alleen laten om de cardioloog te waarschuwen.

IGZ heeft bevestigd dat de kwaliteit zorgwekkend is en om opheldering en maatregelen gevraagd.

-2000: Ziekenhuis Walcheren informeert IGZ over zorgen om personele formatie cardiologen: Er zijn nog twee cardiologen, waarvan er één binnenkort niet arbeidsgeschikt zal zijn vanwege niet uit te stellen operatie. Waarneming is moeilijk te krijgen. Internisten vervullen nu een voorwachttrol voor de cardiologische patiënten. Ter ontlasting van de internisten werd een waarnemer aangetrokken.

-2003: Ziekenhuis Walcheren opnieuw cardiologisch in de problemen. Twee van de drie cardiologen hebben zelf ontslag ingediend. Ziekenhuis Walcheren onderhandelt met Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) over cardiologische bijstand. Uiteindelijk zijn de twee vacatures ingevuld door twee Belgische cardiologen aan te trekken.

-2004: krantenbericht: vacatures voor cardioloog in ziekenhuis Walcheren sinds oktober 2003. De resterende twee cardiologen doen om beurten dienst. Polikliniek draait op 70%. Één dag per week hulp van cardioloog uit Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Cardiologische patiënten gaan in groten getale naar het UZA.

Veel patiëntenverkeer van en naar Antwerpen -> veel voorzorgsmaatregelen nodig in verband met MRSA-problematiek. MRSA-problematiek is ook belastend voor CPA, ambulancediensten en huisartsen
-2004: vervolg problematiek cardiologie ziekenhuis Walcheren: in de loop van 2004 drie nieuwe cardiologen aangetrokken.

Huidige situatie

Ziekenhuis Walcheren en Oosterscheldeziekenhuis: in beide ziekenhuizen werken 4 cardiologen. Het SOZ beschikt over een angiokamer, ZW beschikt over een hartkatheterisatiekamer.

In beide ziekenhuizen wordt geen interventiecardiologie toegepast. Dit betekent dat patiënten per ambulance naar een ziekenhuis met interventiecardiologie buiten Zeeland (Rotterdam, Breda of België) vervoerd dienen te worden. Het dichtstbijzijnde hartcentrum ligt voor patiënten in een aantal delen van Zeeland op meer dan 90 minuten afstand.

Op dit moment worden patiënten voor dotterprocedures hoofdzakelijk verwezen naar het Universitair Centrum Antwerpen en het Cardiologisch Centrum te Breda. Als gevolg hiervan treedt er een ongewenste delay op in de behandeling van patiënten die geïndiceerd zijn voor een PTCA (spoed)procedure.

Tevens is bij doorverwijzing van patiënten naar België de kans groter dat patiënten besmet raken met MRSA. Dit betekent dat er extra inspanningen verricht moeten worden om verspreiding van MRSA in Ziekenhuis Walcheren en het Oosterscheldeziekenhuis te voorkomen. De MRSA-problematiek is ook belastend voor de ambulancediensten en huisartsen.

Toekomstige situatie

Met het uitblijven van de voorgenomen concentratie van het SOZ en ZW is interventiecardiologie in Midden Zeeland niet te realiseren. Vanwege de toenemende vergrijzing zullen steeds meer patiënten de meer dan 90 minuten durende ambulancerit naar een dichtstbijzijnd gelegen hartcentrum moeten overbruggen. Afgezien van de ongewenste delay die ontstaan in de start van de behandeling van de patiënt betekent het ook dat er sprake zal zijn van een toename van dergelijk ambulancevervoer. Dit heeft weer direct invloed op de paraatheid van het ambulancevervoer in de regio Zeeland.

Het mogelijk maken van interventiecardiologie in Midden Zeeland heeft direct positief effect op de beschikbaarheid en toegankelijkheid van deze zorg in Midden Zeeland. Daarnaast kan gesteld worden dat dit de effectiviteit van de zorg en daarmee de kwaliteit en patiëntgerichtheid positief beïnvloedt.

4. Resultaten toezichtactiviteiten IGZ

4.1 THEMATISCHE TOEZICHT

4.1.1 Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

De kernpunten van een VMS zijn: het inventariseren van risico's en het vastleggen van maatregelen om de risico's te beheersen en de kwaliteit continue te verbeteren.

Om inzicht te verkrijgen in hoeverre ziekenhuizen beschikken over een VMS, heeft de IGZ aan alle ziekenhuizen een plan van aanpak gevraagd waarin opgenomen moest zijn op welke wijze aan de basiseisen van het VMS invulling gegeven wordt of gegeven gaat worden. Het gaat daarbij om de basiseisen zoals opgenomen in de Nederlands Technische Afspraak betreffende het Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen (NTA 8009:2007). Uiterlijk 1 januari 2009 dient voldaan te zijn aan de basiseisen.

Zie www.vmszorg.nl voor achtergrondinformatie over dit onderwerp.

De IGZ heeft het onderzoek nog niet afgerond.

Voorlopig resultaat SOZ en ZW

Het ontvangen plan van aanpak van beide ziekenhuizen is identiek en door de IGZ beoordeeld op aanwezigheid van de acht basiseisen van fase 1 zoals genoemd in de NTA 8009:2007.

Aan het SOZ en ZW is het volgende teruggerapporteerd:

- alle acht onderwerpen zijn beschreven;
- van de onderwerpen "beheren en beheersen van veranderingen" en monitoren van uitkomsten en rapportage" zijn de doelen niet beschreven;
- van de overige zes onderwerpen zijn wel de doelen beschreven;
- per beschreven doel is er geen termijn beschreven wanneer dit doel gerealiseerd moet zijn.

4.1.2 Signalering kindermishandeling op SEH-afdelingen van ziekenhuizen

Het doel van dit thematisch onderzoek is om te onderzoeken of de ziekenhuizen voldoen aan de randvoorwaarden voor verantwoorde signalering van kindermishandeling in termen van beleid, protocollering en scholing.

Spoedeisende hulp (SEH) afdelingen van ziekenhuizen vormen in theorie een belangrijke vindplaats voor kindermishandeling. In de literatuur wordt beschreven dat 5 tot 10 procent van de letsels bij kinderen die op een SEH-afdeling komen wordt veroorzaakt door kindermishandeling. Verder is vastgesteld dat het aantal gesignaleerde gevallen van kindermishandeling op een SEH-afdeling fors toeneemt als dit onderwerp structureel aandacht krijgt.

Alle ziekenhuizen hebben een vragenlijst van de IGZ ontvangen. Hierin moesten zij aangeven hoe op de SEH-afdeling met kindermishandeling wordt omgegaan in termen van beleid, protocollering, scholing en registratie.

Voor de beoordeling van de antwoorden van de vragenlijst is een toetsingskader opgesteld. Het toetsingskader waarop dit onderzoek gebaseerd is bestaat uit: Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG en Meldcode inzake kindermishandeling van de KNMG.

Wanneer nodig wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om een plan van aanpak op te stellen waarin men aangeeft hoe en binnen welke termijn men denkt te kunnen voldoen aan het toetsingskader van de inspectie.

Op 23 oktober 2008 heeft de IGZ het rapport over kindermishandeling 'Gebroken arm nog te vaak een ongelukje' gepubliceerd. In het rapport concludeert de IGZ dat de voorwaarden om kindermishandeling te kunnen herkennen nog onvoldoende zijn gerealiseerd op de spoedeisende hulp afdelingen (SEH) van ziekenhuizen.

De IGZ signaleert in haar rapport dat een gestructureerde aanpak om kindermishandeling op de SEH

Inspectie voor de Gezondheidszorg

afdelingen te herkennen bij de meeste ziekenhuizen ontbreekt. De meeste ziekenhuizen hebben wel een protocol voor de signalering op de SEH-afdeling maar beleidsmatig is er te weinig aandacht voor het probleem. Weinig ziekenhuizen hebben een goed scholingsprogramma voor de medewerkers. Ook registreren de meeste ziekenhuizen de gegevens over signalen en meldingen van kindermishandeling niet.

Resultaat SOZ op basis van beoordeling vragenlijst

Op 8 van de 11 onderdelen scoort het ziekenhuis onvoldoende. Dit betreft de volgende onderdelen:

- Er is geen beleid op het niveau van de Raad van Bestuur voor de aanpak van kindermishandeling;
- Er bestaat binnen het ziekenhuis een werkgroep kindermishandeling maar deze is onvoldoende operationeel;
- Het ziekenhuis beschikt niet over een aandachtsfunctionaris kindermishandeling;
- Het ziekenhuis beschikt niet over een ziekenhuisbreed protocol en/of het ziekenhuis beschikt niet over een protocol op de SEH afdeling voor de omgang van signalen van kindermishandeling;
- Er bestaat binnen het ziekenhuis geen scholingsprogramma voor de signalering van kindermishandeling;
- Er vindt vanuit het ziekenhuis geen structureel overleg plaats met het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK);
- Het is onvoldoende bekend bij hoeveel kinderen het signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp (het zgn. SPUTOVAMO formulier) is gebruikt en/of het is onbekend hoeveel kinderen de SEH afdeling hebben bezocht;
- Het aantal kinderen waarover advies is gevraagd aan AMK wordt niet geregistreerd en/of over minder dan 30% van de kinderen bij wie er sprake was op verdenking van kindermishandeling is advies gevraagd aan het AMK.

Resultaat ZW op basis van beoordeling vragenlijst

Op 9 van de 11 onderdelen scoort het ziekenhuis onvoldoende. Dit betreft de volgende onderdelen:

- Er is geen beleid op het niveau van de Raad van Bestuur voor de aanpak van kindermishandeling;
- Er bestaat binnen het ziekenhuis geen werkgroep kindermishandeling;
- Het ziekenhuis beschikt over een aandachtsfunctionaris maar deze is onvoldoende operationeel;
- Er bestaat binnen het ziekenhuis geen scholingsprogramma voor de signalering van kindermishandeling;
- Er vindt vanuit het ziekenhuis geen structureel overleg plaats met het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK);
- Het is onbekend bij hoeveel kinderen het signaleringsprotocol kindermishandeling voor de acute hulp (het zgn. SPUTOVAMO formulier) is gebruikt en/of het is onbekend hoeveel kinderen de SEH afdeling hebben bezocht;
- Het is onbekend binnen het ziekenhuis bij hoeveel kinderen er sprake was van verdenking op kindermishandeling op basis van het SPUTOVAMO formulier;
- Het aantal kinderen waarover advies is gevraagd aan AMK wordt niet geregistreerd en/of over minder dan 30% van de kinderen bij wie er sprake was op verdenking van kindermishandeling is advies gevraagd aan het AMK;
- Het aantal kinderen waarbij en melding/verwijzing heeft plaatsgevonden naar het AMK of naar andere vormen van hulpverlening wordt niet geregistreerd.

De IGZ wil dat alle ziekenhuizen, dus ook het SOZ en ZW een plan van aanpak maken op de punten waar te weinig aandacht voor is met betrekking tot het signaleren van kindermishandeling. Begin 2009 moeten alle ziekenhuizen dit op orde hebben.

4.1.3 Kwaliteit van zorg op de Intensive Care (niveau 1)

Dit thematisch onderzoek betreft een inventariserend onderzoek naar de (randvoorwaarden voor) kwaliteit van zorg op de Intensive Care niveau 1. Alle ziekenhuizen met een niveau 1 Intensive Care (IC) hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen en aan een tiental niveau 1 Intensive Care afdelingen is/wordt een onaangekondigd inspectiebezoek gebracht.

Op basis van de richtlijn "Organisatie en werkwijze op Intensive Care afdelingen voor volwassenen in Nederland" (CBO 2006) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen is/wordt nagegaan of er in ziekenhuizen met een niveau 1 Intensive Care afspraken zijn gemaakt over de zorgzwaarte die in een ziekenhuis verantwoord kan worden geboden overeenkomend met het niveau IC-zorg. Tevens is/wordt nagegaan of deze afspraken ook worden nageleefd. In het verlengde hiervan is/wordt nagegaan hoe het staat met de noodzakelijke regionale samenwerking rond de IC-zorg, de kwaliteit van het secundaire vervoer en de deelname van het ziekenhuis aan de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE) en aan de landelijke kwaliteitsvisaties van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). De IGZ heeft het onderzoek nog niet afgerond.

Voorlopig resultaat SOZ

Het SOZ heeft een vragenlijst toegestuurd gekregen. Ten tijde van het schrijven van dit fusieadvies was er (nog) geen onaangekondigd inspectiebezoek gebracht aan de IC van het SOZ.

Voor de beoordeling van de (randvoorwaarden van de) kwaliteit van de zorg op de Intensive Care van het SOZ heeft de IGZ, naast de antwoorden op de vragen van de vragenlijst, ook gebruik gemaakt van de informatie die het SOZ heeft aangeleverd in het kader van de basisset ziekenhuizen 2007.

De IGZ is van oordeel dat het SOZ niet volledig voldoet aan de voorwaarden die gesteld zijn om op de IC van het SOZ kwalitatief verantwoorde IC zorg van niveau I te leveren.

De volgende aspecten zijn naar het oordeel van de IGZ onvoldoende geregeld:

- het SOZ beschikt niet over een door de Raad van Bestuur en medische staf geaccordeerd Zorgbeleidsplan voor de IC.
- een beademingsbeleid ontbreekt, d.w.z.: indicaties voor beademing en procedure van afwenning van de beademing zijn niet beschreven.
- het SOZ neemt niet deel aan de NICE registratie
- de continuïteit van zorg op de IC van het SOZ is niet conform de CBO richtlijn geregeld.
- het SOZ heeft geen voorbeelden van ingrepen aangegeven waarvoor wordt doorverwezen naar een IC met een hoger niveau.

Het SOZ dient een plan van aanpak op te stellen waarin tevens aangegeven wordt binnen welke termijn en op welke wijze het SOZ denkt te kunnen voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg zoals beschreven in de CBO-richtlijn en in de Kwaliteitswet. Op basis van deze informatie beoordeelt de IGZ vervolgens opnieuw of de IC afdeling van het SOZ voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Deze informatie is op het moment van schrijven van dit document nog niet beschikbaar.

Voorlopig resultaat ZW

ZW heeft een vragenlijst toegestuurd gekregen.

Voor de beoordeling van de (randvoorwaarden van de) kwaliteit van de zorg op de Intensive Care van ZW heeft de IGZ, naast de antwoorden op de vragen van de vragenlijst, ook gebruik gemaakt van de informatie die ZW heeft aangeleverd in het kader van de basisset ziekenhuizen 2007.

De IGZ is van oordeel dat ZW niet volledig voldoet aan de voorwaarden die gesteld zijn om op de IC van ZW kwalitatief verantwoorde IC zorg van niveau I te leveren.

De volgende aspecten zijn naar het oordeel van de IGZ onvoldoende geregeld:

- ZW beschikt niet over een door de Raad van Bestuur en medische staf geaccordeerd Zorgbeleidsplan voor de IC.
- de hoofdbehandelaar op de IC is geen intensivist.
- een beademingsbeleid ontbreekt, d.w.z.: indicaties voor beademing en procedure van afwenning van de beademing zijn niet beschreven.
- ZW neemt niet deel aan de NICE registratie.
- ZW maakt geen gebruik van de APACHE score.
- de continuïteit van zorg op de IC van ZW is niet conform de CBO richtlijn geregeld.

- ZW heeft geen voorbeelden van ingrepen aangegeven waarvoor wordt doorverwezen naar een IC met een hoger niveau.

ZW dient een plan van aanpak op te stellen waarin tevens aangegeven wordt binnen welke termijn en op welke wijze ZW denkt te kunnen voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg zoals beschreven in de CBO-richtlijn en in de Kwaliteitswet. Op basis van deze informatie beoordeelt de IGZ vervolgens opnieuw of de IC afdeling van ZW voldoet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Deze informatie is op het moment van schrijven van dit document nog niet beschikbaar.

ZW is één van de ziekenhuizen waar een onaangekondigd inspectiebezoek heeft plaatsgevonden aan de Intensive Care afdeling. Ten tijde van het schrijven van dit fusieadvies moest de evaluatie en beoordeling van de bevindingen van het onaangekondigde bezoek nog plaatsvinden. Hieronder volgt dan ook alleen een voorlopige beschrijving van de bevindingen van het onaangekondigde inspectiebezoek.

De resultaten van bevindingen van het onaangekondigde bezoek aan de IC van ZW zijn verkregen uit observatie en uit gesprekken met tijdens het inspectiebezoek aanwezige personeel en zijn kort samengevat:

- Het inspectiebezoek vond plaats op een zondag tussen 11.00 en 12.00 uur.
- De dienstdoende medisch specialist voor de IC was een internist/MDL arts.
- Er is één internist/intensivist binnen kantoor tijden fulltime beschikbaar voor de IC. De internist/intensivist verricht zelf geen diensten. De diensten worden gedaan door een zestal internisten. Deze zes internisten hebben geen specifieke IC achtergrond. De dienstdoende internist/MDL arts heeft niet de FCCS cursus gevolgd, wel een bijscholing in beademing. Zonodig vindt bij beademde patiënten overleg plaats met de dienstdoende longarts.
- Er waren vijf IC verpleegkundigen aanwezig.
De verpleegkundige formatie is op sterkte maar wordt wel als krap ervaren. Pieken in de werklust maakt het soms nodig een korte tijdelijke opnamestop van de IC in te stellen.
- De IC is gecombineerd met de CCU, in totaal 14 bedden. Er is geen exacte beddenverdeling tussen beide specialismen, dit hangt af van het aanbod.
- Er is plaats voor maximaal drie beademingspatiënten.
- Patiënten worden maximaal vijf dagen beademd in ZW, met een uitschieter naar zeven tot acht dagen.
- Op de IC waren ten tijde van het inspectiebezoek acht patiënten opgenomen waarvan drie met een IC indicatie, geen van de patiënten werd beademd.
- Als centrum voor verwijzing wordt veelal contact gelegd met het UZ Antwerpen, deze contacten zijn goed en vinden vaak al binnen 72 uur plaats. In het geval van een overplaatsing komt een team vanuit Antwerpen de patiënt ophalen. Bij de aanwezigen was niet bekend of deze samenwerkingsafspraken op schrift staan.
- Voor inhoudelijke casuïstiek wordt zonodig overlegd met Antwerpen en met andere centra, volgens de verpleegkundige gebeurt dit regelmatig.
- Indien de IC vol ligt of er is behoefte aan hoger level IC vindt ook overleg plaats met Goes. Voorheen werd ook overlegd met Rotterdam voor overplaatsing maar daar was zelden plaats en de afstand wordt als onverantwoord groot ervaren.
- De dienstdoende internist heeft geen ervaring met MICU-vervoer vanuit Rotterdam.
- Indien er bij acute luchtwegproblemen geïntubeerd moet worden, gebeurt dit door een ambulanceverpleegkundige, IC verpleegkundige (die hiervoor worden geschoold) of door de anesthesioloog als lid van het reanimatieteam.
- Zowel de anesthesioloog als de leden van maatschap internisten kunnen buiten kantooruren binnen 10-15 minuten in huis zijn.

4.1.4 Minimaal invasieve chirurgie (MIC)

De IGZ heeft landelijk onderzoek gedaan naar de patiëntveiligheid bij laparoscopische operaties (kijkoperaties). Op 21 november 2007 heeft de IGZ het landelijke rapport 'Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat' (MIC rapport) gepubliceerd.

De belangrijkste conclusie uit dit rapport is dat de patiëntveiligheid bij laparoscopische operaties (kijkoperaties) niet is gewaarborgd.

Vervolgens heeft de IGZ alle ziekenhuizen gevraagd een plan van aanpak op te stellen naar aanleiding van het MIC rapport van 21 november 2007. Bij de beoordeling van het plan van aanpak is voor 34 maatregelen uit het inspectierapport nagegaan hoe het met de opvolging daarvan staat in de ziekenhuizen.

Resultaat SOZ

Het plan van aanpak van het SOZ was kort en bondig. Er zijn een aantal punten die niet of nauwelijks worden belicht in het plan van aanpak. Veel maatregelen uit het MIC rapport van 21 november 2007 zijn nog niet geïmplementeerd of hebben een te lange realisatietermijn.

Voor 18 van de 34 beschreven maatregelen in het MIC rapport van 21 november 2007 dient het SOZ (aanvullende) maatregelen te nemen. Het gaat daarbij om maatregelen ten aanzien van verslaglegging, communicatie, bij- en nascholing, toetsing bekwaamheid en protocollen voor onderhoud en reiniging van apparatuur.

Een aantal punten zijn zorgelijk en behoeven snelle actie. In het plan van aanpak staat dat de huidige wasmachines oud zijn waardoor instrumentarium beschadigd kan worden. Ook blijkt dat controle van instrumentarium door meting nog niet structureel plaatsvindt.

Resultaat ZW

Het plan van aanpak van ZW was kort en behandelde niet alle maatregelen. Uit het plan van aanpak blijkt dat een klein aantal maatregelen op juiste manier aanwezig is.

Voor 20 van de 34 beschreven maatregelen in het MIC rapport van 21 november 2007 dient ZW (aanvullende) maatregelen te nemen. Het gaat daarbij om maatregelen ten aanzien van verslaglegging, communicatie, bij- en nascholing, toetsing bekwaamheid en protocollen voor gebruik, onderhoud en reiniging van apparatuur.

Vanaf 1 januari 2009 start de Inspectie met een landelijk project om te beoordelen of de maatregelen uit de rapportage "Risico's minimaal invasieve chirurgie onderschat" voldoende in de Nederlandse ziekenhuizen zijn geïmplementeerd.

4.1.5 Toezicht Operatief Proces (TOP)

De IGZ is in 2005 van start gegaan met een landelijk onderzoek naar het operatief proces. De eerste fase betrof het preoperatieve traject van verwijzend (huis)arts tot operatiekamer en de tweede fase betrof het peroperatieve traject, het OK-traject. Recent is de derde fase van dit onderzoek gestart, het postoperatieve traject.

Het inspectieonderzoek naar het operatief proces richt zich op de risico's voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid in het operatief proces. De focus van het onderzoek is gericht op communicatie.

Op 27 februari 2007 heeft de inspectie het rapport 'Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming' over het eerste deel van het inspectieonderzoek uitgebracht.

In het rapport concludeert de IGZ dat:

de informatievoorziening aan de patiënt, de overdracht van informatie tussen zorgverleners onderling en de verslaglegging binnen ziekenhuizen ongestructureerd en niet gestandaardiseerd verloopt; de dossieropbouw zeer gevarieerd is vormgegeven en niet patiënt-georiënteerd is;

Inspectie voor de Gezondheidszorg

de hoofdbehandelaar in het preoperatieve traject onvoldoende overzicht heeft en de regie niet volledig voert;

samenwerking onvoldoende effectief is, teamvorming nagenoeg ontbreekt en er aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid (in het bijzonder afstemming van operateur en anesthesioloog) onvoldoende inhoud wordt gegeven.

Het rapport benoemt een aantal maatregelen die enerzijds tot landelijke acties nopen, anderzijds zijn ook verbeteracties van de ziekenhuizen zelf noodzakelijk.

De IGZ acht het noodzakelijk dat de betrokken beroepsgroepen en ziekenhuizen landelijke regels opstellen voor standaardisatie van (de structuur van) het preoperatief proces. Deze regels zijn nodig voor een adequate verslaglegging, dossiervoering en gegevensuitwisseling.

Op 10 oktober 2008 heeft de IGZ het landelijke rapport betreffende het onderzoek naar de peroperatieve fase gepubliceerd.

In dit rapport concludeert de IGZ dat:

de communicatie over en overdracht van de patiënt in het peroperatieve traject is onvoldoende gestructureerd;

het gebruik van medische materialen en apparatuur onvoldoende veilig is;

het gedrag rond infectiepreventie en luchtbeheersing discipline ontbeert;

er onvoldoende afstemming noch actieve communicatie is in de teams.

De inspectie acht het noodzakelijk dat men in de ziekenhuizen op de operatieafdeling gestructureerd werkt met standaardisatie van het basisproces, goede overdrachten met checklijsten en stopmomenten en goede registratie om het aantal risico's voor de patiëntveiligheid te verminderen.

Alle ziekenhuizen in Nederland hebben voor elk deelonderzoek een vragenlijst ontvangen. Daarnaast zijn tijdens elk deelonderzoek middels een aselechte steekproef aan een 20-tal ziekenhuizen inspectiebezoeken gebracht.

Aan het SOZ is een inspectiebezoek gebracht tijdens het onderzoek naar de preoperatieve fase.

Aan ZW is een inspectiebezoek gebracht tijdens het onderzoek naar de peroperatieve fase.

Alle bezochte ziekenhuizen hebben een bezoekrapport ontvangen en dienden een plan van aanpak in te leveren met daarin opgenomen maatregelen als oplossing voor de geconstateerde tekortkomingen.

Resultaat van het onderzoek naar het preoperatief proces in het SOZ

Uit het onderzoek naar het preoperatieve proces in het SOZ blijkt dat er met name op te gebied van de verslaglegging en de dossiervoering tekortkomingen zijn geconstateerd.

Over de wijze van verslaglegging en dossiervoering zijn in het SOZ geen afspraken gemaakt.

De totale papieren dossiervoering is niet overzichtelijk. Verschillende specialismen gebruiken verschillend ingerichte dossiers. De chirurg gebruikt bijvoorbeeld een chirurgische kaart. Uit de dossiers is niet op te maken dat er door de chirurg met de patiënt is gesproken over de risico's en alternatieven van een ingreep. Het gebruik van informed consent is niet vanzelfsprekend. Afspraken met betrekking door wie en wanneer welke gegevenscontrole uitgevoerd dient te worden zijn niet vastgelegd.

Het SOZ heeft een plan van aanpak gemaakt en daarin maatregelen opgenomen als oplossing voor de geconstateerde tekortkomingen in het peroperatieve proces.

Recent is een follow-up onderzoek gestart om te onderzoeken hoe de stand van zaken is ruim een jaar na publicatie van het rapport over de preoperatieve fase.

Resultaat van het onderzoek naar het peroperatieve proces in ZW

De communicatie binnen het operatieteam over onder andere het eindmoment van de operatie, het bloedverlies en het postoperatieve beleid bleek onvoldoende.

