

Ziekenhuiszorg in de polders: een herontwerp

Advies drs. Léon Lodewick

Ziekenhuiszorg in de polders: een herontwerp

Advies drs. Léon Lodewick

Maastricht, 28 oktober 2008

Met ondersteuning van
Ir. Jaap Geenen, College Sanering Zorginstellingen
Ir. Herre van Kaam en Ir. Jan Landman, Vreelandgroep
Organisatie adviseurs

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding	7
2 Analyse problematiek IJsselmeerziekenhuizen	10
2.1 Financiële analyse.	10
2.2 Kwaliteit van zorg.	11
2.3 Bestuurlijk.	12
3 Het perspectief van ziekenhuiszorg in Flevoland	13
3.1 Uitgangspunten.	13
3.2 Wat is wenselijk en haalbaar?	14
3.3 Perspectief Noordoostpolder.	16
3.3.1 Gemeente Noordoostpolder (Regio Emmeloord).	16
3.3.2 Gemeente Urk.	18
3.3.3 Acute zorg.	19
3.3.4 Verloskundige zorg.	19
3.3.5 Samenvattende conclusie voor de Noordoostpolder.	20
3.4 Perspectief Oostelijk Flevoland.	20
3.4.1 Gemeente Lelystad.	20
3.4.2 Gemeente Dronten.	22
3.5 Totaalresultaat.	23
3.6 Een partnerziekenhuis.	24
4 Kwaliteit van zorg	25
4.1 Implementatie van kwaliteitssystemen.	25
4.2 Kwaliteit medische staf.	25
4.3 Protocollen.	26
5 Scenario's voor de IJsselmeerziekenhuizen.	27
5.1 Kosten en opbrengsten.	27
5.2 Bijdragen van overheidswege.	27
5.3 Warme en koude doorstart.	28
5.4 Haalbaarheid van doorstartscenario's.	28
5.5 Vergelijken scenario's warme en koude doorstart.	30
5.5.1 De toelating als zorginstelling.	30
5.5.2 Afbouwen schuldenlast.	30
5.5.3 Regie op het proces.	31
5.5.4 Conclusie.	31

6	Transitie	33
6.1	Geïnteresseerde partners.....	33
6.2	Tijd.	33
6.3	Een stappenplan.....	34
7	Afsluiting.	35

Bijlagen

I	Gebruikte afkortingen in dit document
II	Opdracht adviseur Lodewick
III	Gesprekspartners Lodewick in verkennende fase
IV	CV Lodewick

Samenvatting

In september 2008 werd zichtbaar dat de Stichting IJsselmeerziekenhuis (IJZ) op een faillissement afstevent als er niet zou worden ingegrepen. Kort daarvoor was het ziekenhuis geconfronteerd met het sluiten van OK's vanwege ernstige kwaliteitsproblemen.

Eind september hebben GS van Flevoland, de colleges van B&W van de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder, zorgverzekeraar Achmea, het ziekenhuisbestuur, de IGZ¹, NZa, CSZ en VWS, besloten een onafhankelijk adviseur te vragen de mogelijkheden van een doorstart wel of niet na faillissement te onderzoeken. Drs. Léon Lodewick heeft deze opdracht aanvaard, en doet verslag van zijn bevindingen aan de gezamenlijke opdrachtgevers in dit rapport.

Lodewick constateert allereerst dat de IJZ niet alleen financieel, maar ook zorginhoudelijk en bestuurlijk failliet zijn.

Niettemin is het mogelijk gebleken voor de Stichting een gezond perspectief te schetsen. Dat perspectief ziet er kort samengevat als volgt uit:

- o sluit de locatie Emmeloord als ziekenhuis. Het vertrouwen van de bevolking in deze voorziening is verloren geraakt en de kosten zijn te hoog. Daarnaast is het Antonius Ziekenhuis (Sneek) er inmiddels in geslaagd een alternatief in Emmeloord te vestigen, dat door huisartsen en bevolking wordt gewaardeerd;
- o het ziekenhuis Lelystad moet worden omgevormd tot een goed en gezond basisziekenhuis voor Oostelijk Flevoland. Tevens kan het ziekenhuis polikliniek voorzieningen aanbieden in Urk, Dronten en Emmeloord (naast die van Sneek), waardoor het ziekenhuis in Lelystad voor de bevolking van de Noordoostpolder (NOP) een tweede optie blijft;
- o de acute zorg wordt primair gewaarborgd door het ziekenhuis in Lelystad en dat van Sneek door een goede ambulancevoorziening (de 3^e ambulance moet gehandhaafd blijven);
- o de verloskundige zorg wordt gewaarborgd door het ziekenhuis in Lelystad. Een optimaal ambulancevervoer is voorwaarde.
- o om de transitie naar een gezond basisziekenhuis mogelijk te maken is een private of publieke partij noodzakelijk die bereid is én financieel én bestuurlijk te participeren in de Stichting IJZ. Lodewick heeft in ieder geval zes partijen - zowel private als publieke - gesproken die daartoe bereid zouden zijn.

Alle inspanningen moeten er op gericht zijn een faillissement te voorkomen. Een gevolg daarvan zou namelijk zijn dat de regie over de toekomst van de ziekenhuiszorg in Lelystad en Noordoostpolder (NOP) uit handen wordt gegeven. Bovendien is het niet ondenkbaar dat de goede medewerkers en

¹ Zie voor de gebruikte afkortingen bijlage I.

specialisten hun toevlucht zoeken in andere ziekenhuizen en een herstart van een ziekenhuisvoorziening in Lelystad niet mogelijk wordt. Daarom prefereert Lodewick een warme doorstart van het ziekenhuis. Daaraan moet wél een aantal voorwaarden worden verbonden. In dit rapport worden de volgende voorwaarden genoemd:

1. Het basisziekenhuis Lelystad moet zijn gebaseerd op het principe dat er per klinisch specialisme minimaal 4 fte² specialist werkzaam is om én continuïteit én kwaliteit van zorg te kunnen garanderen.
2. Er moeten diverse kwaliteitssystemen in het ziekenhuis worden geïmplementeerd; alle specialismen en/of specialisten worden gescreend.
3. Het ziekenhuis komt onder verscherpt toezicht van de IGZ.
4. Het ziekenhuis behoeft een partnerziekenhuis, maar nadrukkelijk geen fusiepartner. Deze ‘preferred partner’ is een topklinisch centrum waarnaar de IJZ standaard doorverwijzen en dat in staat is senioriteit op medisch specialistisch en bestuurlijk terrein aan te bieden.

Een participant die bereid is zich lock, stock and barrel in te kopen in de Stichting IJZ committeert zich aan de eisen die in dit advies zijn gesteld aan de doorstart.

