

Toeval en gekibbel spelen grote rol bij locatiekeuzen

In twintig jaar tijd is het aantal ziekenhuizen in Nederland flink afgenomen. Er is op grote schaal gefuseerd en geconcentreerd. Hierdoor nam de afstand tot het ziekenhuis voor veel mensen fors toe, met een voorspelbaar effect op het autogebruik. De nieuwe ziekenhuizen zijn medisch gezien een vooruitgang, maar de oude, kleine ziekenhuizen waren beter verspreid over het land. Wie beslist eigenlijk over de locatie van nieuwe medische centra? AGORA nam een kijkje in Gelderland.

RONALD KLIP*

Om inzicht te krijgen in fusie- en concentratieprocessen in de ziekenhuiszorg spraken wij met Gerard Verstappen, beleidsmedewerker bij de dienst Welzijn, Economie en Bestuur van de provincie Gelderland. Hij is in de afgelopen jaren nauw betrokken geweest bij fusies en concentraties van ziekenhuizen. Inmiddels is het proces in de hele provincie afgerond. Eerst een korte blik op de toekomst.

OVERCAPACITEIT

Uit de tabel blijkt dat, ondanks de aanzienlijke beddenreductie sinds 1975, de bezettingsgraad blijft dalen. Leegstaande bedden kosten onnodig veel geld (personeel, verwarming, schoonmaak). Om de gevolgen van de overcapaciteit te verminderen zal het aantal bedden verder verminderd moeten worden. Verstappen ziet het dan ook somber in voor kleinere ziekenhuizen. Vermindering van het aantal bedden maakt het voor specialisten onaantrekkelijk om in een dergelijk ziekenhuis te werken, waardoor zij net als veel patiënten naar het beter geoutilleerde ziekenhuis in de grote stad zullen trekken.

Schaalvergroting heeft duidelijke medische voordelen. Het biedt vooral een groter draagvlak voor specialisten. Naast de internisten en chirurgen die ook het kleinste ziekenhuis wel heeft, is er voldoende werk voor bijvoorbeeld neurochirurgen. Patiënten die door zo'n specialist behandeld moeten worden, hoeven daarvoor niet langer naar een ander ziekenhuis overgebracht te worden. Daarnaast zijn er allerlei organisatorische en financiële voordelen, omdat faciliteiten zoals operatiekamers en computercentra gedeeld kunnen worden.

ACHTERHOEK

Tegenover deze met name medische en financiële aspecten kunnen enkele nadelige ruimtelijke gevolgen gezet worden. De planologen Buit en Nozeman evalueerden in 1987 in opdracht van de RPD een concentratie van ziekenhuizen in het oostelijke deel van de Achterhoek¹. Dit was het eerste gebied in de provincie waar tot concentratie werd besloten. In 1984 werd in Winterswijk een nieuw streekziekenhuis in gebruik genomen, dat in de

voor de bezettingsgraad, die ondanks de afname van het aantal bedden verder daalde. Het nieuwe ziekenhuis huisvestte wel meer specialisten dan de vier gesloten bij elkaar en beschikte over een afdeling voor intensive care, iets wat tot dan toe ontbrak in de regio.

Uit het rapport van Buit en Nozeman blijkt dat de keuze voor Winterswijk als locatie voor het nieuwe ziekenhuis niet het best mogelijke besluit was. In het verzorgingsgebied van de vier voorgangers ligt Winterswijk bepaald perifeer; het ligt in feite in een Nederlandse uitstulping in Duitsland. Voor bezoekers en personeel is de gemiddelde reisafstand toegenomen, evenals het autogebruik. Hoe is de keuze voor die plek tot stand gekomen?

LEEGLOOP

Verstappen licht de achtergronden van de concentratie toe. De kleine ziekenhuizen in de Achterhoek kenden te weinig specialisten om aan de steeds hogere eisen te kunnen voldoen. Veel patiënten kozen voor een groter ziekenhuis buiten de regio, bijvoorbeeld in Enschede.

ZIEKENHUISZORG IN NEDERLAND, 1975-1994

	1975	1980	1985	1990	1994
ziekenhuizen ¹	256	231	207	169	152
bedden (x 1000)	75	73	69	65	62
bedden per 1000 inwoners	5,5	5,2	4,7	4,3	4,0
bezettingsgraad (%)	85,1	83,3	79,1	73,3	71,7
opnamen (x 1000)	1443	1588	1576	1538	1601
gemiddelde verpleegduur (dagen)	16,1	14,0	12,5	11,2	10,1
dagverplegingsdagen (x 1000)	..	157	204	410	594

¹ algemene, academische en categorale ziekenhuizen

.. = onbekend

Bron: CBS-gezondheidszorgstatistieken

plaats kwam van vier kleinere ziekenhuizen: twee in Winterswijk, een in Groenlo en een in Lichtenvoorde. Het nieuwe ziekenhuis telde bij de opening 364 bedden, terwijl de vier gesloten ziekenhuizen in 1981 samen nog 448 bedden hadden. Dit had overigens geen gevolgen