Gemaakte werk- en gedragsafspraken worden niet door iedereen nageleefd.

Op verschillende punten wordt niet gewerkt volgens vigerende hygiëne- en infectiepreventierichtlijnen. Er zijn tijdens een ingreep teveel deurbewegingen, er werden slecht reinigbaar schoeisel en sieraden gedragen en mondneusmaskers werden niet correct gedragen conform de vigerende WIP-richtlijn. Er is te weinig aandacht voor de luchtbehandeling op de operatiekamers. ZW heeft een plan van aanpak opgesteld om de geconstateerde tekortkomingen te verbeteren. Via het reguliere toezicht wordt de implementatie van het plan van aanpak gevolgd. In 2009 start de IGZ een follow up onderzoek om te onderzoeken of de geconstateerde tekortkomingen voldoende blijvend zijn verbeterd.

4.1.6 De kwaliteit van het Medisch Microbiologisch Laboratorium (MML)

De Medisch Microbiologisch Laboratoria (MML's) in ziekenhuizen vormen een essentiële schakel binnen de gezondheidszorg als geheel. Dit geldt voor zowel de individuele gezondheidszorg als de volksgezondheid. Daarnaast zijn de MML's een wezenlijk onderdeel in de structuur van de infectieziektebestrijding. Door de toenemende dreiging van uitbraken van infectieziekten worden steeds hogere eisen gesteld aan deze infrastructuur. Vanuit deze maatschappelijke verantwoordelijkheid dient het medisch microbiologisch handelen op een verantwoord kwaliteitsniveau te liggen. De beroepsgroep heeft de afgelopen jaren normen en eisen opgesteld voor het leveren van deze verantwoorde zorg. De koepel van de MML's (Nederlandse Vereniging Voor Medische Microbiologie) heeft deze normen en eisen vastgesteld. Om tot een verantwoord oordeel te komen betreffende de kwaliteit van de MML's heeft de IGZ gebruik gemaakt van een voor dit specifieke onderzoek ontwikkelde vragenlijst. De inhoud van de vragenlijst is gebaseerd op de Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet Big en de Wet bescherming persoonsgegevens. Daarnaast is de vragenlijst gebaseerd op de normen en professionele standaarden zoals de betrokken beroepsgroep deze zelf heeft vastgesteld. Het gaat hierbij in het bijzonder om het beroepsprofiel arts-microbioloog, het Kwaliteitshandboek Medische Microbiologie 1995, de kwaliteitsnormen t.b.v. beroepsvisitatie Medische Microbiologie, Algemeen deel, versie 5, september 2003, de kwaliteitsnormen t.b.v. beroepsvisitatie Medische Microbiologie, Specieel deel, versie 9, februari 2005 en de CCKL-richtlijnen van de medische laboratoria in de humane gezondheidszorg (voor de niet geaccrediteerde laboratoria).

Resultaat SOZ

Uit de ingevulde vragenlijsten van het SOZ blijkt dat op diverse onderdelen verbeteringen nodig zijn. Zorgelijk is dat het laboratorium op de punten van de 'arboveiligheid' en 'verrichten van handelingen op BSL-3 niveau op kweken van mycobacteriën' onvoldoende scoort.

Verder blijkt dat het laboratorium op onderdelen onvoldoende voorbereid is op calamiteiten in de openbare gezondheidszorg. Dit blijkt uit het feit dat:

- er geen protocol is hoe om te gaan met uitslagen die mogelijk verband houden met bioterrorisme;
- de maximale productieomvang van het laboratorium niet is vastgesteld en
- dat er geen procedure is voor het ter beschikking stellen van afname-, verpakking- en verzendmateriaal bij een plotselinge sterke toename van de vraag naar dit materiaal.

Het SOZ heeft vervolgens een plan van aanpak opgesteld. De IGZ zal via het reguliere toezicht de uitvoering van het plan van aanpak volgen.

4.2 OVERZICHT PRESTATIE-INDICATOREN 2004 T/M 2007 (Afwijkende scores zijn geel gearceerd)

4.2.1 Meerjarenoverzicht prestatie-indicatoren SOZ

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
1	DECUBITUS						% onderzochte patiënten < 60% Prevalentie >9% (p90) Prevalentie < 2,3% (p10) Incidentie heup 0 of > 5,9%
1.1	Beschikking systematische decubitusregistratie	Ja	Ja	Ja	Ja	99%	
	Registratie volgens LPZ-systeem	LPOD	Eigen protocols	Anders	Anders	60%	
	Aantoonbaar gebruik van registratie bij managementbeslissingen	Ja	Ja	Ja	Ja	98%	
	Toelichting decubitusregistratie De registratie is uitvoerig in het management besproken. Er is een externe audit uitgevoerd waarbij gebruik gemaakt is van de scorelijst vlg.s.BRADEN. Het beleid is herbevestigd waardoor accenten meer op inhoudelijke procedures zijn komen te liggen. Het beleid is vastgesteld conform de CBO-richtlijnen.						
1.2	Puntprevalentie decubitus bekend	ja	ja	ja	ja	100%	
	Teller: Aantal gevallen van decubitus graad 2-4	15	4	10	7,0	1.623 (1-170)	
	Noemer1: Aantal onderzochte patiënten	157	226	142	139	42.393 (52-8.016)	
	Noemer2: Aantal opgenomen patiënten	157	226	142	139	40.170 (66-8.016)	
	Percentage onderzochte patiënten van het aantal opgenomen patiënten	100	100	100	100	84% (10-100)	
	Puntprevalentie onderzochte	4,0	1,8	7,0	5,0	3,8 (0-11,1)	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	patiënten						
	Puntprevalentie opgenomen patiënten	4,0	1,8	7,0	5,0	4 (0-9,8)	
	Toelichting puntprevalentie decubitus	In 2008 wordt gestart met het LPZ systeem.					
1.3	Incidentie bij patiënten met totale heupvervangings bekend	Ja	ja	ja	ja	90%	
	Teller: Aantal nieuwe gevallen decubitus na totale heupvervangings	26	29	13	6,0	308 (0-42)	
	Noemer: Totaal aantal patiënten opgenomen voor totale heupvervangings	214	300	285	288	22.306 (8-773)	
	Incidentie decubitus na totale heupvervangings	12,1	9,7	4,6	2,1	2 (0-14)	
2	BLOEDTRANSFUSIE				In 2007 bestond deze PI niet meer in de basisset		Geen deelname TRIP Geen melding MIP/FONA en bloedtransfusielaboratorium Transfusiereactie 3 of 4 >0,4/1000 eenheden of > 2/1000 patiënten Transfusiereactie gr 3 of 4 niet gemeld bij inspectie
2.1	TRIP registratie	ja	Ja	Ja		100%	
	Rapportage van transfusiereactie aan transfusielaboratorium	ja	Ja	Ja		97%	
	Rapportage van transfusiefouten aan MIP/FONA commissie	ja	Ja	Ja		95%	
2.2	Transfusiereacties graad 3-4 bekend	ja	ja	ja		100%	
	Transfusiereacties per 1000	ja	ja	ja		92%	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	patiënten bekend						
	Teller: aantal transfusiereacties graad 3 en 4	0	0	0		0 (0-5)	
	Noemer1: aantal getransfundeerde eenheden	3.782	3.554	3.190		658.592 (283- 35.470)	
	Noemer2: aantal patiënten met bloedtransfusie	825	770	699		119.663 (105-6.327)	
	Transfusiereacties graad 3-4 per 1000 getransfundeerde eenheden	0	0	0			
	Transfusiereacties graad 3-4 per 1000 patiënten met een bloedtransfusie	0	0	0			
	Toelichting bloedtransfusie graad 3 en 4 De daling van het aantal eenheden is toe te schrijven aan een steeds verder voortschrijdend besef bij de artsen, dat het geven van transfusiebloed veel terughoudender dient te geschieden. Een grote bijdrage aan dit bewustzijn heeft de hemovigilantie functionaris gegeven, middels de implementatie van de 4-5-6- regel.						
3	MEDICATIEVEILIGHEID						Klinisch voorgeschreven medicatie niet elektronisch beschikbaar op verpleegafdeling en in apotheek
3.1	Percentage klin voorgeschr medicatie op poli	100	100	100	100	63%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie op verpl.afd.	100	100	100	100	72%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie in zhapotheek	ja	Ja	Ja	Ja	96%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie buiten zh	nee	Nee	Nee	Nee	19%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie op poli	100	100	0	0,0	25%	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie op verpl.afd	100	100	0	0,0	27%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie in zhapotheek	ja	Ja	Nee	Nee	52%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie buiten zh	nee	Nee	Nee	Nee	35%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie op poli	0	0	0	Ja	8%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie op verplafd	0	100	0	0	16%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie in zhapotheek	nee	Ja	Ja	Ja	54%	
	Toelichting Medicatieveiligheid In de Oosterscheldeziekenhuizen zijn de medische dossiers van patiënten voorhanden, met daarin de actuele informatie over medicijngebruik. Inmiddels zijn op alle klinische afdelingen de medicatiegegevens van patiënten digitaal beschikbaar. Op dit moment is niet alle voorgeschreven poliklinische en extramuraal voorgeschreven medicatie elektronisch beschikbaar. De informatie tussen de stadsapotheek en de ziekenhuisapotheek wordt nog niet digitaal uitgewisseld. Ook informatie uitwisseling met apotheekhoudende huisartsen verloopt niet digitaal. Pas bij opname van een patient worden de gegevens elektronisch vastgelegd en zijn deze gegevens inzichtelijk in zowel kliniek als polikliniek. De roadmap medicatieveiligheid is een plan van aanpak voor de elektronische toegankelijkheid van de medicatiegegevens, zodat in de komende jaren de toegankelijkheid beschikbaar is.						Het Oosterscheldeziekenhuis loopt achter op het landelijk gemiddelde op het gebied van zorg en ICT. Verklaring van het ziekenhuis: men wacht tot er een besluit is genomen over de fusieaanvraag met ziekenhuis Walcheren, zodat beide ziekenhuizen samen hetzelfde complete digitale systeem (EVS) kunnen aanschaffen en financieren.
4	ZORG ICT						
4.1a	Inzage elektronische gegevens op polikliniek						
	Administratieve gegevens, lab,	volledi	volledig	volledig	volledi	100%	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	radiologie	g			g		
	Correspondentie vanuit ZH	volledi g	volledig	volledig	volledi g	99%	
	PA-verslagen	volledi g	volledig	volledig	volledi g	93%	
	Medicatiegegevens	volledi g	volledig	volledig	gedeel t.	40%	
	Operatieverslagen	volledi g	volledig	volledig	volledi g	91%	
	Beelden zoals MRI CT etc	volledi g	volledig	volledig	volledi g	97%	
	Score inzage polikliniek	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0 (5-10)	
	Inzage elektronische gegevens op verpleegafdeling						
	Administratieve gegevens, lab, radiologie	volledi g	volledig	volledig	volledi g	100%	
	Correspondentie vanuit ZH	volledi g	volledig	volledig	volledi g	98%	
	PA-verslagen	volledi g	volledig	volledig	volledi g	94%	
	Medicatiegegevens	volledi g	volledig	volledig	volledi g	53%	
	Operatieverslagen	volledi g	volledig	volledig	volledi g	90%	
	Beelden zoals MRI CT etc	volledi g	volledig	volledig	volledi g	96%	
	Score inzage verpleegafdeling	9,0	9,0	9,0	9,5	9 (5,5-10)	
4.1b	Procesondersteunende ICT						
	Invoer elektronische medische intake op polikliniek	geen	geen	geen	gedeel t.	10%	
	Score invoer polikliniek	0,0	0,0	3,0	6,0	4 (0-11,5)	
	Toelichting invoer polikliniek			Met de komst van EZIS zal in 2007 begonnen worden met bronregistratie, de tweede fase zal in 2008 zijn afgerond			

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Score invoer verpleegafdeling	3,0	3,0	3,0	4,5	4 (0-13)	
	Toelichting invoer verpleegafdeling Met de komst van EZIS zal in 2007 begonnen worden met bronregistratie, de tweede fase zal in 2008 zijn afgerond. De verpleegkundige intake wordt gefaseerd ter hand genomen met de komst van Ezis in 2007. Te denken valt aan 1. Diabetisch dossier, 2. Oncologie, 3. Decubitus, 4. Incontinentie enz in 2008 zal zo'n 80% zijn gerealiseerd						.
5	POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES						Doet niet mee aan landelijke surveillance Gebruikt CDIC/WIP criteria niet
5.1	Surveillance postoperatieve wondinfecties	ja	Ja	Ja	Ja	97%	
	Deelname aan landelijk surveillancesysteem	landelij k	Ja	Ja	Ja	81%	
	Gebruik definities van de CDC/WIP	CDC/W IP	Ja	Ja	Ja		
	Prevalentie/incidentieonderzoek	Inciden tie	Inciden tie	Prevale ntie	Preval entie	76/69%	
	Interventies n.a.v. de resultaten surveillance	ja	Ja	Ja	nvt		
	Hebben de interventies tot het gewenste resultaat geleid?	ja	Ja	Ja	nvt		
	Toelichting postoperatieve wondinfectie Twee keer per jaar vindt prevalentie-onderzoek plaats. Daarnaast vindt cumulatief incidentieonderzoek plaats bij bepaalde ingrepen. Er is een daling te zien van het aantal wondinfecties. De belangrijkste interventies zijn: - Een jaarlijkse audit; - Het geven van instructies aan de medewerkers; Betere afstemming m.b.t. het toedienen van antibioticumprofylaxe; - Het laten drogen van de desinfectans bij begin chirurgische ingreep.						
7	PIJN NA OPERATIE						
7.1	Beschikking over een ziekenhuisbreed pijnprotocol	nee	Nee	Ja	Ja	98%	
	Beschikking over een acute pijnservice	ja	Ja	Ja	Ja	94%	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Toelichting 7.1 In 2007 heeft scholing plaatsgevonden van de verpleegkundigen m.b.t. het pijnprotocol. Aan de opzet van acute pijnservice voor postoperatieve patiënten wordt nog gewerkt. Er is een pijnpolikliniek aanwezig waar voornamelijk met chronisch zieken wordt gewerkt.						
7.2	Percentage postoperatieve patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting op verkoever bekend		nee	nee			
	Teller: aantal operatiepatiënten met gestandaardiseerde pijnmeting op verkoever			0	0	666.518	
	Noemer: totaal aantal operatiepatiënten op verkoever			1	1	716.632	
	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen verkoever			0%	0%	93%	
	Percentage postoperatieve patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting op verpleegafdeling bekend		nee	ja	ja		
	Teller: aantal operatiepatiënten met gestandaardiseerde pijnmeting verpleegafdeling			160	860	338.158	
	Noemer: totaal aantal operatie patiënten op verpleegafdeling			180	940	556.621	
	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op verpleegafdeling.			88,89	91,49	61 (1,7-100)	
	Toelichting 7.2 In 2007 is op de drie chirurgische afdelingen van het ziekenhuis standaard pijnmeting uitgevoerd bij alle postoperatieve patiënten waarbij mogelijk. De cijfers hier zijn echter alleen van de afdeling orthopedie. Op de verkoever wordt wel gewerkt met pijnmeting, maar deze wordt niet geregistreerd.						Er moet nog gewerkt worden aan een registratiesysteem op de verkoever.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
7.3	Percentage patiënten met pijnscore ≤ 4 bekend	niet van toepassing	Geen antwoord	ja	nvt		
	Teller: aantal patiënten met pijnscore ≤ 4			33	nvt		
	Noemer: aantal postoperatieve patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting			45	860	241.911	
	Percentage pijnscore ≤ 4			73,33	nvt		
	Toelichting 7.3 In de pilot heeft een beperkte meting over de eerste 72 uur plaats gevonden. In 2007 is dit opgezet voor alle post-operatieve afdelingen.						
8	VOLUME VAN RISICOVOLLE INTERVENTIES						AAA <15 OCR <10
8.1	Aantal AAA operaties	45	33	30	48	4475	
	Toelichting 8.1 In totaal zijn er in 2007 48 AAA operaties in het Oosterscheldeziekenhuis uitgevoerd. Hiervan zijn 22 endovasculaire operaties uitgevoerd en 26 open AAA operaties. De gesloten operaties zijn alle electief. Van de open AAA operaties waren er 10 spoed en 16 electief.						
8.2	Aantal OCR operaties	0	0	0	0	593	
	Toelichting 8.2	Oesophaguscardiaresecties worden in het Oosterscheldeziekenhuis niet uitgevoerd.					

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
9	CHOLECYSTECTOMIE						Geen gegevens Galwegletsel >2,1% Galwegletsel 0
9.1	Noemer: Totaal aantal cholecystectomieën (vervallen in 2006)	161	173	230	230		
	Percentage laparoscopische cholecystectomieën (vervallen in 2006)	77,6	83,24				
	Aantal patiënten met galwegletsel		1	1	Nvt	54 (0-9)	
	Noemer: Totaal aantal cholecystectomieën	161	173	230	Nvt	7650 (32-517)	
	Percentage galwegletsel na cholecystectomie		0,58	0,43	Nvt	1 (0-3)	
10	ONGEPLANDE HEROPERATIES						Geen gegevens Colorectale operatie >12,3% Colorectale operatie <1,94% Hernia inguinalis >10,5% Hernia inguinalis 0
10.1	Ongeplande heroperaties bekend (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)	nee	nee	ja	ja	92%	
	Teller: aantal ongeplande heroperaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)			20	Niet ingevuld	1.396	
	Noemer: totale aantal operaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)			209	197	19.792	
	Percentage ongeplande			9,57	9,14	7,1 (0-18,4)	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	heroperaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)						
10.2 S (fac ul- tatie f)	Heroperaties hernia inguinalis bekend			ja	ja	90%	
	Teller: aantal heroperaties hernia inguinalis			4	3	986	
	Noemer: totaal aantal hernia inguinalis operaties			279	254	28.067	
	Percentage heroperaties na hernia inguinalis			1,43	1,18	3,5	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
11	AFGEZEGDE OPERATIES						Geen gegevens Percentage afgezegd totaal >4,2%, ZH >2,6, patiënt >1,8 Percentage afgezegd totaal <0,4%, zh <0,2%, patiënt < 0,1%
11.1	Afgezegde operaties bekend	ja	ja	ja	ja	98%	
	Noemer: aantal electieve operaties	8.680	8.752	8.651	8562	1.129.150	
	Percentage door ziekenhuis afgezegde operaties	2,07	1,15	0,76	0,8	1,2	
	Percentage door patiënt afgezegde operaties	1,66	0,71	0,87	0,5	0,9	
	Aantal voor operatie opgeroepen patiënten (vervallen in 2006)	8.680	8.752	Reden van afzegging door een patient: ca 35% vanwege een spoedgeval;eveneens 35% vanwege ziekte patient. Overige redenen van afzegging binnen 24 uur: 37% i.v.m. ziekte anesthesist en 32% uitloop van het OK-programma.			Als gevolg van de kleine maatschap anesthesiologie en de aanwezigheid van vacatures in deze maatschap leidt uitloop van het OK programma of uitval van één anesthesioloog, bijv. agv ziekte, tot het afzeggen van operaties door het ziekenhuis. Bij een eventuele fusie met ziekenhuis Walcheren en het daarmee samenvoegen van 2 maatschappen anesthesiologie is het

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
							waarschijnlijk dat het afzeggen van operaties door het ziekenhuis agv uitloop van het OK prog. of uitval van één anesthesioloog minder vaak tot niet meer zal voorkomen.
	Aantal dagen vóór oproep (vervallen in 2006)	21,0	21				
12	INTENSIVE CARE						IC III niet onderbouwd door visitatie, < 3,5 fte intensivist, <2000 beademingsdagen IC II niet onderbouwd door visitatie, < 2 fte intensivist, <1500 beademingsdagen IC I en geen intensivist of > 3,5 fte intensivist
12.1	Niveau IC afdeling	Level I	I	I	I	Level I 51 Level II 25 Level III 23	
	Level IC berekend a.h.v. eis medische bezetting (vervallen in 2006)	Level I	I				
12.2	Bevestiging van level bij visitatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Level I 49% Level II 48% Level III 83%	
	Toelichting ziekenhuis De IC-afdeling voldoet aan alle criteria voor level I, behalve de aanwezigheid van een intensivist is niet geborgd. Binnen SOZ zijn twee internisten als intensivist werkzaam voor 0.5 Fte.						Voor een level I IC heeft het SOZ te veel beademingsdagen. In een gesprek hierover gaf het SOZ aan dat het overplaatsen van

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
							patiënten naar Rotterdam soms moeizaam verloopt. Bij een fusie en daarmee de realisatie van een level II IC kunnen patiënten langer in hun eigen regio beademd en behandeld worden.
12. 3	FTE geregistreerde intensivisten	1	2,0	1,00	1,0	440,1 fte (0-36)	
12. 4	Totaal aantal beademingsdagen	444	1.140	1.174	1.182	229.773	
	Totaal aantal IC dagen	1.183	2.467	2.442	Nvt	438.052	
	Ratio beademingsdagen/IC dagen	38	46	48	nvt	47,9 (2,2-87,9)	
13	ZWANGERSCHAP						Geen gegevens VOKS >p90 VOKS<p10 Percentage ipv VOKScore
13. 1	Aanwezigheid perinatologisch centrum	nee	Nee	nee	nee	10 (WBMV), 7 (anders)	
	Totaal aantal bevallingen o.l.v. gynaecoloog	960	815	815	891	114.770	
	VOKS-percentiel bekend	nee	ja	ja	nee	81%	
	VOKS-percentiel primaire sectio's vorig jaar					3998	
	VOKS-percentiel secundaire sectio's vorig jaar					3697	
	VOKS-percentiel primaire sectio's verslagjaar		93			2048	
	VOKS-percentiel secundaire sectio's verslagjaar		95			1868	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
14	DIABETES MELLITUS						Geen transmurale samenwerking Geen/onjuiste gegevens HbA1c, gemiddeld HbA1C > 8 of < 6,5 Geen/onjuiste gegevens funduscopie, percentage oogarts > 98% of < 40%
14.1	Beschikbaarheid geïntegreerde diabeteszorg	ja	Ja	Ja	Ja	98%	
	Toelichting 14.1 In 2006 is een multidisciplinaire vaatrisicomanagement polikliniek voorbereid, die in januari 2007 van start is gegaan. Hierin hebben neurologen, vaatchirurgen, cardiologen en internisten zitting. Daarnaast bestaat sinds enige jaren in het kader van het project: "Diabetes zorg op maat" een transmurale werkgroep om 1e en 2e lijns zorg verder op elkaar af te stemmen.						
	Type diabetes geregistreerd (vervallen in 2006)	Geen gegeve ns	Geen onders cheid			39%	
	Complete/ incomplete/ onjuiste cijfers	Geen antwo rd	Incom -pleet	Incom -plete	Incom -plete	39/36/22%	
	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (Geen onderscheid in type 1 en 2)				7,6	7,4 (6,4-8,0)	
	Gemiddeld aantal bepalingen per patiënt (Geen onderscheid in type 1 en 2)				2,5	2,4 (1,2-4,0)	
14.2	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (type 1)					7,8 (6,4-8,7)	
	Gemiddeld aantal bepalingen per patiënt (type 1)			2,6		2,6 (1,2-4,0)	
	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (type 2)					7,6 (6,7-8,5)	
	Gemiddeld aantal bepalingen			2,5		2,6 (1,1-4,0)	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	per patiënt (type 2)						
	Laboratoriumreferentie			Onderscheid tussen type 1 en type 2 wordt alleen op de polikliniek door de diabetes verpleegkundigen geregistreerd, maar niet ziekenhuisbreed.			
14.3	Bekendheid van aantal bij internist bekende DM patiënten met oogheelkundige controle	Geen antw.	nee	1.106		106.748	
	Noemer: Totaal aantal bij internist bekende diabetespatiënten			1.106		135.987	
	Percentage bij internist bekende DM patiënten met oogheelkundige controle			100,0		78,5 (36,6-100)	
	Toelichting 14.3 Per patient wordt oogcontrole via 'Mirador' geregistreerd. Uit steekproef blijkt oogheelkundige controle 100% te bedragen voor wat betreft diabetes mellitus patienten. In het Oosterscheldeziekenhuis streeft men naar 1 -1,5 jaarlijkse controle i.p.v 2 jaarlijks.						
15	HARTFALEN						Geen gegevens vorm hartfalenpoli Geen cijfers Heropnames=0 of >20%
15.1	Beschikking over hartfalenpoli	ja	ja	Ja	Ja	100%	
	Beoordeling van de toelichting betreffende de vorm van de hartfalenpoli (conform eisen/voldoet niet/onbekend)		Goede toelichting werkwijze poli	timing poli onbekend, wel huisbezoek of transmurale regeling		27/10/33	
15.2	Noemer: totaal aantal	28	27	34	53	9.002 (5-436)	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	heropnames voor hartfalen patiënten < 75 jaar						
	Noemer: totaal aantal heropnames voor hartfalen patiënten ≥ 75 jaar en ouder	66	67	103	68	13.760 (5-343)	
	Percentage heropnames < 75 jaar	3,6	14,8	2,9	5,7	8,9 (0-30)	
	Percentage heropnames ≥ 75 jaar	6,1	7,5	4,9	7,4	8,5 (0-52)	
16	AMI						Geen cijfers Sterfte < 65 jaar 0 of > 5% Sterfte > 65 jaar < 5% of > 15%
16.1	30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte van AMI-patiënten bekend	ja	alleen ZH sterfte	Ja	Ja	(incl ZH-sterfte) 97%	
	Noemer: totaal aantal patiënten < 65 jaar waarbij AMI is gediagnosticeerd bij opname	103		82	69	11.896	
	Percentage sterfte (30 daagse en ziekenhuis) van AMI-patiënten < 65 jaar	1,9	0,0	1,2	0,0	1,4 (0-6,8)	
	Noemer: totaal aantal patiënten ≥ 65 jaar waarbij AMI is gediagnosticeerd bij opname	178		154	161	13.819	
	Percentage sterfte (30 daagse en ziekenhuis) van AMI-patiënten ≥ 65 jaar	12,9	12,7	12,3	8,7	7,4 (0-20,8)	
17	CVA				Geen PI in 2007		Geen strokeunit/strokeservice Geen cijfers Werkelijke sterfte 3% hoger of 4 % lager dan verwachte sterfte
17.1	Beschikking over stroke service	ja	Ja	Ja		100%	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Beschikking over stroke unit	ja	Ja	Ja		100%	
	Toelichting 17.1 Stroke service / stroke unit De Stroke Service Oosterschelderegio functioneert sinds 2002, nadat in 2001 de eerste patient op de stroke-unit was opgenomen. De stroke service bestaat uit een ziekenhuis, een revalidatiecentrum, drie verpleeghuizen en enkele thuiszorgorganisaties. Het Oosterscheldeziekenhuis heeft een totale capaciteit van 36 bedden voor de verpleegafdeling neurologie. De vier bedden van de stroke unit op de verpleegafdeling neurologie zijn gelabeld. Indien de stroke unit vol is worden patienten opgenomen op de afdeling IC/CCU. In het ziekenhuis is sprake van een opnamegarantie. De stroke service beschikt over een TIA service. Voor dit laatste is bewust gekozen, patienten krijgen binnen 1 a 2 dagen een TIA screening in het ziekenhuis door middel van opname. De patienten worden dan in twee dagen volledig gediagnosticeerd en behandeld. Het ziekenhuis heeft een CVA - nazorgpoli en biedt gestructureerde nazorg aan ter ondersteuning van patient en mantelzorgers. De patient en diens familie komen minimaal tweemaal op de nazorgpoli, waar begeleiding en informatie wordt gegeven over alles met betrekking tot het CVA. Ook kan vanuit de nazorgpoli een verwijzing worden gegeven naar bijvoorbeeld poliklinische revalidatie. De gespecialiseerde stroke verpleegkundigen in het ziekenhuis hebben hulpmiddelen ter beschikking om vitale functies te observeren, zoals bloeddrukmonitoren, zuurstofsaturatie en een bladderscan. Het ziekenhuis heeft ook faciliteiten om patienten te trombolysen. De trombolyse patienten worden de eerste 24 uur op de afdeling IC/CCU opgenomen, waarna overplaatsing op de stroke unit plaatsvindt. Trombolyse, CT en de benodigde laboratoriumfaciliteiten zijn 7 dagen per week 24 uur per dag beschikbaar. Er wordt momenteel gewerkt aan continue ECG-monitoring als faciliteit voor CVA-patienten (onder supervisie van de cardiologen). MDO Er vindt wekelijks een multidisciplinair overleg (MDO) plaats binnen de instelling. De vaste voorzitter is de co-ordinator stroke service. Bij het MDO zijn de verpleegkundige, ergotherapeut, logopedist, fysiotherapeut, neuroloog, revalidatiearts, verpleeghuisarts en pastoraal medewerker aanwezig. Afstemming De zorgverlening in de stroke service is geprotocolleerd en men kent gezamenlijke behandelmethoden. Op ketenniveau is een omschrijving beschikbaar en gemakkelijk te vinden; van de organisatiestructuur, kwaliteitsafspraken en doorstroomcriteria van de keten. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van medewerkers en de behandelingswijze binnen de keten zijn eveneens beschreven. De gezamenlijke visies met betrekking tot de behandeling, patientendoorstroom en de doelstellingen ten aanzien hiervan zijn schriftelijk vastgelegd. Er zijn ook beschrijvingen van de in- en exclusiecriteria voor opname in de keteninstellingen. Binnen de zorgketen zijn specifieke afspraken gemaakt over de verwijzing door de huisarts naar het ziekenhuis en over afspraken tussen de ambulancedienst en het ziekenhuis. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt over de overdracht tussen de instellingen in de keten, over de tijdspanne waarop de schriftelijke overdracht bij de volgende schakel van de keten moet zijn en over de inhoud van deze schriftelijke overdracht. Deze afspraken zijn ook schriftelijk vastgelegd. Er wordt gebruik gemaakt van een transmuraal dossier. De ligduur wordt in alle keteninstellingen geregistreerd. De Barthel-index bij opname en vertrek uit de keten. De wachttijd in de verschillende keteninstellingen wordt niet geregistreerd. Personeel en scholing In het jaar 2006 beschikte de Stroke Service Oosterschelderegio nog over 1 FTE co-ordinatoren Stroke Service. Per 2007 is deze functie opgeheven en de verantwoordelijkheden verdeelt over de deelnemende instanties van de Stroke Service. Hierbij zijn						