Over de transitie naar een gezonde organisatie adviseert Lodewick het volgende:

- dit advies moet per onmiddellijk (op 28 oktober) worden overgenomen door de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van de IJZ en gesteund worden door alle betrokkenen;
- gezien de conclusies die zijn getrokken over het bestuurlijk functioneren wordt de Raad van Toezicht verzocht na de transitie collectief af te treden en de weg vrij te maken voor een nieuw toezichthoudend college;
- als de zorgverzekeraar bereid is (eventueel met hulp van derden) de bevoorschotting nog 10 dagen voort te zetten, zijn er maximaal 10 dagen ter beschikking om surseance van betaling en een daaropvolgend failliet te voorkomen;
- in de periode 28 oktober tot 7 november overlegt de bestuurlijk verantwoordelijke voor de IJZ met mogelijke partners over financiële en bestuurlijke participatie;
- op 7 november moet duidelijk zijn of er overeenstemming is bereikt en e.e.a. zodanig contractueel is afgewikkeld dat er voor een publieke of private partij voldoende basis is om de financiële verplichtingen van de IJZ na te kunnen komen en een begin kan worden gemaakt met de financiële, bestuurlijke en operationele gezondmaking.

² fte = fulltime equivalent. Eén fte komt overeen met de arbeidstijd van één fulltime werkend medisch specialist. Als er parttime werkende medisch specialisten zijn, wordt vier fte dus ingevuld door meer dan vier medisch specialisten.

Lukt het niet voor 7 november afspraken te maken met nieuwe partijen, dan is surséance onafwendbaar en zal een aan te wijzen bewindvoerder moeten bepalen in hoeverre een doorstart mogelijk is. De bewindvoerder kan op dat moment beschikken over dit advies en het (desgewenst) beschouwen als een richtsnoer voor de zorginhoudelijke doorstart.

1 Inleiding

In augustus 2002 verscheen het rapport ‘Een ziekenhuis in de polders’. Een studie van de commissie IJZ o.l.v. mevr. J.G. Kraaijeveld-Wouters, die was ingesteld door de Provincie Flevoland naar aanleiding van een zware bestuurlijke crisis. Het rapport leidde tot het vertrek van zowel de Raad van Bestuur als de Raad van Toezicht en introduceerde nieuwe profielen voor de beide ziekenhuislocaties.

Deze studie was niet de eerste externe interventie. Al in 2000 achtte de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het nodig opmerkingen te maken over de kwaliteit van de medische zorg en in 2001 kwam extern adviseur Hoek met een rapport waarin zeer kritisch tegen het toenmalige bestuurlijk beleid werd aangekeken.

Ruim zes jaar na ‘Kraaijeveld’ moet worden geconstateerd dat de IJZ er niet in zijn geslaagd het wenkend perspectief dat destijds is geboden te verzilveren. Men is blijven steken in het maken van plannen en goede voornemens. De ziekenhuizen zijn met de sluiting van de operatiekamers in Lelystad en Emmeloord in september en met een dreigend faillissement in een situatie geraakt waarin het voortbestaan van de twee ziekenhuislocaties op het spel staat. De Raad van Bestuur a.i. van de IJZ heeft vrijwillig een concept aanwijzing van VWS aanvaard, waarin is gesteld dat er vóór 1 november een Plan van Aanpak moet worden gepresenteerd.

Deze crisis was voor het ziekenhuisbestuur en een aantal betrokken partijen aanleiding de heer drs. Léon Lodewick³ als onafhankelijk adviseur te vragen op zeer korte termijn advies uit te brengen. Bij het verstrekken van de opdracht op 29 september 2008 waren betrokken het ministerie VWS, de IGZ, de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio (Achmea), het bestuur van het ziekenhuis, de provincie Flevoland, de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder, de NZa en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ). De opdracht die, namens de genoemde partijen, formeel werd verstrekt door VWS luidde kort samengevat:

- beoordeel de liquiditeitsproblemen van het ziekenhuis;
- geef aan op welke wijze deze het hoofd kunnen worden geboden;
- beoordeel de volgende scenario's
 - een faillissement zonder voortzetting van zorgactiviteiten;
 - een voortzetting van (delen van) het ziekenhuis na faillissement;
 - een voortzetting van (delen van) het ziekenhuis door één of meerdere partijen zonder faillissement.

³ Lodewick is als bestuurder betrokken geweest bij een groot aantal ziekenhuizen in de afgelopen 25 jaar. Ten tijde van deze adviesopdracht had hij geen enkele binding met enig ziekenhuis of partij in het veld van gezondheidszorg. CV Lodewick is te vinden in bijlage IV.

- of geef aan welke andere scenario's er zijn.

De opdracht is integraal als bijlage II in dit rapport te vinden.

In het advies moet worden aangegeven welk scenario de voorkeur heeft. Tevens dient het advies zich uit te spreken over de overbrugging (de wijze waarop de continuïteit van de ziekenhuiszorg het best georganiseerd kan worden totdat inzicht bestaat in de eindconfiguratie). Deze eindconfiguratie moet op hoofdlijnen in het advies tot uitdrukking komen. Zo mogelijk moet er een gedragen keuze van het geadviseerde scenario worden bereikt. Tot slot moet de samenhang met andere gezondheidszorgvoorzieningen in de regio duidelijk blijken.

Betrekken van expertise.

Lodewick heeft na het aanvaarden van zijn opdracht op 1 oktober een expert op het gebied van saneringen, de heer ir. Jaap Geenen⁴ (deskundige CSZ) aan zich verbonden. Beiden zijn bij hun werkzaamheden gefaciliteerd door Vreelandgroep Organisatie adviseurs te Baarn.

Werkwijze adviseur.

Lodewick is direct na acceptatie van de opdracht aan de slag gegaan, en heeft gesproken met een groot aantal betrokkenen (bijlage III). Tevens is gesproken met de omliggende ziekenhuizen en marktpartijen. Parallel aan de gesprekken met externe betrokkenen is voortdurend overleg geweest met de interim bestuurder van de IJZ, N.H.M. Hoefsmit MBA, arts. Doel van dat overleg was met name de totstandkoming van dit advies af te stemmen met het Plan van Aanpak dat op basis van de concept aanwijzing gemaakt zou moeten worden. Een groot aantal documenten over de actuele situatie en de gebeurtenissen in de afgelopen jaren werd bestudeerd. Met veel belangstelling is tevens kennis genomen van het Beleidsplan medische staf Stichting IJZ 2009 e.v. van 20 oktober 2008.

Een eerste concept advies is besproken met de partijen die bij het verstrekken van de opdracht waren betrokken (zie voorgaande pagina). Op basis van de indrukken die in de gesprekken zijn verkregen, de documentatie en gebruik makend van de kennis en ervaring van de adviseur is tenslotte het advies opgesteld en op 28 oktober 2008 aangeboden aan de opdrachtgevers.

Dit advies moest binnen vier weken opgeleverd worden. Dat maakte de medewerking van veel betrokkenen en instanties noodzakelijk. Dank aan allen die bereid waren op soms heel korte termijn ruimte in hun agenda vrij te maken om met de adviseur van gedachten te wisselen. Dat niet alleen: iedereen toonde zich betrokken en velen hebben zich na de intensieve gesprekken ingespannen om aanvullende informatie te verstrekken. Dat dit advies er ligt is mede te

⁴ De heer Geenen heeft, voorafgaande aan de opdracht die aan de heer Lodewick is verstrekt, voor de NZa en het CSZ de financiële situatie van de IJZ onderzocht.

danken aan de inzet van alle mensen in Flevoland die zich het lot van de IJZ aantrekken.