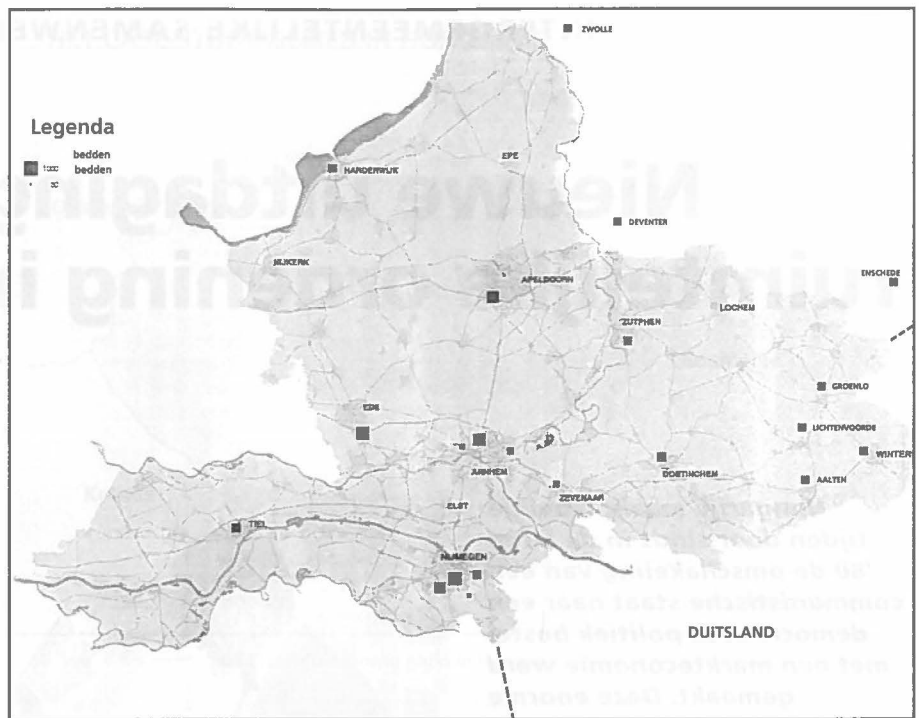
Enkele specialisten vertrokken omdat ze in de Achterhoek niet voldoende inkomsten konden krijgen. Om een verdere leegloop van de ziekenhuizen te voorkomen, moest er een ziekenhuis komen dat de bevolking wel allerlei specialisten bood. Concentratie in één streek-

ziekenhuis was zodoende noodzakelijk om de kwaliteit van de ziekenhuiszorg op peil te houden, aldus de provincie en de inspectie voor de Volksgezondheid. Dat werd ook door de besturen van de ziekenhuizen ingezien.

Volgens Verstappen kent een concentratieproces altijd drie belangrijke problemen. Ten eerste zijn er de gevechten aan de top: wie wordt de nieuwe directeur. Ten tweede bestaan tussen de ziekenhuisorganisaties soms grote cultuurverschillen. Katholieke, protestantse en gemeentelijke ziekenhuizen hebben vaak uiteenlopende ideeën over zaken als abortus en euthanasie. Voordat men de organisaties kan doen samengaan, moet er dus veel overlegd worden. Het derde probleem betreft de planvoorbereiding, waaronder ook keuze voor de locatie van het nieuwe ziekenhuis valt. In deze fase verbreedt de discussie zich aanzienlijk. Hierbij kunnen hele gemeenschappen in beweging komen, vooral als een plaats het ziekenhuis dreigt te verliezen. Kleine gemeenschappen ontlenen status aan een ziekenhuis. Vaak bestaat het bestuur van het ziekenhuis uit de plaatselijke *fine fleur*, die ook een deel van de eigen status aan die positie ontleent. Men zal dus ten alle tijde proberen het ziekenhuis te behouden, of, zoals in de oostelijke Achterhoek, proberen het nieuwe ziekenhuis binnen te halen. De gebruikte argumenten liggen voor de hand: "wij zijn de grootste plaats", "wij liggen het meest centraal" en "wij zouden er het meest op achteruitgaan als het nieuwe ziekenhuis niet bij ons komt". Verstappen erkent dat de keuze voor Winterswijk een compromis was: de twee Winterswijkse ziekenhuizen stelden zich in de onderhandelingen het sterkst op. Als de provincie niet accoord was gegaan met de perifere locatie in Winterswijk, was er waarschijnlijk helemaal geen nieuw ziekenhuis gekomen. De provincie wist nog wel te bewerkstelligen dat men een plek aan de westkant van Winterswijk koos. Verder bleven in Groenlo en Lichtenvoorde poliklinieken achter en werd in Aalten een soortgelijke voorziening geopend. De poliklinieken werd een vangnetfunctie toegedacht: patiënten uit die plaatsen zouden niet naar een ander ziekenhuis gaan. Vanwege de krappe openingstijden van de buitenposten gaan veel mensen echter liever met de auto naar de polikliniek van het ziekenhuis zelf.