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	werkgroepen geformeerd welke ieder belast zijn met aandachtsvelden zoals scholing, monitoring, registratie, protocollen en transmurale overdracht. Daarnaast heeft de thuiszorg een transferverpleegkundige in dienst die een mandaat heeft om de indicatiestelling van het CIZ te doen. Er is geen tekort aan paramedisch, medisch en verplegend personeel in de keten. De verschillende disciplines krijgen zowel gezamenlijk met andere instellingen als per instelling scholing aangeboden op het gebied van CVA. Nieuwe medewerkers worden altijd bijgeschoold door een neurorevalidatie-cursus en een stroke-cursus te volgen. Het percentage verpleegkundigen op de verpleegafdeling neurologie dat specifiek voor CVA geschoold is, is dan ook 100% in het ziekenhuis. Sinds 2006 worden beide cursussen ketenbreed verzorgd en is de cursusinhoud toegeschreven op zowel verpleegkundig als verzorgend niveau. Lerend vermogen Er is geen sprake van intercollegiale toetsing, maar er worden ieder kwartaal binnen de afdeling neurologie klinische lessen verzorgd. Daarnaast worden gemiddeld genomen ieder kwartaal integrale klinische lessen georganiseerd voor alle medewerkers uit de zorgketen. Het percentage protocollen dat in het jaar 2006 is herzien bedraagt tussen de 20 en 25%. Daarnaast wordt twee keer per jaar ketenindicatoren zoals de ligtijden, patientenkenmerken, doorstroom binnen het ziekenhuis etc. geevalueerd. Die evaluatie gaat naar alle deelnemende instellingen en naar betrokken afdelingen binnen het ziekenhuis. Dit geeft eveneens een indicatie van de mate van vernieuwing.						
17.2	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met ischemisch CVA <65 jaar	69	62	60		6.220 (7-180)	
	Percentage sterfte patiënten met ischemisch CVA < 65 jaar	5,8	0,0	1,7		2 (0-14)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met ischemisch CVA ≥65 jaar	216	190	207		16.283 (26-567)	
	Percentage sterfte patiënten met ischemisch CVA ≥65 jaar	15,7	2,1	4,3		6 (0-17)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met hemorrhagisch CVA <65 jaar	4	5	3		1.141 (1-45)	
	Percentage sterfte patiënten met hemorrhagisch CVA <65 jaar	25,0	20,0	0,0		14 (0-50)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten hemorrhagisch CVA ≥65 jaar, overleden binnen 7 dagen	31	34	19		3.178 (5-111)	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Percentage sterfte patiënten met hemorrhagisch ≥65 jaar	29,0	20,6	21,1		27 (0-58)	
	Totale sterfte	15,0	4,1	4,8		7,9 (1,9-15,2)	
	Minimale verwachte sterfte	6,4	7,3	5,8		8,3 (3,8-14,7)	
	Maximale verwachte sterfte	7,4	8,3	6,5		9,1 (4,2-15,4)	
	Toelichting nadere uitleg cijfers			handmatige database			
18	HEUPFRACTUUR						Geen gegevens Geen onderscheid ASA-klasse Percentage tijdig <80 (ASA 1-2 of ASA onbekend), <70 (ASA 3-5) Percentage tijdig > 98 (ASA 1-2 of ASA onbekend), >95 (ASA 3-5)
18.1	Percentage patiënten met heupfractuur welke 1 kalenderdag zijn geopereerd bekend						
	Onderscheid naar ASA klasse mogelijk	Geen opgave	nee	nee	nee	76%	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 2			79	39	4506	
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 2 geopereerd binnen 1 kalenderdag			92,41	94,9	89,2 (50-100)	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 3 5			68	78	3944	
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 3 5 geopereerd binnen 1 kalenderdag			80,88	82,1	81,9 (46,7-100)	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 5		131	Niet ingevul	16	5.054	

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
				d			
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur geopereerd binnen 1 kalenderdag ASA 1 5		80,2	Niet ingevuld	87,5	84,9 (43-100)	
	Toelichting 18.1	Voor het opzetten van een systeem om patiënten in verschillende ASA-klasse in te delen zijn er functionarissen binnen het ziekenhuis nodig. Deze zijn niet beschikbaar. Na een fusie met Ziekenhuis Walcheren zijn de mogelijkheden om deze zaken aan te pakken en op te zetten vele malen groter.					
19	MAMMATUMOR				Geen PI in 2007		Geen gegevens Uitslag binnen 5 dagen <65% of 100%
19.1	Beschikking over mammapoli	ja	ja	Ja		99%	
	Toelichting 19.1	In 2007 wordt de mammapoli verder uitgebreid.					
19.2	Percentage patiënten waarvan diagnose binnen 5-werkdagen bekend	ja	bekend	geen cijfers		85%	
	Teller: Aantal patiënten met verdenking op borstkanker met een diagnose binnen 5 werkdagen	68	107				
	Noemer: Totaal aantal patiënten met verdenking op borstkanker die eerste consult hebben gehad.	113	179			42.881 (55-1.472)	
	Percentage patiënten met diagnose binnen 5 werkdagen	60,18	59,78			86 (26-99)	
	Toelichting 19.2 De bij de noemer gestelde aantallen betreffen 96 patiënten waarbij een mammacarcinoom is vastgesteld. Dit heeft te maken met de registratie die gevoerd is waar wel alle patiënten in meegenomen zijn, maar niet het criterium suspect/niet suspect. Daardoor kon niet het juiste cijfer hieruit gehaald worden en is het in deze opgave beperkt gebleven tot alle patiënten waarbij een maligniteit is vastgesteld. In totaal hebben 260 patiënten i.v.m. mammadiagnostiek aangemeld. Dit is dus inclusief niet suspecte aandoeningen. Vanaf januari 2007 is er de mogelijkheid voor 24-uurs diagnostiek bij patiënten die een serieuze verdenking op maligniteit hebben.						

	Oosterschelde ziekenhuizen	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
21	POSTOPERATIEVE OPNAMEDUUR NA BLINDE DARM OPERATIE BIJ (0-15 JAAR)						Geen gegevens Mediane opnameduur 4 dagen of meer Maximum opnameduur langer 20 dagen
21.1	Aantal opgenomen kinderen wegens blinde darm operatie			21	26	3.437 (9-104)	
	Gemiddelde opname duur			3,9	3,1	3,9 (1,4-8,5)	
	Mediane opnameduur			2,1	2,0	2,9 (1-5,5)	
	Minimum opnameduur			1	1	1,5 (0-3)	
	Maximum opnameduur			17	8	12,8 (5-47)	

4.2.2 Meerjarenoverzicht prestatie-indicatoren Ziekenhuis Walcheren

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
1	DECUBITUS						% onderzochte patiënten < 60% Prevalentie >9% (p90) Prevalentie < 2,3% (p10) Incidentie heup 0 of > 5,9%
1.1	Beschikking systematische decubitusregistratie	Ja	Ja	Ja	Ja	99%	
	Registratie volgens LPOD- systeem	LPOD	LPOD	LPOD	LPZ	60%	
	Aantoonbaar gebruik van registratie bij managementbeslissingen	Ja	Ja	Ja	Ja	98%	
	Toelichting decubitusregistratie Het ziekenhuis wil de prevalentie van decubitus structureel reduceren naar minder dan 5%.						
1.2	Puntprevalentie decubitus	ja	ja	ja	Ja	100%	

Inspectie voor de Gezondheidszorg

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	bekend						
	Teller: Aantal gevallen van decubitus graad 2-4	22	16	6	6	1623 (1-170)	
	Noemer1: Aantal onderzochte patiënten	162	144	171	170	42.393 (52-8.016)	
	Noemer2: Aantal opgenomen patiënten	162	144	179	170	40.170 (66-8.016)	
	Percentage onderzochte patiënten van het aantal opgenomen patiënten	100	100	96		84% (10-100)	
	Puntprevalentie onderzochte patiënten	13,6	11,1	3,5	3,5	3,8 (0-11,1)	
	Puntprevalentie opgenomen patiënten	13,6	11,1	3,4	3,5	4 (0-9,8)	
	Toelichting puntprevalentie decubitus Gezamenlijk door decubitusverpleegkundige en netwerk van afdelingsverpleegkundigen met decubitus in hun aandachtsgebied.						
1.3	Incidentie bij patiënten met totale heupvervangings bekend	Ja	ja	ja	ja	90%	
	Teller: Aantal nieuwe gevallen decubitus na totale heupvervangings	6	5	0	0,0	308 (0-42)	
	Noemer: Totaal aantal patiënten opgenomen voor totale heupvervangings	67	115	108	145	22.306 (8-773)	
	Incidentie decubitus na totale heupvervangings	9,0	4,3	0,0	0,0	2 (0-14)	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
2	BLOEDTRANSFUSIE				Geen PI in 2007		Geen deelname TRIP Geen melding MIP/FONA en bloedtransfusielaboratorium Transfusiereactie 3 of 4 >0,4/1000 eenheden of > 2/1000 patiënten Transfusiereactie gr 3 of 4 niet gemeld bij inspectie
2.1	TRIP registratie	ja	Ja	Ja		100%	
	Rapportage van transfusiereactie aan transfusielaboratorium	ja	Ja	Ja		97%	
	Rapportage van transfusiefouten aan MIP/FONA commissie	ja	Ja	Ja		95%	
2.2	Transfusiereacties graad 3-4 bekend	ja	ja	ja		100%	
	Transfusiereacties per 1000 patiënten bekend	ja	ja	ja		92%	
	Teller: aantal transfusiereacties graad 3 en 4	0	0	0		0 (0-5)	
	Noemer1: aantal getransfundeerde eenheden	3.979	3.942	3.295		658.592 (283- 35.470)	
	Noemer2: aantal patiënten met bloedtransfusie	720	818	620		119.663 (105-6.327)	
	Transfusiereacties graad 3-4 per 1000 getransfundeerde eenheden	0	0	0			
	Transfusiereacties graad 3-4 per 1000 patiënten met een bloedtransfusie	0	0	0			
	Toelichting bloedtransfusie graad 3 en 4 Direct levensbedreigende transfusiereacties (graad 3) en transfusiereacties met dodelijke						

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	afloop (graad 4) hebben zich in 2006 niet voor gedaan.						
3	MEDICATIEVEILIGHEID						Klinisch voorgeschreven medicatie niet elektronisch beschikbaar op verpleegafdeling en in apotheek
3.1	Percentage klin voorgeschr medicatie op poli	0	0	100	100	63%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie op verpl.afd.	0	10	100	100	72%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie in zhapotheek	ja	Ja	Ja	Ja	96%	
	Percentage klin voorgeschr medicatie buiten zh	nee	Nee	Nee	Nee	19%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie op poli	0	0	0	0	25%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie op verpl.afd	0	0	0	0	27%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie in zhapotheek	nee	Nee	Ja	Nee	52%	
	Percentage poliklin voorgeschr medicatie buiten zh	nee	Nee	Nee	Nee	35%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie op poli	0	0		0	8%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie op verplafd	0	0		0	16%	
	Percentage extramur voorgeschr medicatie in zhapotheek	nee	Geen antwo ord	Ja		54%	
	Toelichting Medicatieveiligheid Poliklinisch voorgeschreven medicatie wordt (nog) niet elektronisch vastgelegd.						Ziekenhuis Walcheren loopt achter op het landelijk gemiddelde op het gebied van zorg en ICT. Het ziekenhuis wacht tot er

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
							een besluit is genomen over de fusieaanvraag met het Oosterschelde ziekenhuis, zodat de beide ziekenhuizen samen de aanschaf van eenduidig digitaal systeem (EVS) kunnen financieren.
4	ZORG ICT						
4.1a	Inzage elektronische gegevens op polikliniek						
	Administratieve gegevens, lab, radiologie	volledig	volledig	volledig	volledig	100%	
	Correspondentie vanuit ZH	deel	deel	deel	ja	99%	
	PA-verslagen	volledig	volledig	volledig	ja	93%	
	Medicatiegegevens	geen	geen	geen	nee	40%	
	Operatieverslagen	geen	geen	geen	nee	91%	
	Beelden zoals MRI CT etc	volledig	volledig	volledig	ja	97%	
	Score inzage polikliniek	6,5	6,5	6,5	7,0	9 (5-10)	
	Inzage elektronische gegevens op verpleegafdeling						
	Administratieve gegevens, lab, radiologie	volledig	volledig	volledig	ja	100%	
	Correspondentie vanuit ZH	deel	deel	deel	ja	98%	
	PA-verslagen	volledig	volledig	volledig	ja	94%	
	Medicatiegegevens	geen	geen	volledig	ja	53%	
	Operatieverslagen	geen	geen	geen	nee	90%	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Beelden zoals MRI CT etc	volledig	volledig	volledig	ja	96%	
	Score inzage verpleegafdeling	6,5	6,5	7,5	8,0	9 (5,5-10)	
4.1b	Procesondersteunende ICT						
	Invoer elektronische medische intake op polikliniek	geen	geen	geen	nee	10%	
	Score invoer polikliniek	2,0	2,0	0,5	0,5	4 (0-11,5)	
	Score invoer verpleegafdeling	3,0	3,0	3,0	3,5	4 (0-13)	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
5	POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES						Doet niet mee aan landelijke surveillance Gebruikt CDIC/WIP criteria niet
5.1	Surveillance postoperatieve wondinfecties	ja	Ja	Ja	Ja	97%	
	Deelname aan landelijk surveillancesysteem	nee	Ja	Ja	Ja	81%	
	Gebruik definities van de CDC/WIP	CDC/W IP	Ja	Ja	Ja		
	Prevalentie/incidentieonderzoek	Prevalen- tie	Prevalen- tie	Inciden- tie		76/69%	
	Interventies n.a.v. de resultaten surveillance	ja	Ja	n.v.t.	n.v.t.		
	Hebben de interventies tot het gewenste resultaat geleid?	ja	Ja	n.v.t.	n.v.t.		
	Toelichting postoperatieve wondinfectie Het ziekenhuis voert een gericht beleid om wondinfecties te reduceren. Surveillance van wondinfecties maakt deel uit van dit beleid. Het ziekenhuis surveilleert postoperatieve wondinfecties op systematische wijze en gebruikt voor de definiëring van postoperatieve wondinfecties de criteria van de Centre of Disease Control/ Werkgroep Infectie Preventie. Het ziekenhuis neemt deel aan het landelijke surveillancesysteem (PREZIES; gevalideerd) naar postoperatieve wondinfecties in de vorm van incidentieonderzoek. De ingrepen die ook in 2006 geregistreerd werden, waren totale heupvervanging en totale knie vervanging. Tevens werd weer de surveillance na ontslag (SNO) in het project meegenomen. Er zijn nauwelijks interventies gepland omdat er in 2006 slechts een oppervlakkige postoperatieve wondinfecties werd gevonden.						
7	PIJN NA OPERATIE						
7.1	Beschikking over een ziekenhuisbreed pijnprotocol	ja	Ja	Ja	Ja	98%	
	Beschikking over een acute	ja	Ja	Ja	Ja	94%	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	pijnservice						
	Toelichting 7.1			Ziekenhuis Walcheren beschikt over zowel een ziekenhuisbreed pijnprotocol als een ziekenhuisbreed protocol tegen misselijkheid en braken voor postoperatieve patiënten. Ziekenhuis Walcheren beschikt over een acute pijnservice naar landelijk voorbeeld.			
7.2	Percentage postoperatieve patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting op verkoever bekend		nee	nee			
	Teller: aantal operatiepatiënten met gestandaardiseerde pijnmeting op verkoever			0	0	666.518	
	Noemer: totaal aantal operatiepatiënten op verkoever			8.454	9.907	716.632	
	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen verkoever			0,00	100	93%	
	Percentage postoperatieve pat. met gestand-aardiseerde pijnmeting op verpleegafdeling bekend		nee	ja	ja		
	Teller: aantal operatiepatiënten met gestandaardiseerde pijnmeting verpleegafdeling			4.227	9018	338.158	
	Noemer: totaal aantal operatie patiënten op verpleegafdeling			8.454	9907	556.621	
	Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen op verpleegafdeling.			50,00	91,03	61 (1,7-100)	
7.3	Percentage patiënten met pijnscore ≤4 bekend	nee	ja	ja	n.v.t.		

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Teller: aantal patiënten met pijnscore ≤4		19	63	n.v.t.		
	Noemer: aantal postoperatieve patiënten met gestandaardiseerde pijnmeting		30	73	9018	241.911	
	Percentage pijnscore ≤ 4		63	86,30	n.v.t.		
	Toelichting 7.3 Het percentage postoperatieve patiënten met een pijnscore lager dan 4 op het meetpunt 72 uur postoperatief bedroeg in 2006: 86% bij een steekproef van 73 patiënten.						
8	VOLUME VAN RISICOVOLLE INTERVENTIES						AAA <15 OCR <10
8.1	Aantal AAA operaties	18	27	24	33	4475	
	Toelichting 8.1 AAA-chirurgie vindt in Ziekenhuis Walcheren alleen plaats door vaatchirurgen.						
8.2	Aantal OCR operaties	0	0	0	0	593	
	Toelichting 8.2 In ziekenhuis Walcheren worden bewust geen slokdarmoperaties verricht. Patiënten worden verwezen naar topklinische centra, met name Erasmus MC te Rotterdam.						
9	CHOLECYSTECTOMIE						Geen gegevens Galwegletsel >2,1% Galwegletsel 0
9.1	Noemer: Totaal aantal cholecystectomyën (vervallen in 2006)		134	32	150		
	Percentage laparoscopische cholecystectomyën (vervallen in 2006)		89,55				
	Aantal patiënten met galwegletsel		1	1	0	54 (0-9)	
	Noemer: Totaal aantal cholecystectomyën		134	32	150	7650 (32-517)	
	Percentage galwegletsel na		0,75	3,13	0,0	1 (0-3)	

Inspectie voor de Gezondheidszorg

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	cholecystectomie						
	Toelichting 9.1 In 2006 was er 1 patiënt met galwegletsel na cholecystectomie, op een totaal van 32 operaties, oftewel 3,13%.						