2 Analyse problematiek IJsselmeerziekenhuizen

Lodewick heeft zich in eerste instantie gericht op een grondige inventarisatie van de actuele stand van zaken in de IJZ. Met name is gekeken naar de stand van zaken m.b.t. financiën, zorg en besturing.

2.1 Financiële analyse.

De Raad van Bestuur van de IJZ te Lelystad en Emmeloord heeft vrijdag 12 september 2008 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ingelicht over zijn voornemen in de navolgende weken balanssteun aan te vragen. Dit met het oog op de niet-begrote fors negatieve exploitatieresultaten over het eerste halfjaar 2008 in combinatie met een per ultimo 2007 negatief Eigen Vermogen.

Bij het bezoek aan de NZa meldde de Raad van Bestuur dat ultimo oktober 2008 de limiet van de bancaire kredietfaciliteit zou worden overschreden. In combinatie met een negatief eigen vermogen en een verlies over 2008 zou dit mogelijkserwijs tot een faillissement⁵ leiden.

Zorgverzekeraar Achmea heeft geconstateerd dat haar marktaandeel lager is dan begroot en dat ook de productie achter bleef bij de verwachtingen. In combinatie was dat voor de verzekeraar aanleiding de bevoorschotting bij te stellen, hetgeen extra druk legde op de liquiditeit.

Samenvattend heeft de adviseur geconcludeerd dat:

- de IJZ een negatief eigen vermogen hebben;
- het exploitatieresultaat over het jaar 2008 fors negatief zal zijn;
- en dat de liquiditeit zodanig kritisch is dat het ziekenhuis zonder aanvullende steun op korte termijn niet meer aan zijn verplichtingen kan voldoen.

Lopende het onderzoek heeft Achmea GS Flevoland, B&W Lelystad, B&W Noordoostpolder, Ministerie van VWS en het Waarborgfonds voor de Zorgsector benaderd op korte termijn tot een oplossing te komen voor de financiële overbrugging van de onderzoekstermijn. Deze termijn liep tot 28 oktober. Partijen zijn onderling tot een oplossing gekomen.

Waar gevraagd is door de commissie informatie verstrekt. Daarmee is aan de noodzakelijke overbrugging (deel 1 van de opdracht) inhoud gegeven.

⁵ Gedetailleerde informatie over het te verwachten exploitatie verlies over 2008 zijn de adviseur bekend. Vanwege het feit dat het gevoelige bedrijfsinformatie betreft die van belang kan zijn in de vervolgfase, zijn in deze rapportage geen details vermeld.

2.2 Kwaliteit van zorg.

In september 2008 verscheen het IGZ rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces op de OK's in de IJZ (locaties Emmeloord en Lelystad). De conclusie van het rapport was dat de beide operatiekamercomplexen buiten werking moesten worden gesteld. De oorzaak was niet alleen het gegeven dat de luchtbehandeling op de OK's niet meer voldeed aan de daaraan te stellen eisen, maar ook dat het ontbrak aan maatregelen om infecties te voorkomen. Het gedrag van betrokken medisch specialisten en OK medewerkers voldeed niet aan minimaal te stellen eisen.⁶

Het is schrijnend te moeten vaststellen dat een aantal specialisten aanvankelijk geen rol voor zichzelf zag weggelegd om deze problemen op te lossen, omdat zij dat een probleem van het ziekenhuis vonden. Pas na grote druk van buiten werkten zij mee aan het formuleren van de benodigde gedragsprotocollen.

Een tweede document dat inzicht geeft in de kwaliteit van zorg in de IJZ is het NIAZ-Auditrapport, dat is opgesteld op basis van het bezoek van auditoren van 10 tot 13 juni 2008⁷. Het rapport is voor het NIAZ bestuur de basis voor een besluit over toekennen of continueren van de accreditatiestatus, waarbij onderzocht wordt of er een 'gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de instelling' is. Op basis van deze rapportage beschikte het NIAZ bestuur negatief (dit komt hoogst zelden voor). In de conclusies van de auditoren is o.m. te lezen dat '.....de gang van zaken duidt op een onvoldoende geïmplementeerd kwaliteitsmanagementsysteem'. En dat 'bij de visitatierapporten van de maatschappen/vakgroepen onvoldoende inzichtelijk is geworden op welke wijze adviezen in de rapporten systematisch opgevolgd worden'.

In de gesprekken die zijn gevoerd met vele betrokkenen in de regio is ook de kwaliteit van zorg regelmatig aan de orde geweest. De grote lijn in deze gesprekken was: van een aantal specialismen laat de kwaliteit van zorg ernstig te wensen. Aan de andere kant: er zijn ook specialismen die goed werk leveren en correct samenwerken met de 1^e lijn.

Door Zorgbelang Flevoland is een Peiling Kwaliteit van Zorg verricht in november 2006. Daar is onder meer in te lezen dat minder dan de helft van de ondervraagde patiënten in Lelystad de medisch specialist van de IJZ als deskundig ervaart. Voor de locatie Emmeloord geldt dat overigens niet.

Samenvattend concludeert Lodewick dat het kwaliteitsbewustzijn in de zorg in de IJZ ernstig te wensen over laat. Dat is met name het management en de medische staf ten zeerste aan te rekenen.

⁶ Zie 'Rapport van het onderzoek naar het peroperatief proces in de IJZ te Lelystad en Emmeloord op 5 en 12 september 2008'. IGZ.

⁷ Zie 'Auditrapport NIAZ op basis bezoek IJZ 10-13 juni 2008'.

2.3 Bestuurlijk.

Het is de adviseur duidelijk geworden, dat de samenwerking management-medische staf veel gebreken heeft vertoond. Noch door het bestuur, noch door de Raad van Toezicht is geanticipeerd op signalen die aangaven dat het ziekenhuis financieel en inhoudelijk op een faillissement afstevende.

In de gesprekken in het ziekenhuis en in de regio heeft het management tot medio 2008 indruk gewekt dat er qua productie en financiën geen problemen waren. Er is in deze periode een gunstiger beeld gecreëerd dan er daadwerkelijk was. Diverse betrokkenen hebben laten weten zich ernstig benadeeld en misleid te voelen vanwege het niet nakomen van gemaakte afspraken en vanwege het wekken van de indruk dat de IJZ op een goede koers lagen.

De Raad van Toezicht stelt dat men ‘het niet geweten heeft c.q. niet de juiste informatie heeft gekregen’. Lodewick is van oordeel dat dit wijst op gebrek aan inzicht in de wijze waarop anno 2008 aan Governance vorm moet worden gegeven. Om een enkel voorbeeld te noemen: aan de hand van het opgevraagde rapport Management Facetten van Prismant kon binnen enkele dagen worden vastgesteld dat de neergaande lijn in productie, dramatische verslechtering van de adherentie en slechte financiën reeds jaren gaande was. Daar werd wel veel over gesproken, maar er werden geen consequenties aan verbonden.

