

T.b.v. rondetafelgesprek zorgfusies
Tweede Kamer, 29 januari 2018

Van: Hans Romijn
Raad van Bestuur, AMC

Amsterdam: 23 januari 2018
uw kenmerk: -
ons kenmerk: 2018.03.011

Raad van Bestuur
E2-124
doorkiesnummer: 020-5662109
fax: 020-5669735
e-mail: secretariaatrvb@amc.uva.nl

Waarom een fusie?

In de afgelopen decennia is de zorg in universitair medische centra (UMC's) ingrijpend veranderd. Aangemoedigd door de zorgverzekeraars, zijn UMC's zich gaan concentreren op hoog-complexe, laagvolume zorg. Laagcomplexe zorg werd daarbij verplaatst naar omliggende ziekenhuizen/behandelcentra. De vrijkomende capaciteit in de UMC's werd ingevuld door de groeiende vraag naar (hoog)complexe zorg.

Tegelijk zien we in de gezondheidszorg een voortdurende inspanning om de uitkomsten van onze behandelingen te maximaliseren – geslaagde behandeling, geen complicaties of her-operaties, snel naar huis. De volumenormen hebben in die beweging een belangrijke rol gespeeld. Wetenschappelijk onderzoek heeft keer op keer duidelijk gemaakt dat het vaker uitvoeren van een behandeling de uitkomst voor patiënten verbetert.

In Amsterdam hebben we de mogelijkheid deze verbetering in de patiëntenzorg een stap verder te brengen. Door het samenbrengen van vele kleine groepjes patiënten, ziet, diagnosticeert en behandelt de medisch specialist straks meer patiënten met overeenkomstig ziektebeeld wat de kwaliteit van behandeling ten goede komt. Als UMC's vinden we het onze verantwoordelijkheid deze mogelijkheid te benutten in het belang van de uitkomst voor de patiënt die zijn zorg aan ons toevertrouwt.

Met het oog op deze ontwikkelingen in de patiëntenzorg is het naast elkaar bestaan van twee UMC's in één, relatief kleine stad op nog geen 10 km afstand van elkaar vandaag de dag niet meer wenselijk. Apart van elkaar zijn de UMC's als ziekenhuis te klein om te kunnen blijven voorzien in 24/7 tertiaire patiëntenzorg, te voldoen aan alle minimumnormen en een rol te blijven spelen op (inter)nationaal niveau op het gebied van wetenschappelijk onderzoek.

UMC's hebben drie, sterk interacterende kerntaken: de al genoemde (tertiaire) patiëntenzorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs & opleiding. Internationaal gezien wordt het concept van een UMC zoals dat in Nederland is

neergezet, als zeer succesvol beschouwd. AMC en VUmc verwachten samen nog beter invulling te kunnen geven aan een optimale uitvoering van deze drie kerntaken die nauw met elkaar verweven zijn.

Wat is groot?

AMC en VUmc zijn grote gebouwen met veel medewerkers. Echter, AMC en VUmc zijn als ziekenhuis niet bijzonder groot. Bijvoorbeeld: het aantal patiënten dat jaarlijks wordt behandeld is in het gefuseerde OLVG 214.200 per jaar (in 2016 – Vektis data). Het AMC behandelt jaarlijks daarentegen maar 126.300 patiënten en staat slechts op plaats 23 van de Vektis ranglijst. Het VUmc staat niet in de top 30, dat wil zeggen met minder dan 120.000 behandelde patiënten. Het Erasmus MC behandelt 163.000 patiënten per jaar. Ten opzichte van de internationale topziekenhuizen, zoals Mayo Clinic, Karolinska en Cleveland Clinics zijn AMC en VUmc zelfs relatief klein te noemen.

AMC en VUmc behandelen veel patiënten met zeldzame ziektes. Dat zijn vaak kleine groepen patiënten. Bij bijna de helft van alle geregistreerde diagnoses worden in beide ziekenhuizen afzonderlijk minder dan 25 patiënten per jaar behandeld.