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
10	ONGEPLANDE HEROPERATIES						Geen gegevens Colorectale operatie >12,3% Colorectale operatie <1,94% Hernia inguinalis >10,5% Hernia inguinalis 0
10.1	Ongeplande heroperaties bekend (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)	nee	ja	ja	ja	92%	
	Teller: aantal ongeplande heroperaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)		13	6	Geen antw.	1.396	
	Noemer: totale aantal operaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)		6.195	93	206	19.792	
	Percentage ongeplande heroperaties (vanaf 2006 gespecificeerd naar colorectale operaties)		0,2	6,45	9,71	7,1 (0-18,4)	
10.2 S (facultatief)	Heroperaties hernia inguinalis bekend			ja	ja	90%	
	Teller: aantal heroperaties hernia inguinalis		33	1	0	986	
	Noemer: totaal aantal hernia inguinalis operaties		225	203	218	28.067	
	Percentage heroperaties na hernia inguinalis		14,7	0,49	0	3,5	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
11	AFGEZEGDE OPERATIES						Geen gegevens Percentage afgezegd totaal >4,2%, ZH >2,6, patiënt >1,8 Percentage afgezegd totaal <0,4%, zh <0,2%, patiënt < 0,1%
11.1	Afgezegde operaties bekend	ja	ja	ja	ja	98%	
	Noemer: aantal electieve operaties	6.302	6.195	8.454	9907	1.129.150	
	Percentage door ziekenhuis afgezegde operaties	2,32	2,10	1,21	1,1	1,2	
	Percentage door patiënt afgezegde operaties	0,90	0,47	1,31	0,6	0,9	
	Aantal voor operatie opgeroepen patiënten (vervallen in 2006)		6.195				
	Aantal dagen vóór oproep (vervallen in 2006)	7,0	7				
	Toelichting OK planning (vervallen in 2006)						

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
12	INTENSIVE CARE						IC III niet onderbouwd door visitatie, < 3,5 fte intensivist, <2000 beademingsdagen IC II niet onderbouwd door visitatie, < 2 fte intensivist, <1500 beademingsdagen IC I en geen intensivist of > 3,5 fte intensivist
12.1	Niveau IC afdeling	Level I (basis IC/HC)	I	I	I	Level I 51 Level II 25 Level III 23	
	Level IC berekend a.h.v. eis medische bezetting (vervallen in 2006)	Level I (basis IC/HC)	I				
12.2	Bevestiging van level bij visitatie	Ja	Ja	Ja	Ja	Level I 49% Level II 48% Level III 83%	
	Toelichting Ziekenhuis Walcheren beschikt over een IC-afdeling Level-I, welke bij visitatie is bevestigd. Cardiochirurgie vindt niet plaats. In Ziekenhuis Walcheren is één geregistreerde intensivist voor de IC-afdeling beschikbaar voor 40 uur per week.						
12.3	FTE geregistreerde intensivisten	0,9	1,0	1,00	1,0	440,1 fte (0-36)	
12.4	Totaal aantal beademingsdagen	528	614	428	540	229.773	
	Totaal aantal IC dagen	4.046	4.039	4.228		438.052	
	Ratio beademingsdagen/IC dagen	13	15	10		47,9 (2,2-87,9)	
13	ZWANGERSCHAP						Geen gegevens VOKS >p90 VOKS<p10 Percentage ipv VOKScore

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
13.1	Aanwezigheid perinatologisch centrum	nee	Nee	nee	nee	10 (WBMV), 7 (anders?)	
	Totaal aantal bevallingen o.l.v. gynaecoloog	646	653	643	428	114.770 (349-2629)	
	VOKS-percentiel bekend	nee	ja	ja	ja	81%	
	VOKS-percentiel primaire sectio's vorig jaar		49				
	VOKS-percentiel secundaire sectio's vorig jaar		93				
	VOKS-percentiel primaire sectio's verslagjaar		95	43,0	18	3998	
	VOKS-percentiel secundaire sectio's verslagjaar		86	71,0	89	3697	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
14	DIABETES MELLITUS						Geen transmurale samenwerking Geen/onjuiste gegevens HbA1c, gemiddeld HbA1C>8 of < 6,5 Geen/onjuiste gegevens funduscopie, percentage oogarts>98% of < 40%
14.1	Beschikbaarheid geïntegreerde diabeteszorg	ja	Ja	Ja	Ja	98%	
	Toelichting 14.1 Ziekenhuis Walcheren beschikt over geïntegreerde diabeteszorg, te weten (1) Samenwerking tussen o.a. interne geneeskunde, huisartsen, diabetesverpleegkundige, diëtisten en oogheelkunde, (2) werkafspraken betrokken instellingen en hulpverleners uit de 1e en 2e lijn en (3) diabetesverpleegkundige voor patiënt. Er is een regionale, transmurale en elektronische registratie in ontwikkeling, welke toegankelijk moet worden voor betrokken hulpverleners.						
	Type diabetes geregistreerd (vervallen in 2006)	Onders cheid type I en II	DM1_ 2			39%	
	Opmerkingen over HbA1c cijfers uit toelichting		Schatt ing	Goedge -keurd			
	Complete/ incomplete/ onjuiste cijfers	ja	Compl eet	Geen onder scheid		39/36/22%	
	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (Geen onderscheid in type 1 en 2)			7,58		7,4 (6,4-8,0)	
	Gemiddeld aantal bepalingen per patiënt (Geen onderscheid in type 1 en 2)			3,0		2,4 (1,2-4,0)	
14.2	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (type 1)	7,80	7,74			7,8 (6,4-8,7)	
	Gemiddeld aantal bepalingen	1,1	2,6			2,6 (1,2-4,0)	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	per patiënt (type 1)						
	Gemiddelde HbA1c waarde per bepaling (type 2)	7,70	7,61			7,6 (6,7-8,5)	
	Gemiddeld aantal bepalingen per patiënt (type 2)	1,20	2,7			2,6 (1,1-4,0)	
	Laboratoriumreferentie De gegevens over de HbA1c-waarde zijn bekend, echter niet uitgesplitst naar type-1 en type-2, vandaar deze cijfers voor alle diabetespatiënten, ingevuld bij de type-1-patient.						
	Toelichting 14.2						
14.3	Bekendheid van aantal bij internist bekende DM patiënten met oogheeskundige controle	ja	nee	1.200	600	106.748	
	Noemer:Totaal aantal bij internist bekende diabetespatiënten	866	2.000	1.200	600	135.987	
	Percentage bij internist bekende DM patiënten met oogheeskundige controle	60,0	95,0	100,0	100	78,5 (36,7-100)	
	Toelichting 14.3 Het jaarlijks verrichten van oogheeskundig onderzoek is een basiselement van goede diabeteszorg. Bij een geïntegreerde diabeteszorg ligt het percentage oogheeskundig onderzoek rond de 50%. Binnen de regio Walcheren bedroeg dit 100% in 2006 voor de bij de internist bekende patiënten.						
15	HARTFALEN						Geen gegevens vorm hartfalenpoli Geen cijfers Heropnames=0 of >20%
15.1	Beschikking over hartfalenpoli	nee	ja	Ja	Ja	100%	
	Beoordeling van de toelichting betreffende de vorm van de hartfalenpoli (conform eisen/voldoet niet/onbekend)		Goede toelichting werkwijze poli	Onvoldoende informatie	Naar landelijk voorbeeld		

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
15.2	Noemer: totaal aantal heropnames voor hartfalen patiënten < 75 jaar			35	17	9.002 (5-436)	
	Noemer: totaal aantal heropnames voor hartfalen patiënten ≥ 75 jaar en ouder			52	45	13.760 (5-343)	
	Percentage heropnames < 75 jaar			8,6	17,6	8,9 (0-30)	
	Percentage heropnames ≥ 75 jaar			11,5	11,1	8,5 (0-52)	
16	AMI						Geen cijfers Sterfte < 65 jaar 0 of > 5% Sterfte > 65 jaar < 5% of > 15%
16.1	30 daagse sterfte of ziekenhuissterfte van AMI-patiënten bekend	nee	onbekend/g een antwo ord	Nee, alleen de zieken- huisste rft	Nee, alleen de zieken- huisst erfte	(incl ZH-sterfte) 54%	
	Noemer: totaal aantal patiënten < 65 jaar waarbij AMI is gediagnosticeerd bij opname			29	26	11.896	
	Percentage sterfte (30 daagse en ziekenhuis) van AMI-patiënten < 65 jaar			0,0	0,0	1,4 (0-6,8)	
	Noemer: totaal aantal patiënten ≥ 65 jaar waarbij AMI is gediagnosticeerd bij opname			38	45	13.819	
	Percentage sterfte (30 daagse en ziekenhuis) van AMI-patiënten ≥ 65 jaar			10,5	6,7	7,4 (0-20,8)	

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
17	CVA				Geen PI in 2007		Geen strokeunit/strokeservice Geen cijfers Werkelijke sterfte 3% hoger of 4 %lager dan verwachte sterfte
17.1	Beschikking over stroke service	ja	Ja	Ja		100%	
	Beschikking over stroke unit	ja	Ja	Ja		100%	
17.2	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met ischemisch CVA <65 jaar		14	41		6.220 (7-180)	
	Percentage sterfte patiënten met ischemisch CVA < 65 jaar		0,0	7,3		2 (0-14)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met ischemisch CVA ≥65 jaar		69	99		16.283 (26-567)	
	Percentage sterfte patiënten met ischemisch CVA ≥65 jaar		2,9	7,1		6 (0-17)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten met hemorrhagisch CVA <65 jaar		19	6		1.141 (1-45)	
	Percentage sterfte patiënten met hemorrhagisch CVA <65 jaar		0,0	0,0		14 (0-50)	
	Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten hemorrhagisch CVA ≥65 jaar, overleden binnen 7 dagen		1	26		3.178 (5-111)	
	Percentage sterfte patiënten met hemorrhagisch ≥65 jaar		0,0	23,1		27 (0-58)	
	Totale sterfte		1,9	9,3		7,9 (1,9-15,2)	
	Minimale verwachte sterfte		8,2	8,9		8,3 (3,8-14,7)	
	Maximale verwachte sterfte		10,0	9,7		9,1 (4,2-15,4)	
	Toelichting nadere uitleg cijfers			SPSS			
18	HEUPFRACTUUR						Geen gegevens

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
							Geen onderscheid ASA-klasse Percentage tijdig <80 (ASA 1-2 of ASA onbekend), <70 (ASA 3- 5) Percentage tijdig > 98 (ASA 1-2 of ASA onbekend), >95 (ASA 3- 5)
18.1	Percentage patiënten met heupfractuur welke 1 kalenderdag zijn geopereerd bekend						
	Onderscheid naar ASA klasse mogelijk	nee	nee	nee	nee	76%	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 2			0	27	4.506	
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 2 geopereerd binnen 1 kalenderdag			0	100	89,2 (50-100)	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 3 5			41	15	4.229 (6-219)	
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 3 5 geopereerd binnen 1 kalenderdag			83,67	88,2	81,9 (46,7-100)	
	Noemer: aantal patiënten ≥65 jaar met heupfractuur ASA 1 5		31	49	17	5.054	
	Percentage patiënten ≥65 jaar met heupfractuur geopereerd binnen 1 kalenderdag ASA 1 5		87,1	83,7	88,7	84,9 (0-100)	
19	MAMMATUMOR				Geen PI in 2007		Geen gegevens Uitslag binnen 5 dagen <65% of 100%
19.1	Beschikking over mammapoli	ja	ja	Ja		99%	

Inspectie voor de Gezondheidszorg

	Ziekenhuis Walcheren	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007 N of gemiddelde of % (min-max)	Inspectiereactie
	Toelichting 19.1 Ziekenhuis Walcheren beschikt sinds 2004 over een mammapolikliniek naar landelijk voorbeeld en registreert continu alle acht landelijke prestatie-indicatoren.						
19.2	Percentage patiënten waarvan diagnose binnen 5-werkdagen bekend	ja	bekend	ja		85%	
	Teller: Aantal patiënten met verdenking op borstkanker met een diagnose binnen 5 werkdagen	106	147	204			
	Noemer: Totaal aantal patiënten met verdenking op borstkanker die eerste consult hebben gehad.	177	181	235		42.881 (55-1.472)	
	Percentage patiënten met diagnose binnen 5 werkdagen	59,89	81,22	86,8		86 (26-99)	
	Toelichting 19.2 Ziekenhuis Walcheren streeft naar een percentage van groter dan 90% in overeenstemming met de landelijke norm.						
21	POSTOPERATIEVE OPNAMEDUUR NA BLINDE DARM OPERATIE BIJ (0-15 JAAR)						Geen gegevens Mediane opnameduur 4 dagen of meer Maximum opnameduur langer 20 dagen
21.1	Aantal opgenomen kinderen blinde darm operatie			31	15	3.437 (9-104)	
	Gemiddelde opname duur			4,6	3,5	3,9 (1,4-8,5)	
	Mediane opnameduur			3,0	2,0	2,9 (1-5,5)	
	Minimum opnameduur			1	2,0	1,5 (0-3)	
	Maximum opnameduur			11	9,0	12,8 (5-47)	

5. Samenvatting van bevindingen

Delen van de noodzakelijke zorg voor moeder en kind, klinische kindergeneeskunde, gynaecologie en verloskunde is nu op een aantal aspecten kritiek en/of te beperkt of zelfs (in de toekomst) helemaal niet (meer) mogelijk:

- Zowel in het SOZ als het ZW is een maatschap van 4 fte gynaecologen werkzaam. Een praktijk van 4 fte gynaecologen voldoet niet aan de normpraktijk (moet volgens de NVOG uit tenminste 5 FTE gynaecologen bestaan) en vormt een bedreiging voor de kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening gedurende 24 uur per dag. Het aantal beschikbare kinderartsen en gynaecologen is te laag om op langere termijn verantwoorde zorg te kunnen verlenen over 2 locaties; het garanderen van 7 x 24 uren zorg is onvoldoende geborgd en specialisten kunnen hun vaardigheden op de huidige patiëntenpopulatie onvoldoende onderhouden of opbouwen. Dit geldt ook voor de gespecialiseerde verpleegkundigen.
- Het aantal fte kinderartsen in zowel SOZ als het ZW is niet in overeenstemming met de norm van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). De NVK hanteert een norm van 6-8 fte dienstdoende kinderartsen per vakgroep voor het afdekken van de 24-uurs zorg. In Ziekenhuis Walcheren zijn 5 (parttime) kinderartsen werkzaam en in de Oosterscheldeziekenhuizen zijn 4 (parttime) kinderartsen werkzaam.
- De adherentie van zowel Ziekenhuis Walcheren als de Oosterscheldeziekenhuizen is te klein om voldoende grote maatschappen kindergeneeskunde en gynaecologie te rechtvaardigen.
- Doordat in de Zeeuwse ziekenhuizen de noodzakelijke kindergeneeskundige zorg afwezig is, mede als gevolg van het uitblijven van de concentratie van moeder- en kindzorg, worden jaarlijks 60 pasgeborenen gedurende langere tijd buiten Zeeland (in Rotterdam, Breda en Dordrecht) behandeld.
- Zonder de beoogde concentratie en de daardoor mogelijk geworden deelspecialistische zorg moeten naar schatting ouders 600 à 700 keer per jaar met hun kind naar buiten regio Zeeland reizen voor kindergeneeskundige zorg.
- Twee gynaecologen hebben aangekondigd op korte termijn te vertrekken uit de regio Zeeland als gevolg van het uitblijven van de concentratie/fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen. Een derde gynaecoloog heeft vanwege gezondheidsredenen zijn praktijkvoering inmiddels neergelegd. Voor het SOZ en ZW tezamen resteren nu 5 gynaecologen. Waarneming en invulling van de drie ontstane vacatures is ondanks intensieve inspanningen tot dusver niet gelukt, waardoor er op dit moment reeds een ernstig continuïteitsprobleem is ontstaan. Concentratie op korte termijn van klinische kindergeneeskunde en tweede lijnsverloskunde op één locatie lijkt onontkoombaar geworden te zijn teneinde de basisfuncties klinische kindergeneeskunde en tweedelijns verloskunde te kunnen behouden voor Midden Zeeland.

Delen van de noodzakelijke acute zorg en meer complexe zorg voor patiënten met een ernstige aandoening, complicatie of na een zwaar ongeval zijn nu op een aantal aspecten kritiek en/of te beperkt mogelijk of (in de toekomst) zelfs helemaal niet (meer) mogelijk:

- Het aantal intensivisten is te laag om de huidige IC-voorzieningen (op het laagste niveau 1) op 2 locaties in stand te houden. Patiënten kunnen niet altijd rekenen op de begeleiding van een intensivist en lopen daarmee een verhoogd risico op gezondheidsschade dan wel om in kritieke situatie alsnog over

- een lange afstand verplaatst te moeten worden naar een ziekenhuis met voorzieningen van een hoger niveau.
- Vanwege de lange transferafstanden naar een ziekenhuis met een hoger IC level, alleen gelegen buiten de regio Zeeland op meer dan 100 km afstand, kiezen hulpverleners er vaak niet voor om patiënten te vervoeren naar een dergelijk ziekenhuis. Daardoor blijven beademde patiënten veel langer dan de norm is (max. 3 dagen) op de IC van het SOZ of ZW liggen. Dit komt tot uitdrukking in de hoogte van de gemiddelde beademingsduur van beide ziekenhuizen. Voor het SOZ is dit de gemiddelde beademingsduur 7,29 dagen en voor ZW is de gemiddelde beademingsduur 3,79 dagen (gebaseerd op gegevens van 2006).
- Het waarborgen van continuïteit en beschikbaarheid van de traumatoloog in acute situaties is in beide ziekenhuizen kwetsbaar met onvoldoende garanties voor de patiënt dat hij in voorkomende gevallen ook door een traumatoloog gezien en geopereerd wordt.
- Zeeland is de enige provincie die als geheel bij grote ongevallen het zogenaamde "golden hour" ruim overschrijdt vanwege de afstand naar het dichtstbijzijnde traumacentrum.
- De chirurgische mogelijkheden in het SOZ en ZW zijn beperkt; chirurgische ingrepen waarvan verwacht wordt dat postoperatieve nazorg (langer dan 3 dagen) op de intensive care noodzakelijk is, kunnen niet in deze ziekenhuizen verricht worden. Deze patiënten dienen voor dergelijke chirurgische ingrepen doorverwezen te worden naar een ziekenhuis buiten Zeeland.
- Er is sprake van een toegankelijkheidsprobleem voor tenminste 500 patiënten per jaar, woonachtig in het adherentiegebied van het SOZ en ZW, die traumazorg of IC of SEH zorg van een hoger niveau nodig hebben dan nu in Zeeland geboden kan worden. Naar verwachting zullen de normen die onder andere binnen de traumatologie gehanteerd worden strikter gehanteerd worden. Jaarlijks dienen daardoor tenminste 500 patiënten doorverwezen te worden naar een ziekenhuis op meer dan 100 km afstand buiten regio Zeeland. Ook duikongevallen kunnen daardoor niet meer in Zeeland worden opgevangen.
- Door het ontbreken van de mogelijkheid van interventiecardiologie in Zeeland moeten patiënten uitwijken naar ziekenhuizen buiten de provincie Zeeland. Dit heeft onverantwoord uitstel van acute behandeling tot gevolg en ook een grotere behoefte aan ambulancecapaciteit.

Als gevolg van bovenstaande komt de paraatheid van de ambulancevoorziening binnen de regio Zeeland in gevaar.

- Het doorverwijzen van patiënten naar een ziekenhuis buiten de regio leidt tot toenemend ambulancevervoer buiten de regio. Op basis van de huidige ervaringscijfers zullen tenminste 500 ritten buiten de regio plaatshebben. Dit vraagt minimaal 3 uur per rit. Op jaarbasis wordt hiermee de volledige inzet van 1 ambulance gemist (1500 uur).
- Bij uitblijven van de voorgenomen concentratie van het SOZ en ZW is de verwachting dat het aantal ambulanceritten naar buiten regio zal toenemen. Hiermee komt de paraatheid van de ambulancevoorziening verder onder druk te staan.

Bovenstaande heeft tot gevolg dat de kwantiteit en kwaliteit van de patiëntenopvang onder rampomstandigheden onvoldoende is. De ziekenhuizen bevinden zich in een gebied dat sterk beheerst wordt door de petrochemische industrie en intensief vrachtverkeer over de Westerschelde. Binnen de GHOR bestaat al jaren zorg over de opvangmogelijkheden binnen de regio Zeeland wanneer zich onverhoopt een grote ramp zou voordoen.

Bijlage 1 Lijst van geraadpleegde stukken/bronnen

-Prestatie-indicatoren SOZ en ZW

-Jaarverslagen SOZ en ZW 2006/2007

-Notitie "Noodzaak tot herontwerp acute zorg Samenwerkende Zeeuwse Ziekenhuizen" van
SOZ en ZW

-Informatie verkregen uit toezichtactiviteiten en gesprekken met SOZ en
ZW

-Informatie verkregen van de NZa betreffende de fusiemelding van het
SOZ en ZW d.d. 25
juni 2008 met bijlagen aan de NMa.

Bijlage 2: Antwoorden op de vragen van NMa (brief 6424.115.B1265)

Antwoord op vraag 1a:

Bij het toezicht maakt de IGZ gebruik van informatie verkregen uit de basisset prestatie-indicatoren, meldingenonderzoek en (follow-up van) thematisch onderzoek.

De IGZ houdt op verschillende manieren toezicht:

Algemeen toezicht/gefaseerd toezicht

De inspectie gebruikt gefaseerd toezicht om inzicht te verkrijgen in het niveau van de zorgverlening en prioriteiten te stellen in haar toezicht. Deze risicogestuurde werkwijze onderscheidt drie fasen: iedere stap in het toezicht werkt in feite als een soort 'zeef' naar de volgende stap. In de eerste fase worden risicovolle instellingen opgespoord. Ziekenhuizen en andere zorginstellingen toetst de inspectie aan de hand van prestatie-indicatoren (uitkomsten van zorg). Op basis van het inspectieformulier en de prestatie-indicatoren maakt de inspectie een inschatting van de risico's op het leveren van onverantwoorde zorg of het niet voldoen aan voorwaarden voor verantwoorde zorg, zich uitend in ongelukken, calamiteiten, verkeerde manieren van werken, enzovoort. Bij instellingen met een verhoogd risico brengt de inspectie een bezoek (tweede fase). Als daar blijkt dat de zorg onvoldoende is en de instelling onvoldoende werkt aan verbetering, gaat de inspectie over op de derde fase. Dat betekent dat de inspectie verscherpt toezicht instelt en maatregelen kan treffen.

Interventie- of crisistoezicht

Interventie- of crisistoezicht is de aangewezen toezichtsvorm in geval van grote problemen, calamiteiten of andere vormen van crisis. Diepgaand onderzoek is dan noodzakelijk zowel naar de oorzaken van het probleem, als naar de gevolgen ervan voor de kwaliteit van de zorg en de mogelijkheden om herhaling van een incident te voorkómen.

Thematisch toezicht

Waar crisistoezicht zich richt op één instelling, is thematisch toezicht gericht op instellingsoverstijgende onderwerpen. Doel is landelijk inzicht te verkrijgen in de effecten van overheidsbeleid of specifieke knelpunten in de zorg en (structurele) tekortkomingen en dreigende problemen in de kwaliteit en veiligheid van de zorg te traceren.

Zie voor meer informatie over het toetsingskader hoofdstuk 1 *Toetsingskader IGZ* in het document *Bouwstenen Fusie*.

Antwoord op vraag 1b:

De normen zoals in de basisset prestatie-indicatoren, voor zover aanwezig, zijn specialisme of functiespecifiek, zie de basisset prestatie-indicatoren.

Voor een aantal vakgroepen zijn door de Wetenschappelijke Verenigingen (WV-en) formatienormen vastgesteld, zoals voor de gynaecologie en de kindergeneeskunde. Indien er geen formatie normen zijn vastgesteld dan gaat de IGZ uit van de situatie zoals die ook voor loondienstsituaties geldt, namelijk om de beschikbaarheid van één persoon 7 x 24 uur te kunnen garanderen is een minimumformatie nodig van 5 FTE.

Daarnaast worden in toenemende mate volumenormen voor het minimum aantal verrichtingen per specialist of per ziekenhuis vastgesteld.

Antwoord op vraag 1c:

Formatienormen, volumennormen en andere normen, indien vastgesteld, die de IGZ betreft bij haar toezicht zijn opvraagbaar bij de betreffende Wetenschappelijke Verenigingen, soms ook op de website van de WV-en. In de basisset prestatie-indicatoren zijn, voor zover beschikbaar, normen (formatienormen, volumennormen etc) verwerkt in de gegevens die de ziekenhuizen moeten aanleveren.

De basisset prestatie-indicatoren is openbare informatie. Op de website www.snellerbeter.nl is informatie over de prestatie-indicatoren beschikbaar alsmede achtergrondinformatie van de Orde over diverse indicatoren.

Antwoord op vraag 1d:

De normen, voor zover deze vastgesteld zijn, zijn verkrijgbaar bij de WV-en.

Antwoord op vraag 2a:

Zie de prestatie-indicatoren van de ziekenhuizen op de websites van de ziekenhuizen, op de website www.ziekenhuizentransparant.nl en de informatie over de verschillende specialismen zoals beschreven in hoofdstuk 3.

Antwoord op vraag 2b:

Zie antwoord op vraag 2a.

Antwoord op vraag 3a:

Voor de functies gynaecologie en kindergeneeskunde bestaan formatienormen. Ook ten aanzien van de verschillende IC niveaus zijn normen gesteld ten aanzien van de beschikbaarheid en aanwezigheid van intensivisten. Verder is het aantal uit te voeren verdeling van aandachtsgebieden binnen een basisspecialisme ook richtinggevend voor de formatie van een maatschap. Er zijn WV-en die verbieden dat een specialist meer dan één subspecialisatie uitvoert, omdat men stelt dat een deel van de tijd ook aan het basisspecialisme besteed moet worden, dit is bijvoorbeeld aan de orde bij het specialisme Interne Geneeskunde. Zie voor meer normen de basisset prestatie-indicatoren, voor zover beschikbaar zijn de normen hierin verwerkt.

Antwoord op vraag 3b:

De IGZ toetst op het leveren van verantwoorde zorg (voor zover over deze uitkomsten van zorg informatie beschikbaar is) en of de zorgaanbieder voldoet aan voorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg (structuur- en procesnormen). Daarbij wordt gekeken of de randvoorwaarden zodanig zijn ingevuld dat verwacht kan worden dat de te leveren zorg van een kwalitatief verantwoord niveau is. Indien aan de voorwaarden, zoals formatienormen, volumennormen niet voldaan is, wordt gekeken of er voldoende andere maatregelen getroffen zijn teneinde het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen garanderen.

Zie verder het antwoord op vraag 1a.

Antwoord op vraag 3c:

Als niet aan een norm wordt voldaan wordt beoordeeld of het ziekenhuis in staat is om voor het betreffende onderdeel verantwoorde zorg te leveren bijvoorbeeld door andere maatregelen te nemen die garanderen dat er verantwoorde zorg wordt geleverd. Indien blijkt dat er geen verantwoorde zorg geleverd kan worden, dan zal de IGZ uit het oogpunt van patiëntveiligheid passend handhavend optreden.

Zie verder het antwoord op vraag 1a.

Antwoord op vraag 3d:

Zie het antwoord op 1c en 1d.

Antwoord op vraag 3e:

Zie het antwoord op 1c en 1d.

Antwoord op vraag 3f:

Na het handhavend optreden van de IGZ op het gebied van chirurgie bij slokdarmkanker (deze operatie mag alleen worden uitgevoerd indien een ziekenhuis er minsten 10 per jaar uitvoert) is er bij een aantal WVen beleid in gang gezet om te komen tot minimum-volumennormen voor bepaalde hightech interventies. Dit is een zeer traag verlopend proces, vooral door de consequenties die dit heeft voor het functioneren van medisch-specialisten en voor de (vooral kleinere) ziekenhuizen. De IGZ ontwikkelt eveneens beleid om handhavend te kunnen optreden wanneer veldnormen op het gebied van volumen-kwaliteit niet of niet snel genoeg tot stand komen. (Werkplan 2009, in voorbereiding)

Antwoord op vraag 4a:

Deze stelling past binnen het begrip verantwoorde zorg.

Antwoord op vraag 4b:

De capaciteit moet afgestemd zijn op de zorgvraag waarbij het uitmaakt of er sprake is van acute zorg, electieve zorg of chronische zorg. Indien er sprake is van een aandachtsgebied dat ten behoeve van de acute zorg 7 x 24 uur beschikbaar moet zijn, dan dient de capaciteit daarop afgestemd te zijn.

Antwoord op vraag 4c:

Zie het antwoord op vraag 1c en 1d.

Antwoord op vraag 4d:

Zie het antwoord op vraag 1c en 1d.

Antwoord op vraag 4e:

Zie het antwoord op vraag 1c en 1d.

Antwoord op vraag 5a:

Zie de basisset prestatie-indicatoren. In deze set zijn per specialisme en per functie, zover beschikbaar, de normen verwerkt. Zie ook vraag 3f.

Antwoord op vraag 5b:

Zie het antwoord op vraag 3b.

Antwoord op vraag 5c:

Zie het antwoord op vraag 3c.

Antwoord op vraag 5d:

Zie het antwoord op vraag 3d.

Antwoord op vraag 5e:

Zie het antwoord op vraag 3e.