De conclusie moet zijn dat de Raad van Toezicht tekort is geschoten in zijn toezichthoudende taak en dat de Raad van Bestuur ernstig gefaald heeft. Nadat de Raad van Bestuur eind september is teruggetreden, is het advies aan de gehele Raad van Toezicht om datzelfde te doen, nadat de transitie is afgerond.

3 Het perspectief van ziekenhuiszorg in Flevoland

Aan Lodewick is gevraagd advies uit te brengen over een kwalitatief en financieel gezonde en duurzame eindconfiguratie voor de ziekenhuiszorg in de regio. Dat advies wordt in dit hoofdstuk uitgewerkt.

In de eerste paragraaf zijn de uitgangspunten beschreven. Wat zijn de verschillende ‘producten’ in een ziekenhuis, en wat is reëel in Flevoland?

Daarna wordt het perspectief voor de beide polders geschetst tegen de achtergrond van de analyse (hoofdstuk 2) en de gesprekken die door Lodewick zijn gevoerd met betrokken partijen.

Gebleken is, dat er niet kan worden gesproken over een oplossing voor de IJsselmeerpolders als geheel, maar dat de situatie in het noorden en het zuiden zodanig verschillend is dat naar regio oplossingen moet worden toegewerkt. Per regio is in de afsluitende paragraaf de gewenste en haalbare eindconfiguratie geschetst.

3.1 Uitgangspunten.

Zowel in de Noordoostpolder⁸ (NOP) als de Oostelijke Flevopolder dienen er *poliklinische voorzieningen* gedurende werkdagen te zijn, zo dicht mogelijk bij de bevolking. De aard en omvang van deze voorzieningen wordt bepaald door de behoefte onder de bevolking en de beschikbaarheid van medisch specialisten.

Vervolgens kunnen aan de polikliniek *diagnostische faciliteiten* worden toegevoegd als dat bedrijfseconomisch verantwoord is (lees: voldoende patiënten om de vaak kostbare apparatuur goed te kunnen benutten).

En (opnieuw) als dat bedrijfseconomisch haalbaar is, kunnen ook *dagbehandelingsfaciliteiten* gedurende werkdagen beschikbaar zijn.

Dagbehandeling vereist investeringen in (relatief eenvoudige) OK voorzieningen en personeel.

Ten slotte wat betreft het meest kostengenerende deel van het ziekenhuis: de 7 x 24 uren opname. Deze zgn. klinische voorziening vergt per specialisme ca 4 tot 5 fte medisch specialisten en per verpleegafdeling minimaal 25 fte. Ook voor de kostbare *klinische voorziening* geldt dat deze pas verantwoord is als er voldoende adherentie⁹ is.

Economisch is een 24-uursbezetting door verpleegkundigen en specialisten dus onverantwoord als het aantal op te nemen patiënten te laag is. Maar ook uit

⁸ De Noordoostpolder telt twee gemeenten: gemeente Urk en gemeente Noordoostpolder. Als in dit rapport wordt gesproken over de Noordoostpolder includeert dat de beide gemeenten.

⁹ Adherentie: de adherentie geldt algemeen als dé indicator voor de omvang van het verzorgingsgebied van een ziekenhuis c.q. specialisme. Het is in feite het ‘inwoner-equivalent’ van de relatieve oriëntatie van patiëntstromen. De adherentie wordt berekend door per woongemeente het marktaandeel te vermenigvuldigen met het aantal inwoners en vervolgens de resultaten over alle woongemeenten op te tellen. (bron: Prismant Management Facetten).

kwaliteitsoverwegingen is dit onjuist, omdat de betrokken professionals onvoldoende ervaring kunnen opdoen bij een te gering aantal patiënten.

Voor de bevolking van de polders is de *bereikbaarheid* van ziekenhuisvoorzieningen, met name in acute situaties, van groot belang. Recente berekeningen van het RIVM laten zien dat plaatsing van een extra ambulance in de directe omgeving van Urk er toe leidt dat vanuit elke plaats de aanrijtijd naar een ziekenhuislocatie minder dan de gestelde norm van 45 minuten is, zelfs als er geen ziekenhuislocatie zou overblijven in Lelystad en Emmeloord.

3.2 Wat is wenselijk en haalbaar?

In de gesprekken die door de adviseur zijn gevoerd is zowel gesproken over de waardering voor de zorg zoals die in de afgelopen jaren door de IJZ vorm is gegeven, als over het perspectief op langere termijn.

In de NOP is opvallend dat men overwegend van mening is dat er een einde moet komen aan het ‘huwelijk’ van de locaties Lelystad en Emmeloord in één organisatie. Een ziekenhuis in Emmeloord dat wordt ingevuld en bestuurd vanuit Lelystad is geen werkbare optie gebleken.

De adviseur ontkomt óók niet aan de conclusie dat voortzetting van de zorg in het dr J.H. Jansenziekenhuis onder de hoede van de IJZ zinloos is.

Dit standpunt impliceert niet dat de IJZ zich bij voorbaat helemaal uit de NOP moet terugtrekken. De adherentie ligt momenteel rond de kritische grens. Het wel of niet kunnen beschikken over deze patiëntstromen is daarom van strategisch belang. Na het afstoten van het ziekenhuisgebouw moet worden gekeken naar mogelijkheden polikliniek te houden op kleinere locaties, met name in Urk en Emmeloord. Een uiterst nauwkeurige bedrijfseconomische onderbouwing van deze beslissingen is echter vereist.

In Lelystad is behoefte aan een eigen ziekenhuisvoorziening. Dat is uitgesproken door alle betrokkenen: ziekenhuismedewerkers zelf, patiënten-vertegenwoordigers, huisartsen, verloskundigen en politiek. Een ziekenhuis in Lelystad heeft een potentiële adherentie van 120.000 inwoners, waarvan 80.000 in Lelystad zelf. Dit rechtvaardigt een eigen basisziekenhuis.

Dat basisziekenhuis ziet er als volgt uit:

- een Spoedeisende Eerste Hulp functie (geen traumacentrum);
- een high care¹⁰ voorziening (geen Intensive Care¹¹);

¹⁰ High care: de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis aan één vitale orgaanfunctie, waarbij de eventueel toe te passen kunstmatige beademing naar verwachting niet langer hoeft te duren dan twee dagen. (bron: <http://www.bouwcollege.nl>)

¹¹ Intensive care: de bewaking, verpleging en behandeling van patiënten met een dreigende of bestaande stoornis aan meer dan één vitale orgaanfuncties, waarbij de toe te passen kunstmatige beademing langer zal duren dan twee dagen. (bron: <http://www.bouwcollege.nl>). Op de intensive

- een coronary care unit (CCU).
- polikliniek voor alle reguliere specialismen in een ziekenhuis;
- diagnostische mogelijkheden (röntgen, laboratoria);
- klinische voorzieningen (opnamemogelijkheid) voor de specialismen met een bezetting van minimaal 4 fte: chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde, neurologie, longziekten (in combinatie met interne geneeskunde) en cardiologie;
- alleen die operaties worden uitgevoerd waarvan het volume voldoende is om kwaliteit te kunnen garanderen. Dat betekent dat er o.m. geen longoperaties, vaatoperaties en urologische operaties plaatsvinden;
- en over de PAAZ worden afspraken gemaakt met GGZ instelling Meerkanten.