Last resort functie

Verder is het belangrijk om niet alleen naar de aantallen te kijken, maar vooral naar het soort patiënten. UMC's zijn derdelijns voorzieningen: zij vervullen de plicht om 'last resort' te zijn voor patiënten die elders niet of niet verder behandeld kunnen worden. Om voor deze specifieke patiëntencategorieën alle noodzakelijke voorzieningen 24/7 beschikbaar te houden zijn beide UMC's te klein. Nu worden op beide locaties dure infrastructuren en bijbehorend personeel zoals bijvoorbeeld de neonatale intensive care (NICU) in stand gehouden, die na de fusie van beide afdelingen zowel qua kwaliteit als qua doelmatigheid beter kan functioneren. In het licht van de tekorten op de (gespecialiseerde) arbeidsmarkt in de zorgsector is dat een belangrijk element.

De fusie maakt het mogelijk voor veel complexe behandelingen om de gewenste doelmatigheid / kwaliteit te realiseren. Dit geldt bijvoorbeeld voor de behandeling van bepaalde vormen van kanker (oesophagus-, maag-, blaas- en niercelcarcinoom), subspecialismen binnen de kindergeneeskunde (endocrinologie, metabole ziekten en immunologie) en halsslagaderchirurgie. In beide centra zijn voor een aantal behandelingen opvallend kleine teams van gelijksoortige superspecialisten aanwezig, die daardoor relatief zwaar belast worden. Door de fusie kunnen deze kleine teams integreren tot grotere teams van superspecialisten.

Door te fuseren zullen AMC en VUmc de behandelingen van de kleine groepen met zeldzame ziekten vaker op één locatie uitvoeren. Dit kan leiden tot een betere kwaliteit van zorg, omdat artsen en verpleegkundigen bepaalde behandelingen vaker uitvoeren.

Soms zijn bepaalde ingrepen of behandelingen op zichzelf niet complex, maar die worden wel opeens complex als sprake is bij een patient van een combinatie van ziektes. Comorbiditeit is bij uitstek iets wat veel voorkomt in de UMC's. Dit kan worden geïllustreerd door de aantallen patiënten af te zetten tegen parameters van complexe zorg. Het aantal unieke patiënten is in het AMC en VUmc duidelijk gedaald door patiënten die relatief eenvoudige ingrepen moeten ondergaan te verwijzen naar tweedelijns centra, zodat de UMC's zich meer kunnen richten op

complexe behandelingen. Het aantal IC-dagen en OK-zittingen is echter gelijk gebleven, wat wijst op een relatieve toename van de complexiteit van de behandelingen.

R&D

In de UMC's ligt voor de patiëntenzorg de nadruk op topreferente zorg, innovatie en ontwikkeling. De UMC's zijn dan ook de R&D kenniscentra op het gebied van de gezondheidszorg en expertisecentra voor zeldzame aandoeningen. Deze centra bundelen kennis en deskundigheid op het gebied van zeldzame aandoeningen, ontwikkelen protocollen en richtlijnen, coördineren onderzoek en zorgen voor een adequate verwijzing van patiënten binnen en buiten Nederland. De expertise centra zijn gecertificeerd voor vele zeldzame aandoeningen op grond van de normen die de overheid en de Europese Unie aan dergelijke centra stelt. Om te kunnen innoveren is onderzoek nodig. Door de fusie kunnen we een betere, meer kostenefficiënte en onderscheidende onderzoeksinfrastructuur ontwikkelen en borgen. Ook kunnen grotere patiëntcohorten geïncludeerd worden in wetenschappelijke studies en zijn we beter in staat om grote onderzoeksconsortia - waaronder Europese onderzoeksprojecten - te vormen en te coördineren. Samen leidt dit tot een grotere bijdrage aan de innovatie van de gezondheidszorg en tot een betere nationale en internationale profilering. Daarnaast nemen het wervend vermogen en de valorisatiekracht toe. Door de aantallen, de noodzakelijke moderne infrastructuur en de expertise te bundelen wordt de nieuwe fusie-organisatie een belangrijke speler op Europees niveau.