Antwoord op vraag 5f:

Bij de IGZ zijn onder studie normen voor operaties van alvleesklierkanker, endeldarmchirurgie, totale blaasoperatie, levermetastasen. Tevens wordt beleid voorbereid hoe volumenormen tot stand kunnen komen bij hoogvolume medium-tech interventies (zoals coloscopie, interventieradiologie, ERCP, enz.)

Antwoord op vraag 5g:

Zie de informatie in hoofdstuk 3.

Antwoord op vraag 5h:

Na fusie ontstaat een middelgroot ziekenhuis met voldoende omvang van maatschappen en voldoende adherentie om basisziekenhuiszorg te kunnen verlenen, inclusief de noodzakelijke verdeling van aandachtsgebieden binnen maatschappen, en de mogelijkheid ook enkele speerpunten op het gebied van topklinische zorg te ontwikkelen. Dit gefuseerde ziekenhuis zal in vergelijking met andere middelgrote ziekenhuizen in Nederland een normaal functiepakket van diagnostische en therapeutische interventies kunnen aanbieden.

Antwoord op vraag 6a:

De IGZ baseert zich bij het toezicht op de normen en richtlijnen zoals vastgesteld door de WV-en en koepels. De IGZ gaat er vanuit dat de WV-en en koepels bij het vaststellen van normen en richtlijnen rekening houden met de laatste inzichten, zo mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en overige opinies. Daar waar WVen niet bereid of in staat zijn veldnormen te ontwikkelen, zal de IGZ – indien noodzakelijk vanuit publiek belang – zelf normen ontwikkelen, zo veel mogelijk na bestudering van literatuur en raadpleging van experts.

Antwoord op vraag 6b:

Zie het antwoord op vraag 6a.

Antwoord op vraag 6c:

De genoemde artikelen hebben geen invloed op het fusieadvies van de IGZ, zie voor een verklaring het antwoord op vraag 6a.

Antwoord op vraag 7a, 7b, 7c en 7c i t/m 7ciii:

De IGZ heeft niet onderzocht of internationale inzichten en oplossingen toepasbaar zouden zijn in Nederlandse ziekenhuizen. Bij het tot stand komen van het advies van de IGZ ten aanzien van de fusieaanvraag van het SOZ en ZW zijn de Nederlandse omstandigheden, normen, wetgeving etc betrokken, niet de internationale inzichten. Bovendien is doelmatigheid van zorg (de relatieve relatie tussen kwaliteit en kosten) geen onderwerp van toezicht door de IGZ.

Antwoord op vraag 8a:

Relevant bij deze vraag is de situering van de twee betrokken ziekenhuizen in de regio Zeeland. Afstanden in Zeeland zijn relatief lang met veel tweebaanswegen. Als gevolg van de regionale situatie verschillen het SOZ en ZW van andere ziekenhuizen met vergelijkbare omvang in die zin dat er op redelijke afstand van het SOZ en ZW geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is waarmee samenwerkingsafspraken mogelijk zijn, die de formatieve kwetsbaarheid (via gezamenlijke dienstenregeling, waarneming) verminderen en het beperkte niveau van zorg kunnen compenseren (b.v. via snelle overplaatsing heen en weer, topklinische functies snel beschikbaar, specialisten die deels in het basisziekenhuis en deels in het topklinisch/academisch ziekenhuis werkzaam zijn). Het dichtstbijzijnde ziekenhuis waar het SOZ en ZW dergelijke afspraken mee zou kunnen maken is meer dan 100 km van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen gelegen.

Antwoord op vraag 8b:

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 89 SOZ en ZW

Niet gesteld kan worden dat deze ziekenhuizen per definitie niet aan de gestelde kwaliteitseisen voldoen. Het ligt er aan hoe deze ziekenhuizen hun zorg georganiseerd hebben.

Antwoord op vraag 8c:

Zie antwoord op vraag 8a

Antwoord op vraag 9a:

Ten tijde van de brief van 15 november 2007 was er nog geen sprake van een crisissituatie voor wat betreft de gynaecologie. Nadien is een crisissituatie ontstaan als gevolg van het aangekondigde vertrek van 3 van de in totaal 8 gynaecologen en het niet tijdig kunnen invullen van de vacatures. De zittende gynaecologen hebben aangegeven dat er per 1 januari 2009 een oplossing gevonden moet zijn voor de werkdruk, de dienstbelasting en de kwalitatief onverantwoorde manier van werken als gevolg van het tekort aan gynaecologen. Als die oplossing niet gevonden is dan overwegen de zittende gynaecologen ook te vertrekken.

Als gevolg van het onoverbrugbare tekort aan gynaecologen in beide ziekenhuizen zijn beide ziekenhuizen niet meer in staat om afzonderlijk kwalitatief verantwoord 7 x 24 uur

2^e lijns obstetrische en gynaecologische zorg aan te bieden. Door de 2^e lijns obstetrische en gynaecologische zorg te concentreren op één locatie zijn de ziekenhuizen gezamenlijk wel in staat om deze zorg kwalitatief verantwoord 7 x 24 uur aan te bieden. Op deze manier kan de 2^e lijns obstetrische en gynaecologische zorg voor Midden en Noord Zeeland behouden blijven. Door niet te concentreren op één locatie is het niet mogelijk om deze zorg kwalitatief verantwoord aan te bieden en dreigt deze zorg voor Midden en Noord Zeeland verloren te gaan. Behalve dat een basisfunctie dan zou verdwijnen in deze regio, heeft dit ook een cascade effect tot gevolg zowel voor de 2^e lijns functies als voor 1^e lijns functies, zoals de 1^e lijns verloskunde.

Antwoord op vraag 9b:

Zie het antwoord op vraag 9a.

Antwoord op vraag 9c:

Het bestaansrecht van de klinische verloskunde, kindergeneeskunde en gynaecologie op langere termijn op beide locaties is net zoals nu afhankelijk van het aantal gynaecologen en kinderartsen. Bij een onoverbrugbaar tekort aan kinderartsen en/of gynaecologen is het niet mogelijk om deze zorg verantwoord 7 x 24 uur op twee locaties aan te bieden.

Antwoord op vraag 9d:

Op dit moment zijn dergelijke acute problemen voor ander specialismen niet bekend bij de IGZ. De meeste formaties specialisten van maatschappen in beide ziekenhuizen zijn overigens uiterst kwetsbaar. Het valt zeker niet uit te sluiten dat zich op korte of langere termijn vergelijkbare problemen ook bij andere vakgroepen zullen voordoen.

Antwoord op vraag 9e:

De omvang van vakgroepen in beide ziekenhuizen is beperkt en in een aantal gevallen zelfs onder de norm. Beide ziekenhuizen zijn daardoor ten aanzien van hun personele situatie uitermate kwetsbaar. Vertrek van een medisch specialist of (gespecialiseerd) verpleegkundigen of andere medewerkers leidt al snel tot een crisissituatie, omdat waarneming en vervanging problematisch tot onmogelijk blijken. Reden hiervoor is de huidige positie van beide ziekenhuizen, die het onaantrekkelijk maakt voor specialisten en overig gespecialiseerd personeel om in deze

ziekenhuizen te werken. Als redenen worden aangegeven: te kleine en dus te kwetsbare vakgroepen met een hoge dienstenfrequentie, te weinig mogelijkheden tot verdeling van aandachtsgebieden en introductie van nieuwe technologie, te grote afstand tot topklinische/academische ziekenhuizen om reële samenwerking mogelijk te maken.

Antwoord op vraag 9f:

Zie antwoord op vraag 8a.

Antwoord op vraag 9g:

Zie antwoord op vraag 8a.

Antwoorden op vraag 10a t/m 10c:

Zie de informatie in hoofdstuk 3 van de bijlage Bouwstenen Fusieadvies

Antwoord op vraag 11:

Deze vraag is niet op korte termijn te beantwoorden.

Antwoord op vraag 12a:

Er is sprake van samenhang voor verschillende functies in een ziekenhuis, zoals bijvoorbeeld de samenhang tussen de 2^e lijns verloskunde en klinische kindergeneeskunde. Indien er 's nachts geen kinderarts beschikbaar is, dan is het niet mogelijk om verantwoord 2^e lijns bevallingen te laten plaatsvinden. Indien noodzakelijk is er geen kinderarts beschikbaar voor een pasgeborene. Het wegvallen van bijvoorbeeld de 2^e lijns verloskunde en klinische kindergeneeskunde heeft ook andere gevolgen. De opleiding voor verpleegkundigen komt onder druk te staan omdat de specialismen verloskunde en kindergeneeskunde deel uitmaken van de opleiding voor verpleegkundigen.

Gynaecologie onderhoudt nauwe relaties met chirurgie, urologie (ondersteuning – ook onverwacht – tijdens operaties).

Verder zijn er ook afhankelijkheidsrelaties tussen bijvoorbeeld kindergeneeskunde en KNO (adeno-tonsillectomie), kindergeneeskunde en neurologie (kinderen met convulsies), kindergeneeskunde en chirurgie (traumatologie, chirurgie bij kinderen), kindergeneeskunde en interne geneeskunde (behandeling van adolescenten met diabetes mellitus).

Antwoord op vraag 12b:

Wanneer een ziekenhuis het specialisme obstetrie en gynaecologie respectievelijk kindergeneeskunde verliest, dan verliest het ziekenhuis een basisfunctie. Andere specialismen worden hierdoor tevens bedreigd (zie vraag 12a). Het ziekenhuis komt niet meer in aanmerking voor de opleiding tot gynaecoloog respectievelijk kinderarts. De opleiding voor verpleegkundigen komt in de knel, zie ook het antwoord op 12a. Er vindt uitstroom van patiënten plaats naar elders.

Antwoord op vraag 12c:

Zie het antwoord op vraag 12a en 12b.

Antwoord op vraag 12d:

Zie het antwoord op 12a en 12b.

Antwoord op vraag 12e:

Patiënten dienen te worden doorverwezen en/of overgeplaatst indien een dergelijke operatie geïndiceerd is.

Overigens is deze vraag niet relevant voor deze ziekenhuizen, aangezien er voor deze interventies minimum aantallen patiënten noodzakelijk zijn

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 91 SOZ en ZW

en dat is i.h.a. alleen in bepaalde topklinische c.q. academische ziekenhuizen het geval.

Antwoord op vraag 12f:

Patiënten met een oncologische aandoening dienen te worden doorverwezen en/of overgeplaatst. Het personeel zal de benodigde specifieke kennis en vaardigheden verliezen bij gebrek aan aanbod van patiënten met een dergelijke aandoening. Naast uitstroom van patiënten is ook uitstroom van specialisten te verwachten naar ziekenhuizen waar zij wel patiënten met een dergelijke aandoening kunnen behandelen.

Antwoord op vraag 12g:

Een ziekenhuis zonder een niveau 1 IC (het laagste level) is in principe geen ziekenhuis. In een dergelijk centrum kunnen alleen (poli)klinische lowcare behandelingen van electieve patiënten plaatsvinden. Ook complicaties zullen snel moeten worden overgeplaatst.

Antwoord op vraag 12h:

Zie de informatie in hoofdstuk 3 van de bijlage Bouwstenen Fusieadvies.

Antwoord op vraag 12i:

Zie de informatie in hoofdstuk 3 van de bijlage Bouwstenen Fusieadvies.

Antwoord op vraag 12j:

Er zijn in Nederland nog 4 ziekenhuizen zonder IC op niveau 1. (NB: in 2005 waren dit er nog 20.) Dit is een ongewenste situatie, omdat het zorgniveau in deze ziekenhuizen sterk wordt beperkt. Deze ziekenhuizen moeten daarom samenwerken met een ziekenhuis in de buurt om verantwoord complicaties te kunnen opvangen. Deze samenwerking is in Zeeland niet mogelijk door de grote afstanden met ziekenhuizen met een verantwoord IC-niveau.

Antwoord op vraag 13a:

Deze samenwerking dient in overeenstemming te zijn met de richtlijnen en normen zoals vastgesteld door de WV-en gericht op de oncologie.

Antwoord op vraag 13b:

Ziekenhuis Walcheren voldeed bij het laatste thematisch toezichtonderzoek (oncologische ketenzorg) van de IGZ niet aan de geldende normen. Dit heeft echter geen relatie met de grootte of ligging van dit ziekenhuis, maar heeft te maken met de multidisciplinaire samenwerking, communicatie over en coördinatie van de oncologische zorg. Veel ziekenhuizen voldoen niet aan de geldende normen. Dit rapport verschijnt naar verwachting in oktober 2008.

Antwoord op vraag 13b xvi en 13 xvii:

Zie het binnenkort verschijnende rapport over oncologische ketenzorg.

Antwoord op vraag 13c: xviii, xix

Ja. Voor oncologische zorg dienen alle betrokken specialismen aanwezig te zijn. Ook dienen er binnen de specialismen voldoende mogelijkheden te zijn voor aandachtsgebiedverdeling (b.v. bij borstkanker chirurgen die zie zich speciaal hierop toeleggen). Dit geldt voor chirurgen, radiologen, pathologen, internisten.

In de huidige twee ziekenhuizen is deze aandachtsgebiedverdeling enerzijds wel gedeeltelijk aanwezig maar zijn de formaties te klein voor voldoende verdeling en voor voldoende dekking.

Een fusie maakt het mogelijk op normale wijze aan deze eisen te voldoen (zie advies IGZ).

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 92 SOZ en ZW

Antwoord op vraag 13c xx:

Zie advies IGZ

Antwoord op vraag 13c xxi:

Als er andere (bestuurlijke) oplossingen mogelijk zijn, zal de IGZ deze kunnen beoordelen.

Antwoord op vraag 14a t/m 14f:

De IGZ heeft geen onderzoek gedaan naar de gevolgen van het benoemen en uitoefenen van speerpunten.

Uitgangspunt van de IGZ is het behoud van de basisziekenhuiszorg in deze regio. Dit stelt eisen aan alle functies die hiervoor nodig zijn.

Verdeling van basisfuncties tussen de ziekenhuizen is mogelijk, maar dan is er geen sprake meer van twee basisziekenhuizen. Het is ook de vraag of dit vanuit mededingingsoptiek mogelijk is.

In het algemeen kan gesteld worden dat ook voor het benoemen van speerpunten voldoende specialisten aanwezig moeten zijn en daarnaast een adequate adherentie met voldoende verrichtingen per specialist nodig is om het zorgaanbod effectief en kwalitatief verantwoord te kunnen aanbieden.

De IGZ heeft niet onderzocht of en op welke wijze beide ziekenhuizen hun zorgaanbod zouden kunnen verrijken met zogenaamde speerpunten. Beide ziekenhuizen kunnen immers hun basisfuncties al nauwelijks overeind houden.

Antwoord op vraag 15a en 15b:

In het algemeen is het de IGZ bekend dat fusies gedurende de eerste jaren tot organisatorische en bestuurlijke problemen kunnen leiden waardoor de kans bestaat dat er (tijdelijk) onvoldoende aandacht is voor het primaire patiëntenproces. Dit is bij vrijwel alle gefuseerde ziekenhuizen het geval (geweest). Veel van de problemen van reeds lang gefuseerde ziekenhuizen zijn nog steeds terug te voeren op niet goed geleide en doorgevoerde fusieprocessen op alle niveaus.

Daarom hecht de IGZ aan een sterke bestuurlijke leiding tijdens het fusieproces.

Onlangs heeft de Minister in een brief aan de Kamer hierover zijn zorgen geuit en de IGZ gevraagd tijdens fusieprocessen extra aandacht te besteden aan deze fusieziekenhuizen om daarmee de kwaliteit van de patiëntenzorg te bewaken.

Antwoord op vraag 15c t/m 15d:

De IGZ kan niet garanderen dat de fusie in Zeeland geen nadelige effecten zou kunnen hebben. De IGZ is er echter wel van overtuigd dat beide ziekenhuizen er veel aangelegen is om de fusie tot een succes te maken.

Naar de mening is niet-fuseren voor deze ziekenhuizen geen optie meer. Fuseren garandeert overleving van de basisziekenhuiszorg en geeft nieuwe mogelijkheden voor ontwikkeling en speerpunten. Het fusieproces zal – zoals bij alle fusieprocessen van ziekenhuizen – niet eenvoudig zijn. Hiervoor is sterke bestuurlijke leiding en externe support noodzakelijk.

Antwoord op vraag 16:

Voor overige relevante informatie verzoekt de IGZ de NMa kennis te nemen van het IGZ advies met betrekking tot de voorgenomen fusie van het SOZ en ZW inclusief de bijbehorende bijlage Bouwstenen Fusieadvies.

Bijlage 3: ANTWOORDEN OP VRAGEN NMa (brief 6424/273.B928)

Vraag 1a:

Bijlage behorend bij de brief met kenmerk 6424/273.B928

I Basisziekenhuiszorg

Op pagina 4 van uw brief van 27 oktober 2008 aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat: "Onder basisziekenhuiszorg wordt verstaan de zorg die geleverd wordt door de volgende medisch-specialistische functies, apart en in onderlinge samenwerking, en die op basis van de WTZi in elk ziekenhuis beschikbaar moet zijn:

- Acute zorg: traumazorg en acute zorg bij de onderstaande functies, alsmede de SEH en IC;*
- Interne geneeskunde;*
- Chirurgie/orthopedie;*
- Gynaecologie/verloskunde;*
- Kindergeneeskunde;*
- KNO geneeskunde;*
- Oogheelkunde;*
- Neurologie;*
- Cardiologie;*
- Medische ondersteunende afdelingen zoals radiologie, Klinisch Chemisch Laboratorium, pathologie etc."*

Vragen:

1a. Betekent dit dat basisziekenhuiszorg bestaat uit alle zorg van deze specialisten (inclusief mogelijke aandachtsgebieden) of betreft basisziekenhuiszorg (per specialisme) slechts een bepaald deel van de behandelingen?

Antwoord op vraag 1a:

Zoals vermeld in de 'Uitvoeringstoets (op hoofdlijnen) gewenste ziekenhuisspreiding', uitgebracht door het Bouwcollege in november 2000, kan ziekenhuiszorg in verschillende verschijningsvormen, waaronder verschijningsvormen als een algemeen ziekenhuis en een basisziekenhuis, worden aangeboden.

De volgende verschijningsvormen van ziekenhuiszorg zijn:

Het algemeen ziekenhuis: interventiecentrum

Een ziekenhuis (interventiecentrum) waarin:

- faciliteiten aanwezig zijn voor acute interventie bij levensbedreigende situaties;*
- alle poortspecialismen (= interne geneeskunde, cardiologie, pulmonologie, chirurgie, urologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en dermatologie) en de onmisbare ondersteunende specialismen (=radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie,*

klinische chemie en klinische neurofysiologie) zijn vertegenwoordigd;
· bovendien super- en subspecialistische zorg (betreft topklinische functies:

poortspecialismen met meer (facilitaire) mogelijkheden, maar ook specialismen als

bijvoorbeeld: specifieke vormen van chirurgie, neurochirurgie, acute hemodialyse, etc.)

kan worden geboden;

· voor een groot aantal medisch specialisme opleidingsbevoegdheid aanwezig is;

· 24-uurs spoedeisende zorg geboden kan worden;

· IC/CCU faciliteiten aanwezig zijn met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning;

· poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling kan worden geboden.

Dit zijn de minimumvereisten voor een voorziening waarin verantwoord interventies kunnen worden gedaan in spoedeisende situaties, hetzij therapeutisch, hetzij stabiliserend ten behoeve van eventuele doorverwijzing naar een centrum met meer specifieke mogelijkheden.

De spreiding van deze voorzieningen zijn van belang zowel voor de spoedeisende zorg als voor de dagelijkse zorg.

Alle grotere algemene en academische ziekenhuizen vallen in deze categorie.

Buiten het kader van deze uitvoeringstoets, maar uiteraard niet onbelangrijk voor de spoedeisende zorg voor bijvoorbeeld zeer ernstige (multi-)traumapatiënten, vallen de 10 traumacentra.

Het algemeen ziekenhuis: basisziekenhuis

Een ziekenhuis dat zich toelegt op de veel voorkomende vormen van ziekenhuiszorg en waarin

· alle poortspecialismen (=interne geneeskunde, cardiologie, pulmonologie, chirurgie,

urologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde,

oogheelkunde en dermatologie) en de onmisbare ondersteunende specialismen

(=radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie,

klinische chemie en klinische neurofysiologie) zijn vertegenwoordigd;

· een basispakket van diagnostische en therapeutische faciliteiten aanwezig is;

· klinische verpleging en dagverpleging geboden wordt;

· 24-uurs spoedeisende zorg geboden kan worden;

· IC/CCU faciliteiten aanwezig zijn met de mogelijkheden tot ademhalingsondersteuning;

· poliklinische zorg, klinische zorg en dagbehandeling kan worden geboden.

Het 'interventiecentrum' en het 'basisziekenhuis' dienen te worden beschouwd als respectievelijk maximum- en minimumvariant. In de praktijk bestaan er doorgaans mengvormen in die zin dat er interventiecentra (grotere ziekenhuizen) zijn die niet beschikken over alle topklinische functies en basisziekenhuizen (kleinere ziekenhuizen) die beschikken over één of meer topklinische functies.

Overigens geldt mutatis mutandis hetzelfde voor de hierna beschreven profielziekenhuizen.

Het basisziekenhuis kenmerkt zich tenminste door het bieden van zowel de spoedeisende tweedelijnszorg in volle omvang als de 'dagelijkse tweedelijnszorg'.

Het profiel ziekenhuis

Een ziekenhuis dat zich toelegt op bepaalde deelgebieden van de ziekenhuiszorg of bepaalde doelgroepen. Dit kan een (klein) zelfstandig ziekenhuis zijn, maar ook één van de locaties van een groter algemeen ziekenhuis. Ook een categoriaal ziekenhuis valt onder deze definitie.

Voorbeelden van functies die al dan niet beschikbaar zijn:

- medisch specialistische polikliniek (voor specialismen afhankelijk van het profiel, mogelijk op topklinisch niveau);
- 24-uurs klinische verpleging of alleen dagverpleging;
- diagnostische en therapeutische faciliteiten (met inbegrip van bijvoorbeeld een afdeling radiodiagnostiek, een functieafdeling, operatiekamers en verkoeverruimten, maar eventueel ook topklinische faciliteiten).

Het dagziekenhuis

Een ziekenhuis dat zich toelegt op de algemene, niet te complexe medisch specialistische zorg en dat voorziet in:

- poliklinische zorg (geen 24-uurs zorg en geen intensieve zorg of hartbewaking);
- dagbehandeling/-verpleging; alleen electieve behandelingen; operatiepatiënten kunnen na de verkoever naar huis; poliklinische consulten;
- een basispakket aan faciliteiten voor diagnostiek en therapie en bewaking (verkoever).

Een zelfstandig behandelcentrum kan aan deze beschrijving voldoen.

De buitenpolikliniek

Een voorziening voor ambulante zorg die alleen overdag op werkdagen geopend is.

Tussen de buitenpoli's bestaan grote verschillen in functie. De meest eenvoudige vorm:

- een spreekuurvoorziening voor medisch specialisten.

Aan deze spreekuurvoorziening kunnen verschillende mogelijkheden worden toegevoegd, zoals bijvoorbeeld:

- diagnostische faciliteiten voor beeldvormende diagnostiek;
- afnamepunt voor een laboratorium;
- behandelkamer (geen operatiekamer) voor eenvoudige ingrepen.

Een zelfstandig behandelcentrum kan aan deze beschrijving voldoen.

Verplaatste ziekenhuiszorg (transmurale zorg)

In toenemende mate wordt ziekenhuiszorg (tweedelijnszorg) buiten een ziekenhuissetting geboden:

- de ondersteuning van huisartsenposten vanuit het ziekenhuis;
- de ondersteuning van huisartsen vanuit het ziekenhuis door 'telemedicine';
- de extramurale inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen;
- specialisten die spreekuur houden in een gezondheidscentrum;
- mobiele medische teams vanuit ziekenhuizen voor de traumazorg.

Tot zover het Bouwcollege.

Wat betekent dit voor de regio van de betrokken twee ziekenhuizen?

De situering van de ziekenhuiszorg in Zeeland met ziekenhuizen in Goes en Vlissingen, een dunbevolkte en uitgestrekte regio met vrijwel geen snelwegen, en het gegeven dat er op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is (een dergelijk ziekenhuis is op ongeveer 100 km van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen gelegen) maakt dat er **een volwaardig basisziekenhuis noodzakelijk** is met

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 97 SOZ en ZW

een aanvullend zorgaanbod, zoals in een algemeen ziekenhuis van deze omvang met een dergelijk adherentiegebied, aangeboden wordt, zoals:

- Faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties;
- IC/CCU faciliteiten met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning, (een niveau 2 IC);
- Alle poortspecialismen met de daarbij horende (medisch) facilitaire mogelijkheden en toepassing van aandachtsgebieden die in een dergelijk ziekenhuis noodzakelijk zijn.

Vraag 1b en 1c:

1b. Ingeval het een bepaald deel betreft: waaruit bestaat dit deel?

1c. Klopt het dat de volgende specialismen dus niet vallen onder het begrip basisziekenhuiszorg:

- longgeneeskunde;
- reumatologie;
- anesthesiologie;
- dermatologie;
- urologie;
- kaakchirurgie;
- plastische chirurgie?

Antwoord op vraag 1b:

Niet van toepassing, zie antwoord op vraag 1a.

Antwoord op vraag 1c:

Basisziekenhuiszorg bevat alle poortspecialismen en de onmisbare ondersteunende specialismen radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie en klinische neurofysiologie.

De poortspecialismen omvatten de volgende specialismen: interne geneeskunde, cardiologie, pulmonologie, chirurgie, urologie, gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en dermatologie.

Longgeneeskunde valt dus onder het begrip basiszorg, reumatologie behoort tot het specialisme interne geneeskunde en valt dus ook onder het begrip basisziekenhuiszorg.

Voor wat betreft het specialisme plastische chirurgie en kaakchirurgie is het volgende van belang.