Vertalen we het principe dat er minimaal 4 fte per specialisme beschikbaar moet zijn voor de klinische functie dat leidt dat tot het volgende schema:

Ziekenhuis Lelystad		
	fte	klinisch
Interne geneeskunde	5,8	ja
Neurologie/Stroke Unit	4,1	ja
Longgeneeskunde	3,6	ja in combinatie met interne
Orthopedie	3,0	nee alleen dagbehandeling
Verloskunde/Gynaecologie	5,0	ja
Kindergeneeskunde	6,1	ja
Anesthesie	7,8	
Psychiatrie	1,8	PAAZ
KNO	3,0	nee alleen dagbehandeling
Cardiologie	4,0	ja
Dermatologie	2,0	nee
Maag-, darm-, en leverziekten	2,6	ja in combinatie met interne
Heelkunde	6,0	ja
Mondheelkunde	1,0	nee alleen dagbehandeling
Neurochirurgie	0,4	nee
Oogheelkunde	3,0	nee alleen dagbehandeling
Reumatologie	1,5	nee
Revalidatie	1,0	nee
Urologie	1,6	nee alleen dagbehandeling

care worden intensivisten ingezet. Momenteel worden de eisen aan de IC aangescherpt, dit heeft consequenties voor veel ziekenhuizen.

3.3 **Perspectief Noordoostpolder.**

De gesprekken maken duidelijk dat het vertrouwen van de bevolking in de IJZ ernstig is aangetast. Dat geldt ook voor het vertrouwen van gemeentebesturen en veel van de huisartsen in het ziekenhuis.

De oorzaak ligt in het feit dat men zich in de NOP vanuit Lelystad ‘aan het lijntje gehouden’ voelt. Er is geen serieuze poging gedaan de medische zorg op de locatie dr J.H. Jansenziekenhuis meer dan marginaal inhoud te geven vanuit Lelystad.

Dat heeft geleid tot:

- steeds verder afkalvend marktaandeel van de IJZ in de NOP. Inmiddels is het marktaandeel van de IJZ in de NOP gezakt tot 40 á 50% voor de grotere specialismen;
- nieuwe initiatieven van het Antonius Ziekenhuis Sneek (AZS) die vanuit concurrentie om de patiënt zijn ontstaan om te voldoen aan de zorgvraag vanuit de NOP.

De conclusie is na 18 jaar fusie onontkoombaar dat het bestuurlijk construct van twee ziekenhuislocaties onder één bestuurlijke koepel is mislukt. De weerstand tegen Lelystad heeft in de NOP draconische vormen aangenomen. Er is maar één oplossing: de locatie Emmeloord van de IJZ afbouwen.

Dit roept opnieuw de vraag op of een eigenstandig basisziekenhuis in de NOP tot de mogelijkheden behoort. De adviseur is stellig van oordeel dat dit niet kan. Niet alleen gemaakte bedrijfseconomische analyses tonen dit overduidelijk aan. Op dit moment wonen in de NOP bijna 64.000 mensen. Op basis van de 2 promille norm zouden voor die bevolking 128 bedden beschikbaar moeten zijn bij een (in de praktijk onhaalbare) 100% adherentie. De ‘productie’ van een dergelijk klein zelfstandig ziekenhuis is te klein om de kosten te kunnen dragen van de personele bezetting die nodig is om 7 x 24 uur volwaardige zorg te kunnen leveren. Ook voor dit ziekenhuis zou namelijk gelden dat er voor specialismen als chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie/verloskunde, etc. een bezetting van minimaal 4 fte moet zijn. Een dergelijke bezetting is op deze schaal onbetaalbaar, maar wat mogelijk nog ernstiger is: er is onvoldoende werk voor deze medici en verpleegkundigen, die daardoor te weinig ervaring kunnen opdoen.

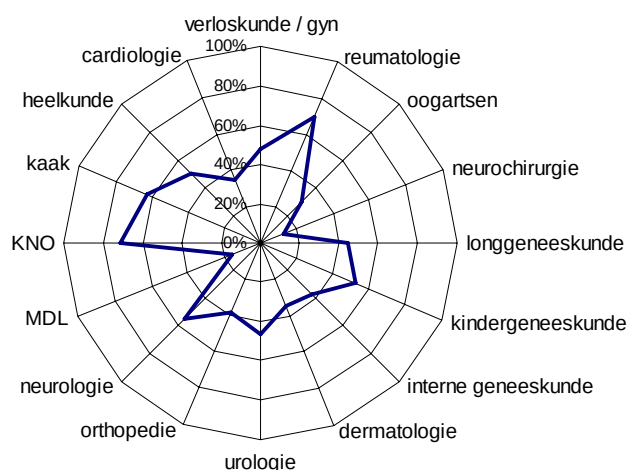
3.3.1 *Gemeente Noordoostpolder (Regio Emmeloord).*

Het diagram op de volgende pagina geeft een indruk van het percentage patiënten uit de gemeente NOP dat in 2007 is opgenomen in de IJZ¹², hetzij voor

¹² Let wel: dit betreft zowel de patiënten die naar de locatie Emmeloord gaan als de patiënten die naar de locatie Lelystad reizen. Basis: klinische opnames en dagbehandeling patiënten in 2007, eigen cijfers IJZ.

een korte behandeling, hetzij voor een aantal dagen. Het marktaandeel zal in 2008 inmiddels lager zijn, omdat eind 2007 de polikliniek van het AZS werd geopend en de huisartsen in Emmeloord kiezen voor Sneek.

Gemeente NO Polder



Het diagram maakt duidelijk dat het marktaandeel van met name de basisspecialismen interne geneeskunde, chirurgie (heelkunde), gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde en neurologie in 2007 tussen de 40 en 50% lag. Dit weerspiegelt de teleurstelling van de bevolking in het zorgaanbod dat vanuit Lelystad in Emmeloord kon worden gerealiseerd. Het gevolg is geweest dat huisartsen aan het AZS hebben gevraagd of het mogelijk zou zijn een alternatief te bieden.

In samenwerking met de huisartsen van Hagro Emmeloord en de Hagro Urk-1 bouwt het AZS aan een zorgvoorziening in Emmeloord. Dit gebeurt volgens een voorwaardelijk groeimodel van poliklinisch zorg met dagbehandeling en diagnostiek, naar kort verblijf en klinische zorg uiterlijk in 2012, als de adherentie dat toelaat. In het groeimodel dat het AZS voor ogen staat worden 5 fasen onderscheiden.

Fase 1: poliklinische zorg voor de specialisten cardiologie, chirurgie, interne geneeskunde, gynaecologie, kindergeneeskunde, neurologie en radiologie. De poliklinische zorg wordt ondersteund door middel van een “prikpost”, echo-onderzoek (door radiologen en gynaecologen) en functieonderzoek. Op dit moment zijn deze faciliteiten in Emmeloord reeds aanwezig.