Onderwijs

Onderwijs en opleiden is één van de drie kerntaken van het UMC. Gezamenlijk kunnen we meer slagkracht, ontwikkelkracht, diversiteit en diepgang brengen in ons onderwijs- en opleidingsaanbod. De fusie in Amsterdam opent de mogelijkheid om op gebieden van human health & life sciences de (wereld)top te bereiken en een sterk profiel te realiseren.

Betrekken van de medewerkers

Zowel de ondernemingsraden, als de cliëntenraden, studentenraden, stafconvent en verpleegkundige adviesraad (VAR) van beide UMC's zijn vanaf de eerste stappen regelmatig en systematisch geïnformeerd over de stand van zaken en over de voortgang van zowel de voorbereidingen op de voorgenomen bestuurlijke fusie door de Raden van Bestuur, als van de verdere uitwerking van de plannen voor specifieke thema's door de betreffende kwartiermakers. Bovendien zijn vertegenwoordigers van de ondernemingsraden altijd aanwezig op de conferenties die zijn georganiseerd in het kader van de planvorming. Hun betrokkenheid is groot en hun reacties waren en zijn vooral constructief-kritisch.

De overige medewerkers zijn en worden periodiek op diverse manieren geïnformeerd, onder andere via hun leidinggevenden, artikelen in de personeelsbladen, nieuwsbrieven en de alliantiekrant tot aan zogeheten zeepkistsessies op afdelingsniveau. Deze sessies zijn van belang om hen voldoende en tijdig mee te nemen in een complex veranderingstraject als deze fusie en hen het gevoel van een nieuwe thuisbasis te geven in de nieuwe organisatie, zodat hun talent en inzet behouden zullen worden in beide organisaties.

Bij belangrijke ontwikkelingen in het fusieproces zijn telkens collegezaal-bijeenkomsten gegeven – soms meermaals daags – zodat medewerkers zich op de hoogte konden stellen van het fusieproces en daarbij hun vragen bij het bestuur konden neerleggen.

De uitvoering van de alliantie zal jaren in beslag nemen. Er zijn zogenaamde ‘first movers’ die al langer plannen maken voor het samengaan, zoals het Vrouw-Kind Centrum en de Oncologie. Per onderdeel wordt een reorganisatieplan gemaakt, dat moet voldoen aan de eisen zoals verwoord in het (nieuwe) sociaal beleidskader (SBK) en reorganisatiecode.

Verder zijn diverse initiatieven opgezet zoals een ‘taskforce samenwerking tussen afdelingen’ onder leiding van divisievoorzitters uit beide ziekenhuizen. Deze groep heeft instrumenten ontwikkeld die behulpzaam zullen zijn om de samenwerking tussen medewerkers te bevorderen, variërend van elkaar ‘gewoon’ leren kennen, het harmoniseren van protocollen en een gezamenlijke visie ontwikkelen tot het samen vieren van successen.

Kwaliteit

Beide organisaties zijn en worden getoetst aan de hand van diverse kwaliteitsnormen. AMC is ge(her)accrediteerd door de Joint Commission International (JCI), en VUmc door NIAZ. VUmc zal ook overgaan op JCI-accreditatie. Wekelijks zijn er tracers om voortdurend de kwaliteit van de zorg te toetsen en te verbeteren. De patiënten worden over hun ervaringen en tevredenheid onder meer bevraagd met behulp van de CQ-index. De UMC's waren de eersten die dit structureel zijn gaan meten.

Daarnaast zal de IGJ voorafgaande aan elke verschuiving van patiënten een prospectieve risico analyse ontvangen ter beoordeling, een methode die in beide UMC's al regelmatig wordt toegepast. De IGJ toetst ook jaarlijks de kwaliteit door middel van de basisset prestatie indicatoren, waarin onder meer de volumennormen worden getoetst.

Tot slot zullen we na bestuurlijke fusie op basis van prestatie-indicatoren intensief gaan monitoren of we onze gestelde ambities met betrekking tot kwaliteit en doelmatigheid van kerntaken daadwerkelijk realiseren en bij negatieve resultaten bijsturen. Hoewel we overtuigd zijn dat deze fusie een succes zal worden, zullen we dit ook op basis van feiten moeten kunnen aantonen, zowel naar onze patiënten, verwijzers, medewerkers en financiers.