- Vele specialismen rekenen het hoofd-hals (HH-) gebied tot hun vakgebied, zoals chirurgen, KNO-artsen, neurologen en neurochirurgen, plastisch chirurgen, oogartsen, orthopeden en kaakchirurgen. Elk specialisme doet zijn eigen ingrepen in het HH-gebied. De enige uitzondering vormen de neurochirurgen en oogartsen, die zich exclusief met het brein, respectievelijk met de ogen bezighouden. Soms worden ingrepen in het ene ziekenhuis door de chirurg en in het andere ziekenhuis door bijvoorbeeld de kaakchirurg of de plastisch chirurg uitgevoerd. Soms wordt eenzelfde ingreep in hetzelfde ziekenhuis zelfs door twee specialismen uitgevoerd. Ten slotte komt het voor dat specialismen samen een ingreep uitvoeren.

- Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie is een tandheelkundig specialisme. De kaakchirurg die in het jaar 2000 of later zijn opleiding heeft voltooid, moet naast het tandartsdiploma ook het artsdiploma bezitten. Het werkterrein van de kaakchirurg bevindt

zich dan ook op het raakvlak van de tandheelkunde en de geneeskunde. Een kaakchirurg is daarom altijd werkzaam in het ziekenhuis.

De kaakchirurg behandelt, behalve de aangeboren afwijkingen van het skelet van het aangezicht, zoals schisis (de "hazenlip"), de letsels van de beenderen van het aangezicht en de weke delen (huid en slijmvlies) die er overheen liggen. Voorts behandelt de kaakchirurg de goedaardige en de kwaadaardige gezwellen van de mondholte en de naaste omgeving. Ook het herstel van de defecten die het gevolg kunnen zijn van de behandeling van die kwaadaardige gezwellen wordt uitgevoerd door de kaakchirurg. De kaakchirurg-oncoloog hoort tot de poortspecialismen.

Vraag 1d:

1d. Moet de NMa hieruit de gevolgtrekking maken dat de voorgenomen fusie naar het oordeel van de IGZ voor de onder 1c. genoemde specialismen niet noodzakelijk is? Zo ja, gelieve uw antwoord te motiveren met name ten aanzien van anesthesiologie en longgeneeskunde. Zo nee, geef gemotiveerd aan welke van de onder 1c. genoemde specialismen naar het oordeel van de IGZ eveneens noodzakelijkerwijs moeten fuseren.

Antwoord op vraag 1d:

Naar het oordeel van de IGZ dienen alle poortspecialismen, dus ook de longgeneeskunde, en de voor het zorgproces onmisbare ondersteunende specialismen radiodiagnostiek, anesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie en klinische neurofysiologie te fuseren. Voor een onderbouwing van deze zienswijze verwijst ik u naar het fusieadvies en de bijlage 'Bouwstenen fusieadvies'.

Vragen 2, 3a en 3b

Vragen:

2. Is IGZ inderdaad van mening dat de adherentie in Midden-Zeeland onvoldoende is om de daar noodzakelijke basisziekenhuiszorg aan te laten bieden door twee ziekenhuizen?
- 3a. Is de IGZ voorts van mening dat op grond van de hierboven weergegeven normen in Midden-Zeeland slechts één basisziekenhuis kan functioneren?
- 3b. Indien het antwoord op vraag 3a bevestigend luidt, wat zijn hiervan de zorginhoudelijke redenen (minimumformatie, volume en adherentie)? Kan de IGZ dit kwantificeren?

Antwoord op vraag 2:

De adherentie in Midden-Zeeland is naar het oordeel van de IGZ onvoldoende om de ziekenhuiszorg zoals beschreven in het antwoord op vraag 1a aan te laten bieden door twee ziekenhuizen. Voor het leveren van (een deel van het) aanvullend zorgaanbod zoals beschreven bij het antwoord op vraag 1a zijn behalve continuïteit ook aanvullende criteria zoals een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig. Dit heeft te maken met opleiding, competentie, behoud van voldoende ervaring/vaardigheden, en specifieke faciliteiten. Ook vanuit bedrijfsmatige aspecten is een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig om dergelijke zorg financieel verantwoord te kunnen

aanbieden. *PM: uitwerking NZa.*

Door de adherentie van beide ziekenhuizen samen te voegen kunnen de voordelen zoals hiervoor beschreven worden ingevuld. Met de noodzakelijkheid van het samenvoegen van de adherentie van beide ziekenhuizen is er geen plaats voor twee volwaardige basisziekenhuizen met een zorgaanbod zoals omschreven in het antwoord op vraag 1a.

Antwoord op vraag 3a:

De huidige situatie waarbij er in Midden-Zeeland of op redelijke afstand geen topklinisch of academisch ziekenhuis aanwezig is (een dergelijk ziekenhuis is op ongeveer 100 km van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen gelegen) heeft een aantal ongewenste consequenties tot gevolg.

Relatief veel patiënten, zowel acute als electieve patiënten, moeten de regio verlaten en gaan naar ziekenhuizen in Rotterdam, Breda, Antwerpen of Gent. Reden is dat deze patiënten zorg nodig hebben, die qua niveau ofwel uitgaat boven het huidige niveau van de ziekenhuizen in Goes en Vlissingen, bijvoorbeeld vanwege de onmogelijkheid van beide ziekenhuizen om binnen de poortspecialismen aandachtsgebieden te verdelen of door het ontbreken in Midden Zeeland van (een deel van het) aanvullend zorgaanbod zoals in een algemeen ziekenhuis aangeboden wordt. Hierbij gaat het dan om zorg zoals:

- Faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties;
- IC/CCU faciliteiten met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning (een niveau 2 IC);
- Alle poortspecialismen met de daarbij horende (medisch) facilitaire mogelijkheden en toepassing van aandachtsgebieden die in een dergelijk ziekenhuis noodzakelijk zijn.

Voor dergelijk zorg is een adherentie van een bepaalde omvang nodig om de zorg, verantwoord, efficiënt en effectief te kunnen aanbieden. Beide ziekenhuizen afzonderlijk beschikken over een onvoldoende adherentie. Samenvoeging van de adherentie van beide ziekenhuizen schept de mogelijkheid om op één locatie dergelijke zorg verantwoord 7x24 uur te kunnen aanbieden. *PM: Uitwerking bedrijfsvoeringsaspecten: uitwerking NZa.*

Antwoord op vraag 3b:

Voor het leveren van (een deel van het) aanvullend zorgaanbod zoals beschreven bij het antwoord op vraag 3a zijn behalve continuïteit ook aanvullende criteria zoals een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig. Dit heeft te maken met opleiding, competentie en behoud van voldoende ervaring/vaardigheden, en specifieke faciliteiten. Ook vanuit bedrijfsmatige aspecten is een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig om dergelijke zorg logistiek en financieel verantwoord te kunnen aanbieden. *PM: uitwerking door NZa.* Verder zie ook het antwoord op vraag 3a.

Vraag 4a, 4b en 4c:

4a. Geef uitputtend aan welke behandelingen en/of aandachtsgebieden in Midden-Zeeland **noodzakelijk** (dus niet: wenselijk) zijn, die niet door een klein basisziekenhuis kunnen worden geleverd.

4b. Is naar de mening van de IGZ voor de regio Midden-Zeeland het aanbieden van IC level 2 **noodzakelijk** of **wenselijk**? Motiveer uw antwoord.

4c. Beantwoord dezelfde vraag voor het aanbieden van dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie.

NB: Vraag 4a: Wat bedoelt de NMa met "uitputtend"?

NB: Vraag 4c: Waarom juist deze voorbeelden?

Antwoord op vraag 4a, 4b en 4c:

Het zorgaanbod zoals onder andere beschreven in het antwoord op vraag 1a en 3a is noodzakelijk en betreft:

- Faciliteiten voor acute interventie bij levensbedreigende situaties zoals dotterbehandelingen, aortachirurgie en complexe traumatologie;
- IC/CCU faciliteiten met de mogelijkheid tot langdurige ademhalingsondersteuning, (een niveau 2 IC);
- Alle poortspecialismen met de daarbij horende (medisch) facilitaire mogelijkheden en toepassing van aandachtsgebieden die in een dergelijk ziekenhuis noodzakelijk zijn.

Bij acute zorg geldt een norm van 45 minuten waarbinnen een patiënt de vereiste zorg in het ziekenhuis moet kunnen ontvangen. Door het ontbreken van een niveau 2 IC in Midden Zeeland dienen patiënten, indien geïndiceerd, naar een ziekenhuis met een niveau 2 IC buiten de regio Midden Zeeland verwezen te worden. Het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een niveau 2 IC of hoger is ongeveer 100 km verder gelegen.

In 2006 kwamen, op basis van de ernst van hun letsel, 500 van de 24.000 op de SEH van het Oosterscheldeziekenhuis en ziekenhuis Walcheren gepresenteerde patiënten in aanmerking om direct doorverwezen te worden naar een ziekenhuis buiten de regio (m.n. naar Rotterdam).

Chirurgische ingrepen waarvan verwacht wordt dat de postoperatieve beademing op de IC langer dan 3 dagen duurt (dit betreft regelmatige voorkomende ingrepen), kunnen volgens de CBO-richtlijn ook niet verantwoord in ziekenhuis Walcheren en het Oosterscheldeziekenhuis verricht worden. Dergelijke patiënten dienen voor een dergelijke nabeademing te worden opgenomen op tenminste een niveau 2 IC. De IGZ heeft geconstateerd dat in het Oosterscheldeziekenhuis en Ziekenhuis Walcheren regelmatig patiënten langer op de IC blijven opgenomen dan verantwoord is op dit niveau IC. Als verklaring geven de ziekenhuizen aan dat overplaatsing van een dergelijke patiënt naar een ziekenhuis met een niveau 2 IC vanwege de grote afstand naar een dergelijk ziekenhuis te riskant zou zijn.

Om patiënten in Midden-Zeeland de juiste behandeling op het juiste niveau te kunnen aanbieden en ongewenst en/of onnodig vervoersrisico en onnodige delay te voorkomen ten aanzien van de geïndiceerde behandeling is, gezien bovenstaande, het treffen van een **niveau 2 IC** voorziening in Midden-Zeeland **noodzakelijk**.

Vraag 5a, 5b en 5c:

*Op pagina 11 van uw brief staat: "De (nabije) toekomst van beide ziekenhuizen is uiterst onzeker, indien noodzakelijke fusie (c.q. intensieve vormen van brede samenwerking) geblokkeerd zou worden."
Op pagina 12 staat: "Om de meerwaarde van de fusie te kunnen realiseren zullen alle vakgroepen moeten fuseren."*

De IGZ is klaarblijkelijk van oordeel dat een fusie noodzakelijk is om de benodigde schaal te behalen. Strikt genomen zegt de IGZ niet het omgekeerde, namelijk dat de fusie de problemen van de ziekenhuizen in kwestie ook zal oplossen.

- 5a. Acht de IGZ het aannemelijk dat de gestelde positieve effecten van de fusie zich zullen voordoen? Motiveer uw antwoord en ga daarbij specifiek in op de door u op pagina 11 en 12 van uw brief genoemde factoren.
- 5b. IGZ noemt onder meer de rol van de verzekeraar. Welke rol moet de verzekeraar (in casu met name CZ) op zich nemen willen de gestelde positieve effecten van de fusie zich voordoen?
- 5c. Op welke wijze heft de voorgenomen fusie de formatieve kwetsbaarheid op?
- 5d. Is het voor het bereiken van de geclaimde voordelen van de fusie noodzakelijk, of wellicht cruciaal, dat er een level 2 IC wordt ingericht? Motiveer uw antwoord.

Antwoord op vraag 5a:

Ja, de IGZ acht het uiterst aannemelijk dat de gestelde positieve effecten van de fusie zich zullen voordoen. Er zijn – afgezien van een tijdelijke fusieperiode – geen redenen waarom deze positieve effecten niet zouden worden geëffectueerd, sterker nog: het fusieziekenhuis heeft er immers zelf baat bij om alle fusievoordelen maximaal te benutten.

Met het samenvoegen van de (basis)functies van beide ziekenhuizen met de daarbij behorende grotere maatschappen en het optellen van de adherentie en de patiëntenaantallen van beide ziekenhuizen worden essentiële randvoorwaarden voor noodzakelijk verantwoorde zorg geschapen. *PM: Uitwerking van de budgettaire, financiële en bedrijfsmatige voordelen: uitwerking NZa.*

Deze randvoorwaarden zijn van essentieel belang voor onder andere:

- het opheffen van de formatieve kwetsbaarheid bij medisch specialisten en (gespecialiseerde) medewerkers;
- het op verantwoorde wijze kunnen komen tot verdeling van aandachtsgebieden per vakgroep met een voldoende formatieve bezetting per aandachtsgebied. Verantwoord functionerende aandachtsgebieden maken ook introductie van nieuwe technologieën mogelijk, waardoor het ziekenhuis "bij de tijd" kan blijven;
- het kunnen voldoen aan de criteria voor een niveau 2 IC. Met de komst van een niveau 2 IC is het verantwoord om patiënten langer dan 3 dagen te beademen en kunnen, in tegenstelling tot nu, ook de meer complexe OK-patiënten verantwoord in het ziekenhuis worden geopereerd. (On)geplande overplaatsingen naar ziekenhuizen buiten de regio zullen slechts zelden nog nodig zijn;
- het kunnen voldoen aan de criteria voor een op de acute zorg toegeruste SEH. Hierdoor kan de acute traumatologie op "normale" wijze functioneren.

De IGZ heeft de overtuiging dat met het samenvoegen van de (basis)functies van beide ziekenhuizen met de daarbij behorende maatschappen (en financiële mogelijkheden: *PM: NZa*) een

ziekenhuis ontstaat dat effectieve, veilige en patiëntgerichte zorg op een breed vlak toegankelijk maakt voor de bevolking van Midden-Zeeland.

Antwoord op vraag 5b:

De rol van de verzekeraar is genoemd in relatie tot het feit dat de 1^e lijnsbevallingen zich grotendeels zullen verplaatsen van thuis naar een eerstelijns centrum voor verloskunde bij of in het ziekenhuis. Dit aspect moet betrokken worden bij de beoordeling van het ambulancevervoer en de formatie van het aantal eerstelijns verloskundigen. Het voorzien in een oplossing van de gevolgen van het genoemde aspect valt buiten de competentie van beide ziekenhuizen. Voor dit aspect is dan ook actieve bemoeienis gewenst van de zorgverzekeraar.

Een fusieziekenhuis is ook voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk, omdat het daarmee een breed georiënteerd basisziekenhuispakket op verantwoord niveau voor zijn verzekerden toegankelijk maakt.

Antwoord op vraag 5c:

De voorgenomen fusie heft de formatieve kwetsbaarheid op. Te kleine formaties bedreigen de noodzakelijke continuïteit van zorg 7x24 uur. Door het samenvoegen van twee maatschappen van hetzelfde specialisme ontstaat een grotere maatschap waarmee het makkelijker is om tenminste op één locatie buiten kantooruren 7 dagen per week zorg van een dergelijke maatschap aan te bieden. Als een maatschap bestaat bijvoorbeeld uit meerdere gespecialiseerde vaatchirurgen dan is een dergelijke maatschap in staat om 7 x 24 uur een vaatchirurg beschikbaar te hebben voor het geval zich een patiënt aandient met een (complex) vaatchirurgisch probleem. De patiënt kan dan door een vaatchirurg behandeld worden in plaats van door een algemeen chirurg. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld ook voor een patiënt die als gevolg van een gebroken heup geopereerd dient te worden. Volgens de richtlijnen van de beroepsgroep dient een patiënt met een gebroken heup binnen 1 kalenderdag geopereerd te worden. Bij een kleine orthopedische maatschap is het niet mogelijk om 7 x 24 uur een orthopedisch chirurg beschikbaar te hebben. In een dergelijke situatie komt het dus voor dat een patiënt met een gebroken heup geopereerd wordt door een algemeen chirurg in plaats van een orthopedische chirurg. Door het fuseren van de maatschappen wordt een dergelijke formatieve kwetsbaarheid opgelost.

Antwoord op vraag 5d:

Om patiënten in Midden-Zeeland de juiste behandeling op het juiste niveau te kunnen aanbieden en ongewenste en onnodige vervoersrisico en onnodige delay te voorkomen ten aanzien van de geïndiceerde behandeling is het treffen van een niveau 2 IC voorziening in Midden-Zeeland noodzakelijk.

Voor niveau 2 IC zorg is een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig. Dit heeft te maken met opleiding, competentie en behoud van voldoende ervaring/vaardigheden. Ook vanuit bedrijfsmatige aspecten is een bepaald minimumvolume aan patiënten nodig om dergelijke zorg financieel verantwoord te kunnen aanbieden (*PM: uitwerking NZa*). Om aan dat minimumvolume aan patiënten te komen is een adherentie van een bepaalde omvang nodig. Beide ziekenhuizen afzonderlijk beschikken over een onvoldoende adherentie voor dergelijke zorg. Samenvoeging

van de adherentie van beide ziekenhuizen schept de mogelijkheid om op één locatie dergelijke zorg verantwoord 7x24 uur te kunnen aanbieden. Zonder de aanwezigheid van een niveau 2 IC voorziening blijft het ook na een fusie van beide ziekenhuizen niet mogelijk om een deel van het noodzakelijke zorgaanbod binnen Midden-Zeeland aan te bieden. De voordelen van een fusie worden dan onvoldoende benut. Met de komst van een niveau 2 IC is het mogelijk en verantwoord om patiënten langer dan 3 dagen te beademen en kunnen, in tegenstelling tot nu, ook de meer complexe OK-patiënten verantwoord in het ziekenhuis worden geopereerd. (On)geplande overplaatsingen naar ziekenhuizen buiten de regio zullen slechts zelden nog nodig zijn. Alleen fusie van beide ziekenhuizen maakt het mogelijk een IC op niveau 2 in te richten.

Vraag 6:

6. Geef een reactie op dit rapport, met name op de stelling van Twijnstra Gudde dat de vereiste kwaliteit van de zorg ook zonder fusie kan worden bereikt, namelijk door middel van diverse vormen van samenwerking.

Ingevoegd:

Commentaar Wim Schellekens, Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg

16 november 2008 (verzonden aan de NMa, i.a.a. NZa, op 16 november 2008)

Betreft:

Rapport Twijnstra Gudde (TG) in opdracht van de NMA, d.d. 24 oktober 2008

(door IGZ ontvangen op 13 november 2008)

“Alternatieven voor de concentratie van Stichting Ziekenhuis Walcheren en Stichting Oosterscheldeziekenhuizen” (onderzoek 6424)

In opdracht van de NMa heeft TG een rapport geschreven waarin zij de vraag beantwoorden of de fusie van de twee betrokken Zeelandse ziekenhuizen noodzakelijk is en met name wat de alternatieven zijn om de problematiek van beide ziekenhuizen op te vangen.

Conclusie van TG is dat *fusie niet noodzakelijk* is, omdat er vormen van samenwerking mogelijk zijn, die de problematiek zouden kunnen oplossen. TG geeft wel aan dat deze vormen van samenwerking niet gemakkelijk te realiseren zijn en veel vragen van het leiderschap van de besturen en actieve medewerking van de betrokken medisch specialisten.

Het rapport is een gedegen, en op het eerste gezicht indrukwekkend werkstuk, waarin uitvoerig een aantal theoretische modellen wordt beschreven vanuit de aanwezige kennis en expertise binnen TG. Ook wordt een inventarisatie gegeven van een groot aantal voorbeelden van samenwerking in Nederland.

Toch heb ik een aantal principiële bezwaren tegen de aanpak en de conclusies van het rapport.

Ik zal deze kort toelichten.

- Het rapport is vanachter het bureau geschreven (blz.4). Er is alleen gebruik gemaakt van literatuur, eigen kennis binnen TG en de informatie die de fusiepartijen hebben aangeleverd. Er is niet gesproken met betrokkenen en hun regionale en landelijke stakeholders.

- De analyse betreft alleen het zg. “*efficiencyverweer*” (blz.4): wat zijn de alternatieven voor een ziekenhuis dat ontstaat na een fusie. Het rapport gaat niet in op het “*reddingsfusieverweer*”, nl. de onvermijdelijkheid van een fusie omdat één (of beide) ziekenhuizen los van elkaar op (korte?) termijn in hun overleving bedreigd is (zijn).
- De conclusies van TG gaan ervan uit dat de aangedragen vormen van samenwerking niet meer dan 15% van de zorg bedragen (blz.22, 23, 45). Dit uitgangspunt klopt niet.
- Vormen van samenwerking zijn beoordeeld per afzonderlijke functie en niet voor een aantal functies gezamenlijk.
- Ook nadat samenwerkingsafspraken zijn gemaakt moeten beide ziekenhuizen met elkaar blijven concurreren. In het rapport wordt niet beschreven hoe beide ziekenhuizen er na de aanbevolen samenwerking uit zouden gaan zien (functieverdeling, acute zorg, PR en uitstraling, bedrijfsvoering, financiële mogelijkheden, huisvesting, enz.) en wat hiervan de consequenties zijn voor hun concurrentievermogen.
- Beschreven wordt dat doel van samenwerking altijd is “verbeteren of vernieuwen” (blz. 25). In de Zeelandse situatie gaat het primair om overleven, d.w.z. leven of dood van beide ziekenhuizen en pas daarna om mogelijkheden om te verbeteren of te vernieuwen.
- Er is niet aangegeven of de geadviseerde vormen van samenwerking ook uitvoerbaar zijn vanuit de eisen die gesteld worden aan een gezonde bedrijfsvoering.
- Er is (in overleg met de opdrachtgever) niet getoetst aan de mededingingsregels (blz.8).
- Er wordt een indrukwekkend en op zich nuttig overzicht gegeven van allerlei vormen van samenwerking in Nederland, tussen ziekenhuizen, tussen ziekenhuizen en 1^e/3^e lijnszorg (blz.11-17).
Bij de beschrijving valt echter het volgende op:
 - Het zijn steeds vormen van samenwerking tussen gelijkwaardige partners, die ieder voor zich levensvatbaar zijn en bestaansrecht hebben. Concurrentiekracht blijft bij de samenwerking behouden.
 - Het betreft steeds vormen van samenwerking die vrijwillig tot stand zijn gekomen.
 - Het betreft steeds samenwerking rond één functie, die dan bovendien vrijwel altijd gelijkwaardig verdeeld wordt, en het betreft nooit meerdere of alle functies.
 - De samenwerking leidt in de gegeven voorbeelden nooit tot een situatie die niet meer gelijkwaardig is (zie ook blz. 42). Concurrentiekracht blijft behouden.
 - Samenwerking leidt niet tot afbuiging van patiëntenstromen. Concurrentiekracht blijft behouden.
 - Er worden geen voorbeelden gegeven van samenwerking die leiden tot ketennetwerken van zelfstandige ziekenhuizen die binnen het netwerk verschillende niveaus van zorg verlenen, en die deze verschillende niveaus van zorg door samenwerking aan elkaar verbinden: b.v. electieve zorg, transmurale zorg, basiszorg, centrumzorg, topzorg. Samenwerking zoals bedoeld door TG zou in Zeeland leiden tot zo'n ketennetwerk van ongelijkwaardige zelfstandige partners met daarbij de voorwaarde dat de partners in dit netwerk onderling moeten blijven concurreren.
 - Een aantal voorbeelden zijn geen voorbeelden van samenwerking op het niveau van ziekenhuisfuncties, maar veeleer vormen van samenwerking om te benchmarken, van elkaar te leren, facilitaire zaken samen te doen, franchisemodellen, enz.
- Volgens de onderzoekers spelen bij samenwerkingsinitiatieven persoonlijke overtuigingen van bestuurders een belangrijke rol (blz. 20). Dit is m.b.t. Zeeland niet getoetst.
- In het rapport wordt veel theorie gepresenteerd over samenwerking, inclusief een aantal (wetenschappelijk gefundeerde?) modellen. Ik mis de toepassing hiervan op de situatie in Zeeland (zie b.v. blz. 26, 27). Toepassing van het model op blz. 28 zou juist pleiten vóór een fusie (scope=breed, belang=zwaar).

Mijn belangrijkste bezwaren tegen de onderbouwing en dus tegen de conclusies van het rapport zijn:

- Samenwerking op in ieder geval de gebieden acute zorg, chirurgie, interne geneeskunde, moeder en kindzorg, cardiologie omvat veel meer dan de in het

rapport veronderstelde 15% van de totale zorg. Eén van de twee ziekenhuizen beschikt immers niet meer over alle functies voor een volwaardig ziekenhuis.

- Samenwerking voor enkele functies is nog wel voorspelbaar: het gaat hier echter om alle acute en high-tech functies (blz. 8).
- De huidige twee ziekenhuizen zijn buitengewoon kwetsbaar m.b.t. de personele formatie van medisch specialisten en specialistische medewerkers. Dit betreft vrijwel alle grotere specialismen. Samenwerkingsvormen tussen maatschappen (en dit geldt ook bij fusie van de twee ziekenhuizen) leidt onherroepelijk tot **lateralisatie** van de functies/afdelingen die in de huidige situatie uitermate kwetsbaar zijn: SEH, OK, IC, verloskunde, maar ook de high-tech diagnostiek en behandeling (endoscopie, interventieradiologie, functiekamers voor cardiologie, longgeneeskunde, vaatchirurgie en neurologie). Lateralisatie betekent dat de betrokken functies vrijwel allemaal op één locatie worden gesitueerd. Deze lateralisatie is niet een min of meer gelijkwaardige verdeling tussen de twee ziekenhuizen, integendeel. Deze hoogwaardige functies hangen zo sterk met elkaar samen, dat zij op één locatie moeten worden gesitueerd. Noodzakelijke samenwerking leidt dan tot concentratie van deze functies in één van de beide ziekenhuizen. Deze vorm van samenwerking zou dan tot gevolg hebben, dat er **twee volstrekt ongelijkwaardige ziekenhuizen** ontstaan, nl.:

- ❖ één ziekenhuis met de acute zorg, zwaardere snijdende ingrepen, IC, moeder en kindzorg, functieafdelingen voor high-tech functies, met daarnaast ook minder zware interventies, electieve ingrepen, chronische zorg.
- ❖ één ziekenhuis met alleen minder zware interventies, electieve ingrepen, chronische zorg.