Fase 2: transmurale zorg en uitbreiding poliklinische zorg. In 2008 worden de volgende specialismen toegevoegd: orthopedie, urologie, preoperatieve screening en longgeneeskunde. Daarnaast wordt verder samengewerkt in de transmurale initiatieven zoals diabeteszorg. De ondersteuning zal verder uitgebreid worden met röntgen diagnostiek en functieonderzoeken.

Fase 3: Uitbreiding van de zorgvoorziening met dagverpleging faciliteiten. Als de adherentie dit toelaat in 2009.

Fase 4 en 5: Uitbreiding van de zorgvoorziening met klinische bedden (in eerste instantie kort verblijf) en verloskunde. Maar ook alleen als de adherentie dat toelaat.

Een groot deel van de huisartsen uit de regio Emmeloord stelt zich op het standpunt dat de geschiedenis heeft geleerd dat ‘Lelystad’ zich niet verantwoordelijk voelt voor de 2^e lijnszorg in de NOP. Om die reden heeft men een intentie overeenkomst gesloten met het AZS.

Recent is daar bij gekomen een overeenkomst van het Sneeker ziekenhuis met de HuisartsenPost Emmeloord. Partijen zijn overeen gekomen om de 1^e lijns spoedzorg buiten kantooruren bouwkundig te koppelen aan de poliklinische- en dagbehandelingsvoorzieningen die de komende maanden worden gerealiseerd. Dat impliceert verplaatsing van een deel van deze spoedzorg uit het dr J.H. Jansenziekenhuis.

Conclusie: de regio Emmeloord wordt poliklinisch voor een groot deel inmiddels bediend door het AZS. De patiëntstromen uit de NOP zijn van strategisch belang voor de IJZ, wat impliceert dat na het afstoten van het ziekenhuisgebouw moet worden gekeken naar mogelijkheden polikliniek te houden op kleinere locaties, met name in Urk en Emmeloord. Een uiterst nauwkeurige bedrijfseconomische onderbouwing van deze beslissingen is echter vereist.

Wat betreft de klinische zorg is de NOP aangewezen op de ziekenhuizen in Lelystad en Sneek. De randen van de polder verwijzen naar Meppel en Heerenveen.

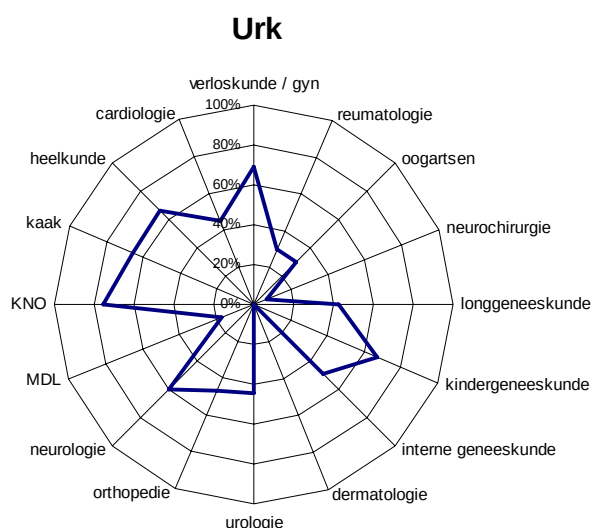
Op het gebied van acute zorg is in deze regio een goede ambulancevoorziening noodzakelijk, met een oriëntatie op Lelystad, Zwolle en Sneek, afhankelijk van de ernst van de problematiek.

Wat betreft de verloskundige zorg zal er niets veranderen ten opzichte van de laatste jaren: de indicatiestelling voor een klinische bevalling zal laag moeten zijn omdat een 2e-lijns verloskundige opvang niet beschikbaar is in Emmeloord. De bestaande ambulancevoorziening moet gehandhaafd blijven.

3.3.2 *Gemeente Urk.*

Urk neemt in de NOP een specifieke positie in.

Tot medio dit jaar verwees een deel van de huisartsen in Urk structureel naar Lelystad. Een aantal huisartsen uit deze regio heeft laten weten dat Lelystad voor hen de eerste optie blijft. Dat heeft alles te maken met de afstand: vanuit Urk is Lelystad aanzienlijk dichterbij dan Sneek of Meppel. Een andere groep Urker huisartsen heeft ervoor gekozen zich te oriënteren op het AZS.



Bovenstaand diagram laat de recente (2007) gegevens zien. Het effect van de opening van de polikliniek van het AZS in Emmeloord is er niet in verwerkt. Het marktaandeel van de IJZ in Urk zal door deze ontwikkeling ruim onder de 50% zijn gezakt in 2008.

Conclusie: Het verwijsgedrag van de huisartsen wisselt per huisartsenpraktijk. Een deel van de huisartsenpraktijken heeft een sterke oriëntatie op de IJZ en een deel richt zich op samenwerking met het AZS. Mogelijk treedt enige verschuiving als de locatie Emmeloord verder wordt afgebouwd.

3.3.3 Acute zorg.

Voor de bevolking is de beschikbaarheid van acute zorg van levensbelang. Op dit moment wordt die zorg aangeboden door de huisarts, al dan niet op de locatie Emmeloord. Als er een beroep moet worden gedaan op acuut ambulancevervoer, dan vervoert de ambulance de patiënt nu al naar Sneek of Lelystad, ook al is er sprake van een calamiteit in het centrum van Emmeloord. Voor een snelle respons blijft de inzet van de derde ambulance noodzakelijk. Zoals eerder beschreven: de Huisartsenpost die nu nog in het Dr J.H. Jansenziekenhuis is gevestigd, heeft inmiddels besloten zich te verbinden aan de locatie van het AZS in Emmeloord.

3.3.4 Verloskundige zorg.

Er is goede 1^e lijns verloskundige zorg in de NOP. Deels onder verantwoordelijkheid van huisartsen (gemeente Urk), deels verzorgd door verloskundigen. Cliënten kunnen kiezen voor poliklinische bevalling in een ziekenhuis in de buurt (Sneek, Lelystad, Heerenveen, Meppel, Zwolle). In Emmeloord is deze mogelijkheid niet meer beschikbaar (los van de OK problematiek).

Bij ziekenhuisopname tijdens de bevalling is de aanrijtijd nu al een kritische factor, dit wordt nog versterkt door de sluiting van de OK's. In zijn algemeenheid geldt dat verloskundigen en huisarts een lagere drempel zullen hanteren als het gaat om verwijzing naar een ziekenhuis, naarmate de afstand naar een ziekenhuis groter is. Dat zal leiden tot minder thuisbevallingen en mogelijk behoefte aan meer verloskundigen (indien met de kraamvrouw onderweg naar verder weg gelegen ziekenhuis, dan achterwacht inschakelen).