LEGAAT

Ook bij andere ziekenhuisconcentraties in Gelderland blijken allerlei factoren een rol te hebben gespeeld, die weinig met een optimale locatiekeuze te maken hebben. In Nijmegen werd een nieuw ziekenhuis op de grond gebouwd die een welvarende burger aan een van de fusieziekenhuizen als legaat had geschonken. Het bleek overigens geen slechte locatie. In Arnhem werd in opdracht van de provincie een locatiekeuzeonderzoek verricht. Dit leidde tot het het aanwijzen van zeven potentiële locaties, maar uiteindelijk koos het ziekenhuis voor een van de drie bestaande locaties. Dat was goedkoop en het bestemmingsplan hoefde



Ziekenhuizen in Gelderland, situatie 1996. Bron: provincie Gelderland, dienst WEB

niet te worden aangepast. Het kleine ziekenhuis van Velp, een luxe voorstad van Arnhem, kon ondanks het nieuwe grote ziekenhuis in Arnhem behouden worden. Men vermoedt dat de in Velp woonachtige specialisten hun invloed hebben aangewend. In veel ziekenhuizen maken specialisten, zelfstandige ondernemers, in feite de dienst uit en is het ziekenhuis meer een facilitair bedrijf.

Op papier ziet de procedure voor de locatiekeuze van een nieuw ziekenhuis er goed uit. De provincie geeft op grond van inwonertallen en oriëntatie van de inwoners van het betreffende gebied globaal aan waar het nieuwe ziekenhuis zou moeten komen. Vervolgens is het aan het bestuur van het ziekenhuis om een geschikte plek te vinden. Deze keuze wordt voorgesteld aan het ministerie van Volksgezondheid, dat voor haar beslissing advies vraagt aan de provincie. Uiteindelijk beslist dus de minister, maar aan het keuzeprocess gaat een brede maatschappelijke discussie vooraf.

SLECHTE LOCATIES?

Uit het zonet geschetste beeld blijkt dat de praktijk weerbarstig is. Men kan zich echter afvragen of de uiteindelijk gerealiseerde locaties zo slecht zijn. Sluiting van kleine ziekenhuizen lijkt gezien de vele tekortkomingen onvermijdelijk. Concentratie in de centrale plaats ligt dan voor de hand. Verstappen stelt dat afstand (i.t.t. reistijd) eigenlijk nauwelijks een rol speelt bij ziekenhuisbezoek: in kleine plaatsen is men eraan gewend om voor veel activiteiten in de auto te gaan zitten. Ook stelt hij dat de bereikbaarheid van het ziekenhuis per openbaar vervoer niet van het grootste belang is: mensen zonder eigen vervoer worden wel door familieleden of burens gebracht.

Verder is het karakter van ziekenhuizen in de

laatste decennia ingrijpend veranderd. Twintig jaar geleden was de gemiddelde opnameduur langer dan nu. Door innovaties in de medische techniek hoeft men tegenwoordig voor veel handelingen niet meer opgenomen te worden. De familie hoeft niet meer in het ziekenhuis op bezoek te komen. Ziekenhuizen zijn een soort technische werkplaatsen geworden; als er tegenwoordig een verbouwing plaatsvindt in een ziekenhuis, dan betreft het meestal een uitbreiding van de poliklinieken, veelal ten koste van de verpleegafdelingen.

Anderzijds is het aantal poliklinische behandelingen fors gestegen, net als de dagbehandelingen (zie tabel). Ondanks de stelling van Verstappen lijkt het mij dat hierdoor het belang van bereikbaarheid per openbaar vervoer toegenomen is: de patiënten zullen in veel gevallen niet in staat zijn op eigen gelegenheid naar huis te gaan.

Misschien is het een goed idee om eens na te denken over de keuzevrijheid van de medische consument. De overheid heeft daar niet veel invloed op; sturing via huisartsen blijkt slechts een marginaal effect te hebben. Doordat men zonder enige belemmering naar het ziekenhuis kan gaan waar de specialist werkt die men in *Vinger aan de pols* heeft gezien, wordt het draagvlak van het ziekenhuis in de buurt alsnog smaller. Minder mobiele zorgbehoefden worden daar de dupe van. Uiteindelijk bepalen de patiënten zo de locatie!

* De auteur is redacteur van AGORA. Dit artikel is het eerste deel van een serie over de Geografie van Voorzieningen. Volgend nummer: scholen.

Noot

1 J. Buit en Ed. Nozeman: *Ruimtelijke gevolgen van ziekenhuisconcentraties. Deel I: de Oost-Achterhoek*. PDU/vA, 1987.