- Indien de ziekenhuizen niet mogen fuseren zouden er dus twee ziekenhuizen ontstaan, die met elkaar zullen moeten samenwerken en concurreren, maar vanuit volstrekt verschillende posities, die niet langer gelijkwaardig zijn. Het is niet te verwachten dat dit spontaan of vrijwillig tot stand komt. Het is moeilijk een voorstelling te maken hoe bestuurders van beide ziekenhuizen deze samenwerking tot stand zouden moeten brengen met deze ongelijkwaardigheid als gevolg. Dit geldt voor bestuurlijke, zorginhoudelijke, financiële, bedrijfsmatige en huisvestingsaspecten, nog afgezien van de gevolgen voor de medisch specialisten.
- Het is moeilijk in te zien hoe in dat geval deze twee ziekenhuizen met elkaar zouden moeten concurreren. Daarbij komt nog dat deze samenwerking niet een vrijwillige keuze is, maar noodgedwongen vanuit overlevingsstrategie.
- Het is ook de vraag hoe de lokale bevolking c.q. de lokale politiek zal reageren, wanneer de twee ziekenhuizen als gevolg van de noodzakelijke samenwerking zo totaal verschillend van zorgzwaarte zouden worden.
- Vrijwel al deze bezwaren vallen weg wanneer de verschillende ziekenhuislocaties onder één bestuurlijke leiding zouden vallen: dit kan alleen wanneer de twee ziekenhuizen een fusie met elkaar aangaan.

Ten overvloede nog het volgende:

- IC-zorg: blz. 30-32: Voor een ziekenhuis is IC-1 zorg *noodzakelijk* (m.n. voor opvang acute zorg) als anders de 45 minuten norm zou worden overschreden ivm de afstanden naar andere ziekenhuizen. IC-2/3 zorg is *wenselijk* omdat dan het functieprofiel kan worden uitgebreid, omdat er zwaardere patiënten kunnen worden behandeld, die anders zouden moeten worden doorverwezen.
- *Vraag:* Behouden beide ziekenhuizen in deze situatie waarbij één ziekenhuis geen acute zorg functie meer heeft, hun WTZi-vergunning?
- *Vraag:* mag deze intensieve vorm van samenwerking vanuit mededingingsoogpunt?

NB: Fusie met herverdeling van functies leidt ertoe dat er één hoogwaardige locatie ontstaat voor acute zorg (inclusief electieve zorg, chronische zorg, poliklinische zorg) en zo nodig andere locatie(s) voor electieve zorg, chronische zorg, poliklinische zorg.

In dat geval blijft altijd de mogelijkheid bestaan voor een private partij om een voorziening te starten met alleen electieve zorg, al of niet met chronische zorg en poliklinische faciliteiten; dit is dan geen volwaardige ziekenhuisvoorziening, maar er wordt dan wel geconcentreerd op electieve zorg, chronische zorg, poliklinische zorg.

Conclusie:

Ik kan de conclusies van het rapport niet onderschrijven op grond van de door TG aangedragen kennis en modellen en de beschreven voorbeelden van samenwerkingsvormen in Nederland. De argumentatie hiervoor heb ik hierboven beschreven.

Einde invoeging commentaar op rapport Twijnstra Gudde.

PM: De NZa kan dit commentaar aanvullen vanuit financiële en bedrijfsmatige invalshoek.

Vraag 7a, 7b, 7c, 7d en 7e:

Op pagina 20 en verder van de bijlage 'Bouwstenen fusiedocument' bij uw brief worden de resultaten van de beide ziekenhuizen met betrekking tot het thematisch toezicht van de IGZ beschreven. Partijen scoren op veel punten niet goed.

7a. Welke factoren spelen hierbij een rol?

7b. Kunnen deze factoren ook na de voorgenomen fusie aan een betere kwaliteit in de weg staan?

7c. Op welke wijze en op welke termijn zal de fusie deze factoren positief beïnvloeden?

7d. Is het aannemelijk dat de fusie de negatieve rol van deze factoren ongedaan maakt? Motiveer uw antwoord.

7e. Wat kan en zal de IGZ daadwerkelijk doen om de fusie te laten slagen?

Antwoord op vraag 7a, 7b, 7c, 7d en 7e:

Verschillende factoren zijn verantwoordelijk voor de resultaten van beide ziekenhuizen met betrekking tot het thematisch toezicht. Met het thematisch toezicht toetst de inspectie onder andere hoe ziekenhuizen inhoud geven aan richtlijnen, normen, protocollen etc zoals deze door de verschillende beroepsgroepen worden vastgesteld. Hierbij wordt van kleine en grote ziekenhuizen dezelfde inspanning gevraagd en verwacht. Echter, de personele en financiële mogelijkheden van grote en kleine ziekenhuizen verschillen aanzienlijk. Het betreft activiteiten die naast het normale werk dienen plaats te vinden.

Om in ziekenhuizen voortgang te houden in de implementatie en de interne toetsing van nieuwe richtlijnen, protocollen, op verbetering gerichte processen e.d. zijn er voor de vele aandachtsgebieden binnen een ziekenhuis evenveel verantwoordelijken ('aandachtvelders') nodig. In de kleinere ziekenhuizen betekent dit dat een zorgprofessional of een andere medewerker meerdere aandachtsgebieden krijgt toegewezen. Grotere ziekenhuizen hebben meer medewerkers waardoor elk apart aandachtsgebied exclusief aan één persoon kan worden toegewezen. De zorgprofessionals en overige medewerkers van de kleine ziekenhuizen worden dus meer en vaker belast met de verantwoordelijkheid voor tegelijkertijd meerdere aandachtsgebieden dan in een groter ziekenhuis. In een groter ziekenhuis is dus voor een aandachtsgebied meer tijd beschikbaar dan in een kleiner ziekenhuis. Dit heeft ook tot gevolg dat er per aandachtsgebied meer verdieping (leidt tot meer kennis) kan plaatsvinden. Uiteindelijk zal dit sneller en beter leiden tot een succesvollere implementatie van nieuwe richtlijnen, protocollen, normen etc. binnen een dergelijk aandachtsgebied.

Zowel voor het Oosterscheldeziekenhuis als Ziekenhuisorganisaties vallen na een fusie bovenstaande belemmerende factoren weg, hetgeen sterk bevorderend zal zijn voor de verbetering van de kwaliteit (inclusief veiligheid), doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Hierbij dient wel bedacht te worden dat bij een fusie pas na een overgangsperiode de beoogde fusievoordelen zullen optreden.

Dan is er nog een financiële component die van belang kan zijn voor de resultaten van thematisch toezicht. Een ziekenhuis met minder financiële mogelijkheden heeft minder mogelijkheden om te investeren in kwaliteitsverhogende middelen zoals noodzakelijke stafondersteuning, externe ondersteuning, en investeringen in ICT. Een gefuseerd ziekenhuis waarbij er sprake is van één bestuurlijk-juridische en financiële eenheid heeft meer financiële mogelijkheden om te investeren in kwaliteitsverhogende middelen dan wanneer beide ziekenhuizen bestuurlijk-juridisch en financieel onafhankelijk van elkaar moeten blijven.

De mogelijkheden die de IGZ heeft om de fusie te laten slagen zijn vooral gericht op het toezicht houden op de kwaliteit van de zorg en zo nodig passend handhavend optreden indien blijkt dat de kwaliteit van de zorg of de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg niet of onvoldoende geborgd zijn. Dit geeft voor het ziekenhuis de eventueel noodzakelijke externe druk en reputatieprikkel (de IGZ maakt haar bevindingen en maatregelen openbaar). De IGZ kan bijvoorbeeld indien nodig besluiten een ziekenhuis onder verscherpt toezicht te plaatsen, een maatregel die in praktijk zeer effectief is gebleken.

Vraag 8a tot met 8f:

Op diverse plaatsen in uw brief geeft u aan dat zonder fusie één of beide ziekenhuizen zeer waarschijnlijk binnen afzienbare tijd van de markt zal verdwijnen.

Vragen:

8a. Welk ziekenhuis zal (als eerste) van de markt verdwijnen en op welke termijn? Motiveer uw antwoorden.

8b. Waarom en hoe zal dit ziekenhuis van de markt verdwijnen? Wat is daarbij de rol van de IGZ?

8c. Achten de IGZ het voldoende aannemelijk dat zij op afzienbare termijn moet adviseren één of beide van de ziekenhuizen te sluiten? Zal een dergelijk advies van de IGZ voor het gehele ziekenhuis gelden of slechts voor bepaalde specialismen en/of afdelingen? Indien het slechts voor bepaalde specialismen of afdelingen zal gelden, welke specialismen en/of afdelingen betreft dit dan?

8d. Achten de IGZ het aannemelijk dat zich in dat geval een of meer geschikte overnamekandidaten melden, zoals nu bij de IJsselmeerziekenhuizen? Zo nee, waarom niet?

8e. Zou overname van hetzij Ziekenhuis Walcheren hetzij de Oosterscheldeziekenhuizen door een geschikte kandidaat een oplossing kunnen bieden voor de gestelde kwaliteitsproblemen, indien er vanuit wordt gegaan dat het andere ziekenhuis in elk geval voort bestaat? Motiveer uw antwoord.

8f. Kunt u het mogelijke verdwijnen van de markt van één of beide ziekenhuizen (en uw advies) plaatsen binnen het perspectief van het op gang komen van concurrentie in de ziekenhuissector?

Antwoord op vraag 8a:

Zoals onder vraag 6 reeds is beargumenteerd zal er bij gedwongen niet-fuseren een situatie ontstaan dat de twee ziekenhuizen op belangrijke gebieden zullen moeten samenwerken om verantwoorde zorg te kunnen blijven aanbieden. Dit leidt tot lateralisatie van functies als SEH, OK, IC, verloskunde, maar ook functies als endoscopie, interventieradiologie, functiekamers voor cardiologie, longgeneeskunde, vaatchirurgie, neurologie. Redenen hiervoor zijn noodzaak van specialisatie, speciale erg kostbare apparatuur, enz.

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van SOZ en ZW

Door deze lateralisatie ontstaan twee ongelijkwaardige ziekenhuizen, die desondanks met elkaar moeten concurreren. Er kunnen dan twee doemscenario's ontstaan: *PM: uitwerking NZa*)

- het ziekenhuis dat de gespecialiseerde functies gaat aanbieden gaat financieel ten onder wanneer er onvoldoende exploitatiebudgetoverdracht mogelijk is (ook investeringsbudget). Dit ziekenhuis zou SOZ in Goes zijn.
- het ziekenhuis dat alleen poliklinische zorg kan aanbieden, met aanvullend beperkte dagverpleging/shortstay/klinische faciliteiten verliest aantrekkingskracht en gaat op grond daarvan ten onder. Dit zou ZW in Vlissingen zijn.

NB: Het is de vraag of deze intensieve vorm van samenwerking m.b.t kernfuncties van het ziekenhuis toegestaan zal worden vanuit mededingingsoptiek. (*PM: uitwerking NMa*)

Antwoord op vraag 8b:

Ondergang van een ziekenhuis gaat altijd geleidelijk, totdat continuering onmogelijk wordt. Dit kan op kwaliteitsvlak optreden, waardoor de IGZ moet optreden, maar ook financieel.

Antwoord op vraag 8c:

Reeds op dit moment zijn er functies in beide ziekenhuizen zeer kwetsbaar. Vertrek van specialisten is direct existentieel bedreigend en kan snel een cascade-effect veroorzaken. Voorbeeld hiervan is de moeder- en kindzorg die per 1 januari 2009 noodgedwongen geconcentreerd wordt in SOZ, Goes.

Een ander voorbeeld is de IC in beide ziekenhuizen die noodgedwongen nu al op de rand van het acceptabele functioneren. Sluiting van een IC (door de Raad van Bestuur of op last van de IGZ) heeft direct gevolgen voor alle klinische specialismen.

Antwoord op vraag 8d:

Geen vraag voor de IGZ.

Antwoord op vraag 8e:

Geen vraag voor de IGZ.

Antwoord op vraag 8f:

Geen vraag voor de IGZ.

Vragen 9a tot en met 9c:

Op pagina 56 (antwoord op vraag 3c) van de bijlage 'Bouwstenen fusieadvies' bij uw brief van 27 oktober 2008 aan de NZa staat: "Als niet aan een norm wordt voldaan wordt beoordeeld of het ziekenhuis in staat is om voor het betreffende onderdeel verantwoorde zorg te leveren bijvoorbeeld door andere maatregelen te nemen die garanderen dat er verantwoorde zorg wordt geleverd."

Vragen:

- 9a. Betekent dit dat een ziekenhuis goede kwaliteit kan leveren binnen het toetsingskader van de IGZ terwijl ditzelfde ziekenhuis formeel niet aan een geldende (veld)norm voldoet?
- 9b. Geef (liefst bestaande) voorbeelden van (aanvullende) maatregelen als bedoeld in het hierboven weergegeven citaat die ziekenhuizen kunnen treffen om binnen het toetsingskader van de IGZ 'verantwoorde zorg' te leveren.
- 9c. Op basis waarvan beoordeelt de IGZ dergelijke maatregelen en welke criteria worden daarbij gehanteerd?

Antwoord op vraag 9a, 9b en 9c:

Stel dat het gaat om de norm dat een patiënt binnen 45 minuten een oogarts moet kunnen bereiken ingeval er zich een acute situatie op het gebied van de oogheelkunde voordoet. Om als vakgroep 7 x 24 uur één oogarts beschikbaar te hebben is minimaal een vakgroepgrootte nodig van 5 fulltime oogartsen. Indien een ziekenhuis niet beschikt over 5 oogartsen kan een dergelijk ziekenhuis afspraken maken met omliggende ziekenhuis voor het om beurten beschikbaar stellen van een oogarts, rekeninghoudend met de norm dat de patiënt binnen 45 minuten bij een oogarts moet kunnen zijn. In de randstad gebeurt dat bijvoorbeeld voor de acute oogheelkunde. Dat kan ook in de randstad omdat de ziekenhuizen zodanig dicht bij elkaar liggen dat het voor de patiënt altijd betekent dat hij binnen 45 minuten bij een oogarts is. De ziekenhuizen in de randstad hoeven dus afzonderlijk niet over 5 fulltime oogartsen te beschikken om 7 x 24 uur acute oogheelkunde te kunnen aanbieden. Door de samenwerking met nabije ziekenhuizen kunnen zij met minder dan 5 fulltime oogartsen toch voldoen aan het criterium dat er voor hun patiënten 7 x 24 uur binnen 45 minuten een oogarts beschikbaar is.

Het criterium dat in dit voorbeeld leidend is, is de beschikbaarheid van een oogarts binnen 45 minuten. Daarnaast blijft het natuurlijk altijd zo dat de oogarts die dienst heeft, of het nu alleen voor de patiënten is van zijn 'eigen ziekenhuis' of dat hij dienst heeft voor de patiënten van meerdere ziekenhuizen binnen de 45 minutengrens, over voldoende kennis en kunde moet beschikken en zorg van verantwoorde kwaliteit moet kunnen bieden.

Dit voorbeeld is moeiteloos aan te vullen met andere voorbeelden.

Vraag 10:

Op pagina 5 van uw brief van 27 oktober 2008 aan de NZa staat: "Bij het toezicht van IGZ op verantwoorde zorg spelen volumecriteria in toenemende mate een grotere rol."

Vraag:

10. Waaruit blijkt dat de relatie tussen volume en kwaliteit een steeds grotere rol speelt in het toezicht van IGZ? Welke sancties heeft de IGZ in dit kader tot op heden opgelegd of is zij voornemens op te leggen?

Antwoord op vraag 10:

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de IGZ naar een artikel in Medisch Contact (63 nr. 22 | 30 mei 2008 | Medisch Contact | 955). Het betreft het artikel met de titel "Elf ziekenhuizen moeten stoppen met slokdarmkankeroperaties. De ziekenhuizen in Sneek, Haarlem en Ede mogen daarmee echter doorgaan". Volledigheidshalve is een kopie van het artikel toegevoegd.

Voorts is de IGZ in overleg met de Orde en samen met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde voornemens om in 2009 een project op te starten om gezamenlijk voor een reeks van verrichtingen minimum volume-eisen te gaan vaststellen. Dit betreft niet alleen "high-tech/low-volume" chirurgische verrichtingen, maar ook "high-tech/medium volume" diagnostische en therapeutische verrichtingen (b.v. coloscopie, interventieradiologie, ERCP, enz).

De IGZ zal deze volume-eisen vanuit kwaliteitsoptiek zeker handhaven en dit zal met name voor de kleine ziekenhuizen de nodige gevolgen hebben, aangezien zij niet zullen kunnen voldoen aan deze volume-eisen door hun beperkte adherentie!

Vraag 11:

Op pagina 8 van uw brief staat dat beide ziekenhuizen beschikken over een IC niveau 1. Uit de brief van de IGZ van 6 augustus jongstleden aan de beide ziekenhuizen blijkt daarentegen dat de ziekenhuizen niet over een IC level 1 beschikken.

Vraag:

11. Beschikken de ziekenhuizen thans over een IC level 1? Beantwoord deze vragen voor beide ziekenhuizen afzonderlijk.

Antwoord op vraag 11:

Beide ziekenhuizen beschikken over een IC-niveau I afdeling. In 2008 heeft de IGZ onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de IC-I afdelingen van alle ziekenhuizen in Nederland, waaronder die van ziekenhuis Walcheren en Goes. De IC-I afdelingen zijn getoetst aan de CBO-richtlijn. De bevindingen zijn als volgt:

Ingevoegd: terugkoppeling aan de twee ziekenhuizen door de IGZ (juli 2008)

Naam ziekenhuis: **Oosterscheldeziekenhuizen**

Overzicht van de resultaten van de verzamelde data in de periode van januari - mei 2008.

1. Niveau intensive care

Om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan een niveau 1 intensive care afdeling, dient minimaal een intensivist werkzaam te zijn binnen het ziekenhuis.

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 111 SOZ en ZW

Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg behoort uw intensive care afdeling tot een niveau 1 ziekenhuis of hoger: **ja**

U beschikt over een door de GIC (Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie) geregistreerde intensivist: **ja**

Aantal fte's geregistreerde intensivisten werkzaam: **1**

Percentage beschikbare tijd werkzaam op de intensive care: **100 %**.

2. Zorgbeleidsplan

U beschikt over een door de Raad van Bestuur en medische staf geaccordeerd zorgbeleidsplan: **Nee**

Het zorgbeleidsplan omvat de volgende onderdelen:

- *Opname- / ontslagbeleid*
Dat wil zeggen dat uw ziekenhuis beschikt over op schrift opgestelde criteria die beschrijven welke patiënten op uw intensive care afdeling kunnen worden opgenomen en een beschrijving van de wijze van ontslag: **Ja**
- *OK-beleid*
Uw ziekenhuis heeft afspraken gemaakt rondom zorgwaarde van de intensive care: **Ja**
Uw ziekenhuis heeft voorbeelden gegeven van ingrepen waarvoor wordt doorverwezen naar een hoger niveau IC: **Nee**
- *Beademingsbeleid*
Indicaties voor beademing en procedure van afwenning van de beademing zijn beschreven: **Nee**
- *Overplaatsingsbeleid*
Uw ziekenhuis geeft aan over een overplaatsingsbeleid te beschikken: **Ja**

Het zorgbeleidsplan is toegezonden naar de Inspectie: **ja**

Op de volgende wijze wordt naleving van dit zorgbeleid getoetst:

RvB en Medische staf houden toezicht via sectormanager en medisch coordinator

3. Regionale afspraken

Er zijn in regionaal verband afspraken gemaakt inzake het IC-beleid: **Ja**

Een kopie van gemaakt afspraken is toegezonden naar de Inspectie: **Ja**

4. Secundair interklinisch vervoer

De Inspectie heeft ten aanzien van het secundair interklinisch vervoer de volgende categorisering toegepast: het secundair interklinisch vervoer is geregeld via:

- MICU
- MICU in combinatie met gebruik van overig transport
- Transport zonder MICU
- Transport is niet formeel geregeld

Uw ziekenhuis is als volgt gecategoriseerd: **MICU + transport zonder MICU transport**

5. Kwaliteitssystemen

- Uw ziekenhuis neemt deel aan de NICE (Nederlandse Intensive Care Evaluatie): **nee**
- Uw ziekenhuis neemt deel aan de visitatie van de NVIC: **ja**
Uw toelichting bij visitatie:
- Uw ziekenhuis maakt gebruik van de APACHE score: **ja**

6. Aantallen bedden en patiënten

- Aantal bedden: **7**
- Aantal beademingsbedden: **5**
- Aantal beademde patiënten: **161**

- Aantal fte intensivist per bed: **0,14**
- Aantal fte intensivist per beademingsbed: **0,2**

Uit Prestatie Indicatoren 2007:

- Aantal beademingsdagen van 1-3 kalenderdagen: **0**
- Aantal patiënten van 1-3 kalenderdagen: **0**
- Aantal beademingsdagen van 6> kalenderdagen: **0**
- Aantal patiënten van 6> kalenderdagen: **0**
- Gemiddelde beademingsduur volwassen patiënten: **8,6**

Indien u voor 2007 deze data niet gedifferentieerd kon aanleveren naar kalenderdagen, zijn de aantallen op '0' gezet. Deze data zijn dan meegenomen in de eindtotalen.

7. Hoofdbehandelaarschap

De hoofdbehandelaar op uw intensive care afdeling is: **intensivist**

8. Continuïteit van zorg

De continuïteit van zorg op uw intensive care afdeling buiten kantoortijden is als volgt geborgd: **intensivist en/of internist**

De continuïteit van zorg is geregeld conform aan CBO richtlijn: **Nee**

De inspectie is van mening dat de volgende aspecten niet voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg:

- **Zorgbeleidsplan niet geaccordeerd door medische staf en Raad van Bestuur;**
- **beademingsbeleid is niet aanwezig en de continuïteit van zorg voldoet niet aan de CBO richtlijn;**
- **en er zijn geen voorbeelden van ingrepen waarvoor wordt doorverwezen naar een hoger niveau IC.**

Naam ziekenhuis: **Stichting Ziekenhuis Walcheren**

Overzicht van de resultaten van de verzamelde data in de periode van januari - mei 2008.

1. Niveau intensive care

Om te voldoen aan de eisen die worden gesteld aan een niveau 1 intensive care afdeling, dient minimaal een intensivist werkzaam te zijn binnen het ziekenhuis. Volgens de Inspectie voor de Gezondheidszorg behoort uw intensive care afdeling tot een niveau 1 ziekenhuis of hoger: **ja**

U beschikt over een door de GIC (Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie) geregistreerde intensivist: **ja**

Aantal fte's geregistreerde intensivisten werkzaam: **1**

Percentage beschikbare tijd werkzaam op de intensive care: **100 %**.

2. Zorgbeleidsplan

U beschikt over een door de Raad van Bestuur en medische staf geaccordeerd zorgbeleidsplan: **Nee**

Het zorgbeleidsplan omvat de volgende onderdelen:

- *Opname- / ontslagbeleid*
Dat wil zeggen dat uw ziekenhuis beschikt over op schrift opgestelde criteria die beschrijven welke patiënten op uw intensive care afdeling kunnen worden opgenomen en een beschrijving van de wijze van ontslag: **Ja**
- *OK-beleid*
Uw ziekenhuis heeft afspraken gemaakt rondom zorgzwaarte van de intensive care: **Ja**
Uw ziekenhuis heeft voorbeelden gegeven van ingrepen waarvoor wordt doorverwezen naar een hoger niveau IC: **Ja**
- *Beademingsbeleid*

Indicaties voor beademing en procedure van afwenning van de beademing zijn beschreven: **Nee**

- *Overplaatsingsbeleid*

Uw ziekenhuis geeft aan over een overplaatsingsbeleid te beschikken: **Ja**

Het zorgbeleidsplan is toezonden naar de Inspectie: **ja**

Op de volgende wijze wordt naleving van dit zorgbeleid getoetst:

- **Evaluatie en bijstelling van IC-beleid vindt plaats door vakgroep Acute Zorg;**
- **er is dagelijks surveillance door MD behandelteam aangaande IC-beleid;**
- **RvB en med staf houden toezicht via sectormanager en medisch coordinator.**

3. Regionale afspraken

Er zijn in regionaal verband afspraken gemaakt inzake het IC-beleid: **Ja**

Een kopie van gemaakt afspraken is toegezonden naar de Inspectie: **Ja**

4. Secundair interklinisch vervoer

De Inspectie heeft ten aanzien van het secundair interklinisch vervoer de volgende categorisering toegepast: het secundair interklinisch vervoer is geregeld via:

- MICU
- MICU in combinatie met gebruik van overig transport
- Transport zonder MICU
- Transport is niet formeel geregeld

Uw ziekenhuis is als volgt gecategoriseerd: **MICU + transport zonder MICU transport**

5. Kwaliteitssystemen

- Uw ziekenhuis neemt deel aan de NICE (Nederlandse Intensive Care Evaluatie): **nee**
- Uw ziekenhuis neemt deel aan de visitatie van de NVIC: **ja**
Uw toelichting bij visitatie:
- Uw ziekenhuis maakt gebruik van de APACHE score: **nee**

6. Aantallen bedden en patiënten

- Aantal bedden: **14**
- Aantal beademingsbedden: **3**
- Aantal beademde patiënten: **113**
- Aantal fte intensivist per bed: **0,07**
- Aantal fte intensivist per beademingsbed: **0,33**

Uit Prestatie Indicatoren 2007:

- Aantal beademingsdagen van 1-3 kalenderdagen: **145**
- Aantal patiënten van 1-3 kalenderdagen: **91**
- Aantal beademingsdagen van 6> kalenderdagen: **348**
- Aantal patiënten van 6> kalenderdagen: **39**
- Gemiddelde beademingsduur volwassen patiënten: **3,8**

Indien u voor 2007 deze data niet gedifferentieerd kon aanleveren naar kalenderdagen, zijn de aantallen op '0' gezet. Deze data zijn dan meegenomen in de eindtotalen.