3.3.5 *Samenvattende conclusie voor de Noordoostpolder.*

Voor de NOP als geheel is de conclusie de volgende:

- huidige klinische voorziening van IJZ in Emmeloord sluiten en afstoten. Het is een te dure voorziening in relatie tot medische 'productie';
- de teleurstellende prestatie van de IJZ op de locatie Emmeloord speelt daarbij voor bevolking en huisartsen eveneens een grote rol;
- sluiting van de locatie Emmeloord levert een aanzienlijke besparing in exploitatiekosten. Een vuistregel in de IJZ is dat 30% van de medewerkers in Emmeloord werkt. Gegeven het feit dat personele kosten 70% van het exploitatiebudget van een ziekenhuis uitmaken, is sluiting van Emmeloord cruciale factor in de kostenbesparing;
- poliklinische en diagnostische voorzieningen in de NOP zijn nodig. Het is aan marktpartijen om hier gestalte aan te geven. AZS heeft hierin de afgelopen jaren het voortouw genomen en heeft laten zien wat concurrentie om de patiënt vermag;
- IJZ kunnen niettemin poliklinische voorzieningen handhaven - indien bedrijfseconomisch verantwoord -, bijvoorbeeld gekoppeld aan huisartsenpraktijk, met name in Urk. Voor de IJZ blijft de adherentie van de NOP immers wel van wezenlijk belang.

Gegeven de oriëntatie van de gemeente Urk op Lelystad is de verwachting dat de inwoners van de gemeente NOP gebruik zullen gaan maken van klinische voorzieningen in Sneek. Van de inwoners van Urk zal een deel gebruik blijven maken van de klinische voorzieningen in Lelystad.

3.4 **Perspectief Oostelijk Flevoland.**

Uitgangspunt voor Oostelijk Flevoland¹³ is een basisziekenhuis in Lelystad.

3.4.1 *Gemeente Lelystad.*

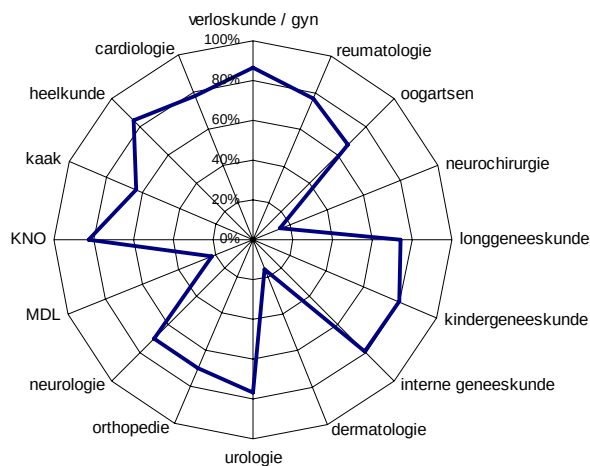
Onderstaand diagram¹⁴ brengt de patiëntenstroom vanuit de gemeente Lelystad naar de verschillende specialismen in de IJZ in 2007 in beeld. Voor het

¹³ Oostelijk Flevoland bestaat uit de gemeenten Lelystad en Dronten.

¹⁴ Bron: IJZ, klinische en dagbehandelingspatiënten 2007

ziekenhuis als geheel ligt het marktaandeel op basis van het aantal opnamen rond de 70%. Dat is laag voor een zo nabij gelegen ziekenhuis.

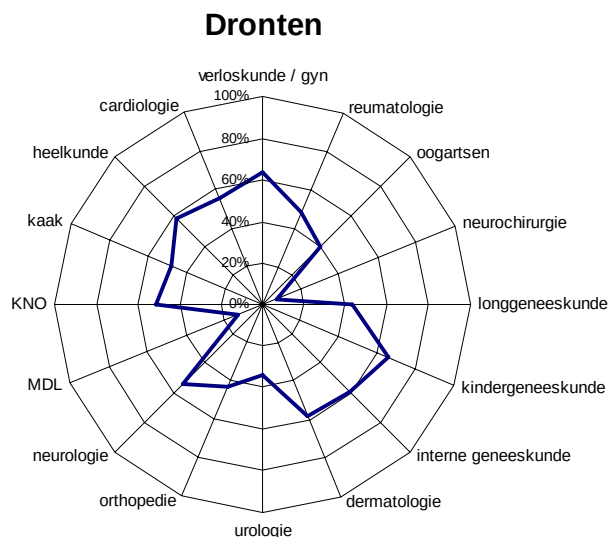
Lelystad



Voor de inwoners van de gemeente Lelystad zijn de IJZ nog steeds een belangrijke voorziening, zoals uit de cijfers blijkt. Het advies Lodewick volgend, blijft men beschikken over een basisziekenhuis dat op hoofdlijnen vergelijkbaar is met de huidige voorzieningen.

Voor bijzondere medische zaken die in een basisziekenhuis relatief weinig voorkomen (neurochirurgie, vaatchirurgie, longchirurgie e.d.) is doorverwijzing naar een topklinisch centrum in de buurt noodzakelijk. Aan de westelijke kant kan gedacht worden aan de ziekenhuizen in Amsterdam, aan de oostelijke kant aan Zwolle.

3.4.2 Gemeente Dronten.



Op grotere afstand van Lelystad is het ziekenhuis minder ‘populair’ dan in de stad zelf, zoals bovenstaand diagram laat zien. Overall is het marktaandeel niet groter dan 50%.

Voor het behoud van het ziekenhuis is dit een probleem: het marktaandeel in Dronten kan niet gemist worden om het ziekenhuis gezond te kunnen blijven exploiteren. Dat is reden geweest om in overleg met de gemeente Dronten een plan te maken voor een polikliniekvoorziening, waar ook diagnostiek en dagbehandeling mogelijk zijn. Dit plan ligt uitgewerkt klaar, en kan worden geëffectueerd. Het initiatief dient met kracht en voortvarendheid gestart te worden.

Een deel van de bevolking van Dronten trekt op dit moment naar Harderwijk (St. Jansdal) of Zwolle (Isala klinieken). De concurrentie om de patiënt zal duidelijk maken hoe de patiëntstromen in Dronten en omgeving tussen deze drie ziekenhuizen vorm krijgen.

3.5 Totaalresultaat.

Het voorgaande is tenslotte samen te vatten in onderstaande matrix:

	Lelystad	Dronten	Emmeloord	Urk
Polikliniek	Basisziekenhuis	Polikliniek vanuit Lelystad	Polikliniek vanuit Sneek en Lelystad	Polikliniek vanuit Lelystad (en mogelijk Sneek)
Dagbehandeling	Basisziekenhuis	Vanuit Lelystad	Vanuit Sneek en Lelystad	
Kliniek	Basisziekenhuis voor specialismen met min. 4 fte			
Psychiatrie	PAAZ (in samenwerking met Meerkanten)			
Acute hulp	Basisziekenhuis SEH High care CCU OK's	Lelystad of Harderwijk	HAP met Sneek, daarna Sneek of Lelystad	Lelystad
Acute verloskunde	Basisziekenhuis	Lelystad of Harderwijk	Sneek of Lelystad	Lelystad
Ambulance	Zoals nu	Zoals nu	Extra ambulance NOP handhaven	

3.6 Een partnerziekenhuis.

Het basisziekenhuis Lelystad zal op langere termijn te klein zijn om zelfstandig te kunnen functioneren. Het is gewenst een ‘partnerziekenhuis’ te zoeken, dat ondersteuning kan bieden bij:

- de kwaliteitsontwikkeling in de diverse medische disciplines;
- het reduceren van overheadkosten in ondersteunende functies (ICT, P&O, Financiën, Facilitair) en het kunnen beschikken over hoogwaardige expertise op deze terreinen;
- het ontwikkelen van adequaat bestuur en management;
- het ontwikkelen van adequaat toezicht.