7. Hoofdbehandelaarschap

De hoofdbehandelaar op uw intensive care afdeling is: **protocollair**

8. Continuïteit van zorg

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 14 SOZ en ZW

De continuïteit van zorg op uw intensive care afdeling buiten kantooruren is als volgt geborgd: **internist + anesthesioloog**

De continuïteit van zorg is geregeld conform aan CBO richtlijn: **Nee**

De inspectie is van mening dat de volgende aspecten niet voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg:

- **Zorgbeleidsplan niet geaccordeerd door medische staf en Raad van Bestuur;**
- **formatie bedden i.r.t. fte<0.1;**
- **geen gebruik van APACHE score;**
- **hoofdbehandelaar is geen intensivist;**
- **er is geen beademingsbeleid;**
- **de continuïteit van zorg voldoet niet aan de CBO richtlijn.**

De beide ziekenhuizen zijn verzocht in een plan van aanpak aan te geven hoe zij hun tekortkomingen denken op te lossen. Beide ziekenhuizen streven ernaar medio 2009 hun problemen te hebben opgelost. Uit toetsing daarna zal moeten blijken of zij daadwerkelijk daarin zijn geslaagd.

Einde invoeging.

Vraag 12:

Op pagina 10 van uw brief staat: "De uitstroom van patiënten naar ziekenhuizen buiten de regio als gevolg van het bovenstaande maakt de spoeling voor verrichtingen waar een minimaal aanbod voor aanwezig moet zijn om deze verrichtingen kwalitatief verantwoord te kunnen (blijven) voldoen, nog kleiner, hetgeen rechtstreeks bedreigend is voor de kwaliteit (veiligheid) van de zorg waardoor ook dat deel van het zorgaanbod onder druk komt te staan."

Bovenstaande passage suggereert een forse uitstroom van patiënten uit de regio Midden-Zeeland. Uit gegevens van Prismant die aan de NMa op verzoek overgelegd zijn kan deze uitstroom echter niet worden afgeleid. De totale uitstroom uit de regio Walcheren, Noord- en Zuid Beveland en Schouwen Duiveland, naar ziekenhuizen binnen Nederland bedraagt circa 12-15%. Dit percentage is de afgelopen 4 jaar niet wezenlijk veranderd. Deze uitstroom is bovendien (nog) niet gezuiverd van de uitstroom voor zorg die niet door partijen wordt aangeboden (bijvoorbeeld topklinische zorg). Ook zit in deze uitstroom nog de uitstroom naar ziekenhuizen in Nederland op (grote) afstand van Zeeland. Hiervan wordt vermoed dat zij een structureel karakter heeft (en niet zoveel met de fusie te maken). Deze stroom patiënten bestaat waarschijnlijk uit Zeeuwen die zorg nodig hadden omdat ze elders in het land verbleven.

Vraag:

12. Hoe verhouden deze getallen zich tot de stelling van de IGZ? Kan de IGZ haar stelling kwantificeren voor de specialismen waarvoor deze uitstroom bedreigend zou zijn?

Antwoord op vraag 12:

De uitstroom waar IGZ aan refereert in de brief op pagina 10 heeft betrekking op de extra uitstroom tengevolge van het feit dat door maatschappen keuzes gemaakt dienen te worden welke zorg binnen een vakgebied nog wel verantwoord aangeboden kan worden en welke zorg niet meer. Daardoor zal uitstroom van patiënten plaatsvinden voor een groter deel van het zorgaanbod dan nu al het geval is. Dit kan tot effect hebben dat patiënten ook wegblijven voor het zorgaanbod dat nog wel aangeboden kan worden, als patiënten de voorkeur er aan geven om naar een ziekenhuis te gaan waar men voor het grootste gedeelte van de zorg terecht kan. Deze extra uitstroom, als gevolg van een

verslechtering van het huidige zorgaanbod, komt naar verwachting van IGZ boven op de huidige uitstroom zoals nu aangegeven door Prismant. (PM: uitwerking NZa)

Vraag 13:

13. Waaruit blijkt dat specialisten niet in Zeeland willen werken in verband met de schaal van de ziekenhuizen? Refereer in uw antwoord zoveel mogelijk aan objectieve bronnen.

Antwoord op vraag 13:

Twee van drie vertrekkende gynaecologen verdeeld over beide ziekenhuizen hebben aan de Raden van Bestuur aangegeven dat zij voor een andere baan gekozen hebben vanwege het ontbreken van het perspectief op de mogelijkheid om binnen de huidige maatschap aandachtsgebieden te verdelen, waardoor persoonlijk verlies aan kennis en kunde van dergelijke aandachtsgebieden. En vanwege een te grote werkbelasting als gevolg van de frequente diensten. De vertrekkende gynaecologen zijn vertrokken naar ziekenhuizen waar het wel mogelijk is om binnen een maatschap aandachtsgebieden te verdelen.

De Raden van Bestuur hebben aangegeven dat meerdere specialisten van andere maatschappen overwegen om dezelfde reden te vertrekken naar een ziekenhuis waar wel dergelijke mogelijkheden wel aanwezig zijn. Dit is niet verder geconcretiseerd. Ook hebben de Raden van Bestuur aangegeven dat een aantal geïnteresseerde sollicitanten voor diverse functies van verdere sollicitatie hebben afgezien. Het doorgaan van de fusie op korte termijn was voor een aantal sollicitanten een voorwaarde om de sollicitatie door te zetten. Het ontbreken van het zicht op een spoedige fusie heeft hen doen afzien van het voortzetten van de sollicitatieprocedure.

Vraag 14:

14. Is het aantal crisissituaties bij partijen aanzienlijk meer dan bij andere ziekenhuizen? Waaruit blijkt dit?

Antwoord op vraag 14:

Voor een beschrijving van de crisissituaties, zie de beschrijving van het verleden van de zorggebieden, pagina 7 en verder van de 'Bouwstenen fusieadvies.

De IGZ houdt niet van alle ziekenhuizen in één overzicht in maat en getal bij hoe vaak een ziekenhuis een crisissituatie doormaakt. Een in maat en getal onderbouwde verklaring kan de IGZ dan ook niet aanleveren. Bovendien is er een aanzienlijke onderrapportage. Het EMGO/Nivel onderzoek naar vermijdbare sterfte in ziekenhuizen (april 2007) concludeerde dat jaarlijks 1500-2000 patiënten potentieel vermijdbaar overlijden in Nederlandse ziekenhuizen. Dit zijn er gemiddeld 15-20 per jaar per ziekenhuis. Jaarlijks krijgt de IGZ ongeveer 300 van dit soort meldingen.

De inspecteurs die met het toezicht op de Oosterscheldeziekenhuizen en ziekenhuis Walcheren belast zijn (geweest), zijn tegelijkertijd ook met het toezicht belast (geweest) op andere ziekenhuizen en hebben de ervaring dat het aantal crisissituaties bij deze twee ziekenhuizen aanzienlijk meer zijn dan bij de andere ziekenhuizen.

Vraag 15:

15. Waarom hebben beide ziekenhuizen ten opzichte van elkaar geen toegevoegde waarde met betrekking tot continuïteit en niveau van zorg (zie pagina 6 van uw brief)? Wat is in dit verband het oordeel van de IGZ over de mogelijkheden van verdeling van diensten en onderlinge waarneming?

Antwoord op vraag 15:

Bijlage bij het advies van de IGZ aan de NZa inzake de voorgenomen fusie van 16 SOZ en ZW

Naar het oordeel van de IGZ moet er meerwaarde zijn voor beide ziekenhuizen als je wilt samenwerken. Samenwerking tussen twee gelijkwaardige ziekenhuizen is mogelijk. Naar het oordeel van de IGZ zou samenwerking tussen deze twee ziekenhuizen niet plaatsvinden vanwege de meerwaarde maar omdat de samenwerking nodig is om te overleven en voldoende medisch specialisten in huis te hebben. De IGZ is van mening dat minder vergaande samenwerkingsvormen geen oplossing bieden voor de problemen die nu spelen bij beide ziekenhuizen. Door samenwerking zal er één ziekenhuis overblijven met de hoogwaardige complexe zorg en één ziekenhuis overblijven met electieve, eenvoudige ingrepen. Hierdoor kunnen de twee ziekenhuizen niet concurreren, omdat ze niet meer gelijkwaardig zijn. (NB: *Financieel-bedrijfsmatig: NZa; mededinging: NMa*)

Vraag 16:

16. Waar is de norm van 5 fte artsen per vakgroep in loondienstsituaties vastgelegd?

Antwoord op vraag 16:

De norm van 5 fte artsen per vakgroep in loondienstsituaties berust op een rekenkundige formule. Om 7 x 24 uur één arts beschikbaar te hebben is minimaal een vakgroep van 5 fulltime artsen nodig. Bij de berekening van het aantal fte's dient rekening gehouden te worden met verlof als gevolg van roostervrije tijd, vakantie, ziekte, studie, feestdagen en compensatieverlof, etc.

Deze norm wordt aangehouden bij personeel in loondienst. Vrijgevestigd specialisten zijn vaak bereid langer te werken, waardoor er in veel ziekenhuizen minder formatie nodig is. Toenemend zijn jonge artsen echter hiertoe niet meer bereid. Dit geldt in versterkte mate voor vrouwen (60% van de instroom) en door de toename van parttime werkenden onder medisch specialisten.

Vraag 17:

17. IGZ refereert aan een norm van de NVK van 6 tot 8 kinderartsen per vakgroep. De NVK heeft de NMa medegedeeld dat zij een streefnorm van 5 fte hanteert. Waarop baseert de IGZ de norm van 6 tot 8 kinderartsen?

Antwoord op vraag 17:

De norm van 6-8 FTE kinderartsen is afkomstig is uit het rapport 'Regiovisie kindergeneeskunde Zuidwest Nederland'. Aan het tot stand komen van het rapport regiovisie kindergeneeskunde Zuidwest Nederland 'Naar vernieuwende samenwerking', gedateerd 21 juni 2002 is door de kinderartsen van Zuidwest Nederland en de stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ)-ziekenhuizen deelgenomen. De onderbouwing voor deze norm is in het rapport terug te vinden.

Handhavingsbeleid bij oesofaguscardiaresectie

Over aansporen en opsporen

Ing. Kris Smolders, MSc.,
onderzoeker

drs. Jan Haack,
inspecteur

drs. Wim Schellekens,
hoofdinspecteur curatieve
gezondheidszorg

Allen werkzaam bij de Inspectie
voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres:
kh.smolders@igz;
o.v.: redactie@medischcontact.nl

beeld: Getty Images

Elf ziekenhuizen moeten stoppen met slokdarmkankeroperaties. De ziekenhuizen in Sneek, Haarlem en Ede mogen daarmee echter doorgaan.

Hoe gaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) om met de relatie tussen volume en kwaliteit van zorg en met name bij ingrepen met een laag volume en een hoog risico? In Medisch Contact van 8 juni 2007 heeft de IGZ haar handhavingsbeleid hierover uiteengezet.¹ Met het oog op dit

beleid heeft IGZ het aantal oesofaguscardiaresecties (OCR's, slokdarmkankeroperaties) per ziekenhuis per jaar onderzocht. De Nederlandse multidisciplinaire richtlijn 'Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom' stelt dat de OCR uitgevoerd moet worden in ziekenhuizen waar deze operatie ten minste tien á twintig



63 nr. 22 | 30 mei 2008 | Medisch Contact | 955

uit de Inspectie

Een ziekenhuis dat minder dan 10 OCR's per jaar uitvoert, verleent geen verantwoorde zorg

keer per jaar wordt verricht.² De inspectie verlangt dat ziekenhuizen die meerdere jaren achtereenvolgend minder dan tien OCR's per jaar uitvoeren, door samenwerkingsafspraken tot tien of meer resecties komen of stoppen met het uitvoeren van deze ingreep. Een ziekenhuis dat niet aanmerkelijk kan maken dat zij ten minste tien OCR's per jaar uitvoert, voldoet volgens de inspectie niet aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg. Stopt het ziekenhuis niet met het uitvoeren van OCR's, dan vraagt de inspectie de minister van VWS om een aanwijzing tot stoppen te geven.

In de 'Basisset Prestatie-indicatoren ziekenhuizen' zijn indicatoren opgenomen over het aantal risicovolle interventies, waaronder de OCR.³ Over het aantal OCR's in de periode 2003-2006 heeft de inspectie langs twee lijnen onderzoek gedaan. Ziekenhuizen die verscheidene jaren achtereenvolgend minder dan tien OCR's per jaar hebben verricht, hebben een schriftelijk verzoek gekregen om de inspectie binnen drie maanden te berichten over het OCR-beleid in het eigen ziekenhuis: handhavingsonderzoek. Daarnaast heeft de inspectie tien andere ziekenhuizen geselecteerd voor de verificatie van gegevens zoals de ziekenhuizen ze hebben gepubliceerd op de website www.ziekenhuizen transparant.nl.⁴ Aan de hand van de geblindeerde beoordeling van de opgevraagde geanonimiseerde operatieverslagen heeft de inspectie het daadwerkelijke aantal OCR's vastgesteld dat in 2005 en 2006 in deze tien ziekenhuizen is uitgevoerd: verificatieonderzoek.

Beleid toelichten

Bij 96 ziekenhuizen is gekeken naar het aantal opgegeven oesofaguscardiaresecties in de periode 2003-2006.⁵ Veertien ziekenhuizen bleken verscheidene jaren achtereenvolgend minder dan tien resecties per jaar te hebben uitgevoerd. Deze ziekenhuizen hebben het verzoek gekregen om binnen drie maanden in een plan van aanpak hun beleid rond OCR's toe te lichten (zie tabel 1).

Elf ziekenhuizen hebben, soms na een poging tot samenwerken, aangegeven te stoppen met het uitvoeren van deze ingreep. In gebieden in onder andere Friesland, Noord-Holland en Gelderland heeft regionale samenwerking wel geleid tot (meer) concentratie van OCR's, en tegelijkertijd ook van andere hoogrisico-interventies die in (te) kleine aantallen werden verricht. Drie ziekenhuizen hebben door samenwerkingsafspraken aannemelijk gemaakt in de komende jaren tien of meer OCR's te kunnen uitvoeren. Eén van deze ziekenhuizen heeft door de operatieverslagen van 2007 te laten beoordelen aangetoond verantwoord te kunnen doorgaan met deze ingrepen. Dit ziekenhuis gaf aan in voorgaande jaren minder dan tien OCR's te hebben uitgevoerd door de noodzakelijke overplaatsing en/of doorverwijzing van patiënten ten gevolge van tijdelijke sluiting van verschillende afdelingen vanwege MRSA.

Operatieverslagen

Om de aangeleverde gegevens over de prestatie-indicator OCR te verifiëren, werd aan tien ziekenhuizen gevraagd geanonimiseerde

1. Acties na handhavingsonderzoek

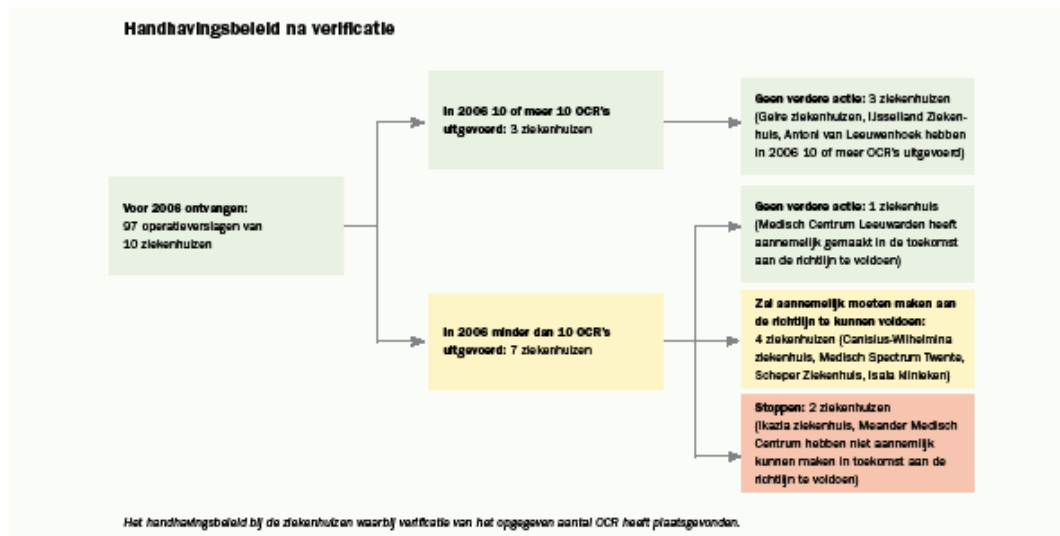
Actie	Ziekenhuis
Stoppen	Ziekenhuis Rijnstate Arnhem
	Deventer Ziekenhuizen Deventer
	HagaZiekenhuizen Den Haag
	Orbis medisch en zorgconcern Sittard
	Slingeland Ziekenhuis Doetinchem
	Medisch Centrum Alkmaar
	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis Amsterdam
	Ziekenhuis De Tjongerschans Heerenveen
	Ziekenhuis Hilversum
Doorgaan op basis van samenwerkingsverband	Ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten
	Ziekenhuis St. Jansdal Harderwijk
	Antonius Ziekenhuis Sneek
	Kennemer Gasthuis Haarlem
	Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede

Overzicht van acties door ziekenhuizen zelf genomen naar aanleiding van het handhavingsonderzoek.

2. Opgegeven OCR's en operatieverslagen

Jaar	aantal opgegeven OCR's	aantal ingeleverde operatieverslagen	verslagen beoordeeld als 'geen OCR'	'wel OCR'
2005	82	82	5	77
2006	115	97	8	89
totaal	197	179	13	166

Het aantal opgegeven OCR's en ingeleverde operatieverslagen per jaar met daarbij het aantal verslagen dat als 'geen OCR' of 'wel OCR' werd beoordeeld.



operatieverslagen van slokdarmkankeroperaties die zijn verricht in 2005 en 2006 ter beschikking te stellen aan de inspectie.³ Dit betrof alle ziekenhuizen die in 2006 tien of elf OCR's uitvoerden en de ziekenhuizen die in 2006 meer dan elf, maar over de periode 2003-2006 minder dan veertig OCR's uitvoerden. In totaal ontving de inspectie 179 operatieverslagen van 2005 en 2006 (zie tabel 2); hiervan werd ruim 7 procent beoordeeld als 'geen OCR'. Van drie van de tien ziekenhuizen werden alle operatieverslagen uit 2005 en 2006 als OCR beoordeeld en van vier ziekenhuizen werd één operatieverslag per ziekenhuis als 'geen OCR' beoordeeld. Van drie ziekenhuizen beoordeelde de inspectie verscheidene operatieverslagen uit 2005 en 2006 als 'geen OCR'.

Ontbrekende verslagen

Na vergelijking van het aantal ingeleverde operatieverslagen met het aantal opgegeven OCR's op de website bleken 23 operatieverslagen van (één van) beide jaren te ontbreken.⁴ Vijf ziekenhuizen werd gevraagd de ontbrekende verslagen alsnog aan te leveren of een reden te geven voor het ontbreken van de verslagen. Slechts één ziekenhuis leverde vervolgens één ontbrekend verslag aan. De overige vier ziekenhuizen berichtten dat zij zich bij opgave hadden vergist of meldden dat de juiste opera-

tieveerslagen vanwege registratieproblemen niet meer waren te achterhalen.

Vervolgacties

Na het beoordelen van alle verslagen werd per ziekenhuis vastgesteld hoeveel OCR's per jaar zijn uitgevoerd (zie tabel 2). Omdat de richtlijn pas in de loop van 2005 definitief is geworden, is besloten alleen op basis van de resultaten van 2006 eventuele vervolgacties te starten (zie figuur).

- Drie ziekenhuizen voerden in 2006 tien of meer OCR's uit, zodat geen verdere actie nodig was.
- Zeven ziekenhuizen voerden in 2006 minder dan tien OCR's uit.
 - Eén ziekenhuis heeft tevens de operatieverslagen van 2007 aangeleverd. Daarvan werden twaalf ingrepen als OCR beoordeeld. Omdat hiermee aannemelijk werd gemaakt dat in de toekomst aan de richtlijn wordt voldaan, is bij dit ziekenhuis geen verdere actie nodig.
 - Vier ziekenhuizen dienen op korte termijn aannemelijk te maken (bijvoorbeeld door middel van het aantal OCR's in 2007) aan de richtlijn te kunnen voldoen.
 - Twee ziekenhuizen moeten stoppen met het verrichten van OCR's. Naast de vier aangeleverde operatieverslagen van 2006

Literatuur:

1. Smolders KHA, o.a. Minstens tien keer per jaar. Medisch Contact 2007; 62 (23) 992-4.
2. Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen. Richtlijn Diagnostiek en behandeling oesofaguscarcinoom, 2005.
3. Zorginhoudelijk basisset Prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen, 2003-2007; zie website voor resultaten: <http://www.ziekenhuizen transparant.nl>

uit de Inspectie



Bekijk voor meer artikelen over dit onderwerp het dossier Volumediscussie. Een link naar dit dossier vindt u onder de digitale versie van het artikel op www.medischcontact.nl. Dit artikel is 9 mei 2008 online gepubliceerd.

Het handhavingsbeleid heeft een aanzet gegeven voor concentratie van deze operaties

leverde één ziekenhuis ook acht verslagen van 2007 aan, hiervan werden er drie als 'niet OCR' beoordeeld. Dit ziekenhuis heeft dan ook niet aannemelijk kunnen maken in de toekomst wel aan de richtlijn te voldoen. Ook het laatste ziekenhuis moet stoppen met het verrichten van de OCR, aangezien het in de drie opeenvolgende jaren minder dan tien van deze operaties uitvoerde.

Veelbelovend

Het handhavingsbeleid voor OCR's heeft een goede aanzet gegeven voor de concentratie van dit soort operaties. Dit blijkt uit het besluit van elf ziekenhuizen om hun patiënten met een operabel oesofaguscarcinoom door te verwijzen in plaats van zelf te behandelen. In een

aantal regio's zijn heldere afspraken gemaakt over de verdeling van de kleine aantallen hoogrisico-ingrepen. De inspectie beschouwt deze ontwikkeling als veelbelovend. De IGZ ziet de prestatie-indicator voor OCR's als voorbeeld

voor andere hoogrisico-ingrepen waarvan slechts kleine aantallen worden verricht. De inspectie is voornemens om ditzelfde beleid ook door te voeren voor andere hoogrisico-ingrepen waarvan slechts kleine aantallen worden uitgevoerd. Als eerste wordt gedacht aan de pancreaticoduodenectomie bij een pancreascarcinoom (whipple-procedure).

Bij het verificatieonderzoek zijn verschillen geconstateerd tussen de opgave van ziekenhuizen (via de prestatie-indicatoren) en de praktijk (door middel van onderzoek op basis

van operatieverslagen). Opvallend hierbij is dat alle tien onderzochte ziekenhuizen in één of meer jaren minder OCR's bleken te hebben uitgevoerd dan was opgegeven. Dit heeft ertoe geleid dat in elk geval twee, maar mogelijk zelfs zes ziekenhuizen alsnog met het verrichten van OCR's moeten stoppen. Voor de inspectie maakt dit onderzoek duidelijk dat (steekproefsgewijze) verificatie van gegevens onontbeerlijk is. De IGZ zal dit instrument dan ook in de toekomst vaker en ook bij andere indicatoren gaan gebruiken.

Onbevredigend

Het beleid van de inspectie is gebaseerd op een minimumnorm van de beroepsgroep zelf. Deze minimumnorm is een procesindicator: het minimumaantal verrichte OCR's per jaar in een ziekenhuis. Als een ziekenhuis hieraan niet voldoet, voldoet het niet aan een belangrijke voorwaarde voor verantwoorde zorg.

In discussies met de ziekenhuizen is de vraag gezeten of het voldoen aan deze norm garandeert dat de patiënt optimale zorg ontvangt in ziekenhuizen die minimaal tien OCR's per jaar uitvoeren: bij negen OCR's per jaar mag het niet meer, bij tien of meer zou het wel verantwoord zijn? Ook de inspectie vindt dit onbevredigend. De discussie over wat voor de patiënt in Nederland optimale zorg is bij hoogrisico-ingrepen die in kleine aantallen worden verricht, moet naar onze mening worden voortgezet. Een aantal ziekenhuizen stelde voor het minimumaantal niet op tien, maar op een veel hoger aantal vast te stellen, bijvoorbeeld twintig OCR's per jaar. De kans dat de patiënt dan optimale zorg ontvangt, is in dat geval immers groter dan wanneer een ziekenhuis net tien OCR's per jaar uitvoert. De inspectie hoopt dat een brede discussie over de relatie tussen volume en kwaliteit ertoe leidt dat op korte termijn voor meer hoogrisico-ingrepen volumerichtlijnen kunnen worden vastgesteld, zodat er gezamenlijk voor kan worden gezorgd dat de patiënt altijd de beste zorg krijgt die in Nederland (of in specifieke situaties ook daarbuiten) beschikbaar is. 

SAMENVATTING

- De inspectie volgt de richtlijn van de beroepsgroep: ziekenhuizen dienen aantoonbaar tien of meer OCR's per jaar uit te voeren dan wel aannemelijk te maken dat zij tien of meer OCR's in de komende jaren kunnen uitvoeren.
- Naar aanleiding van het handhavingsbeleid hebben elf ziekenhuizen aangegeven te stoppen en drie ziekenhuizen hebben aannemelijk gemaakt in de toekomst voldoende OCR's uit te voeren.
- Na het verificatieonderzoek is de IGZ bij zes ziekenhuizen gestart met de handhavingprocedure; twee ziekenhuizen moeten stoppen met het uitvoeren van OCR's en vier ziekenhuizen moeten op korte termijn aannemelijk maken dat zij de komende jaren minstens tien OCR's per jaar kunnen uitvoeren.
- Het onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat verificatie bij de prestatie-indicatoren onontbeerlijk is.
- De inspectie zal haar handhavingsbeleid met betrekking tot ingrepen met een laag volume en een hoog risico uitbreiden naar andere interventies.