Bij de keuze voor een partner zijn de criteria:

- het partnerziekenhuis moet werkelijk gemotiveerd zijn om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit en continuïteit van zorg in Lelystad. Dat geldt met name op medisch specialistisch niveau. Alleen bestuurlijke ambitie in deze is onvoldoende.
- vanuit Lelystad wordt voor complexe problematiek doorverwezen naar dit partnerziekenhuis dat aldus als ‘preferred partner’ voor topklinische zorg gaat functioneren. Alleen onder deze voorwaarde is een ziekenhuis met medische topfuncties te interesseren voor Lelystad.

Voor de rol als partnerziekenhuis komen in aanmerking: het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) of het AMC (beide Amsterdam) en de Isala klinieken (Zwolle).

Door velen is ook het Flevoziekenhuis als optie genoemd. Het Almeerse ziekenhuis heeft echter t.o.v. Lelystad nog niet de topklinische functie die nodig is, ondanks de groeiende samenwerking met het AMC. Op de achtergrond speelt een rol dat de relatie Almere – Lelystad op andere maatschappelijke terreinen dan in de zorg niet optimaal is. Er is een kans op herhaling van de problematiek die Emmeloord en Lelystad parten heeft gespeeld.

Keuze en fasering.

Bij het maken van een keuze voor OLVG of de Isala klinieken speelt infrastructurele ontwikkeling in de regio een rol. Er wordt planologisch en bestuurlijk gewerkt aan de as Alkmaar- Lelystad- Dronten- Zwolle. De Hanzelijn is klaar in 2012 en er wordt een nieuwe weg aangelegd tussen Lelystad en Dronten (N23).

In 2012 is men binnen een half uur vanuit Lelystad in Zwolle per trein. Om deze reden gaat een voorkeur uit naar Isala als partnerziekenhuis. Ondanks de behoefte aan een partnerziekenhuis is het essentieel dat het ziekenhuis Lelystad eerst op eigen kracht orde op zaken stelt. Het nu al verbinden aan een ander ziekenhuis levert een groot risico op nl.: herhaling van het mislukken van een van boven af afgedwongen huwelijk.

4 Kwaliteit van zorg

Dit advies heeft als uiteindelijk doel: kwalitatief goede ziekenhuiszorg in de NOP en Oostelijk Flevoland. Willen de IJZ in hun adherentiegebied een centrale positie behouden c.q. herwinnen, dan is het verbeteren van de kwaliteit van zorg essentieel. Zowel de gesprekken met betrokkenen als bronnenonderzoek laten zien dat een problematisch thema is in de IJZ. Zowel de NIAZ rapportage als de rapporten van de IGZ laten het zien: het ziekenhuis beschikt niet over kwaliteitsbewakings en –borgingsinstrumenten die in dit decennium gemeengoed zijn geworden in de Nederlandse ziekenhuizen. Dat is een harde conclusie, maar die moet wel getrokken worden. En dat betekent ook, dat er vanuit kwaliteitsperspectief harde voorwaarden gesteld moeten worden aan de doorstart waar nu naar gezocht wordt.

De adviseur heeft over deze voorwaarden intensief gesproken met o.m. de IGZ en zorgverzekeraar Achmea. Dat leidt tot de volgende voorwaarden.

4.1 Implementatie van kwaliteitssystemen.

Op korte termijn moet een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de procedure Veilig Incident Melden (VIM) worden ingevoerd. Binnen het eerste jaar dient een eerste auditproces vorm te krijgen.

De NIAZ accreditatie, die eerder dit jaar is afgewezen, moet binnen twee jaar alsnog worden verkregen.

De IJZ komen ziekenhuisbreed onder verscherpt toezicht van de IGZ.

De IGZ kwaliteitsindicatoren dienen over de volle breedte aangeleverd te worden. Doelstelling daarbij is: behoren tot de 20% beste ziekenhuizen op een termijn van één jaar. Als dat niet gehaald wordt zou dat bijvoorbeeld consequenties hebben voor het contract dat met de ziektekostenverzekeraar wordt gesloten. Het is denkbaar dat boeteclausules worden opgenomen als op de indicatoren onvoldoende wordt gescoord.

De medische staf dient het beoordelingssysteem IFMS¹⁵ van de Orde van Medisch Specialisten over te nemen en te operationaliseren.

4.2 Kwaliteit medische staf.

Zowel de afbrokkelende adherentiecijfers als de gesprekken met de mensen die de zorg in de IJZ van nabij kennen geven aan dat de kwaliteit van zorg van een aantal maatschappen/vakgroepen of individuele medisch specialisten ernstig te wensen over laat.

Lodewick meent dat het noodzakelijk is dat alle specialismen zich nog in 2008 laten visiteren¹⁶ door middel van een zgn. toetsingsvisite. De Raad van

¹⁵ IFMS staat voor Individueel Functioneren Medisch Specialist.

Bestuur is opdrachtgever van deze visitaties en bepaalt in hoge mate de te onderzoeken aspecten van een vakgroep of maatschap. De visitatierapporten worden niet alleen verstrekt aan de maatschap of vakgroep zelf, maar ook aan de Raad van Bestuur. Raad van Bestuur en het Bestuur van de Medische Staf maken afspraken over de wijze waarop het monitoren van het verbeterproces op basis van het visitatieproces door de afzonderlijke specialismen wordt georganiseerd. De Raad van Bestuur is eindverantwoordelijk.

Wat betreft de individuele contracten van specialisten constateert de adviseur dat het medische staf zou sieren als zij collectief zouden besluiten hun overeenkomst met het ziekenhuis ter discussie te stellen. Dat wil zeggen: alle specialisten gaan akkoord met een procedure waarin zij individueel getoetst worden op een aantal expliciet vooraf te formuleren kwaliteitscriteria. Deze toetsing delegeren medische staf en Raad van Bestuur aan een commissie ad-hoc van deskundigen uit de medisch-specialistisch wereld.

Dit beroep op de medisch specialisten als collectief is noodzakelijk, omdat een beoogde ‘warme doorstart’ van de IJZ (hoofdstuk 5) in formeel juridische zin niet leidt tot het ontbinden van arbeids- of toelatingsovereenkomsten.

In aanvulling hierop kan worden overwogen alle specialisten een nieuwe arbeids- of toelatingsovereenkomst aan te bieden waarin expliciet een aantal kwaliteitsvoorwaarden is opgenomen.

4.3 **Protocollen.**

Om er zeker van te zijn dat de activiteiten per specialisme zich beperken tot hetgeen in een basisziekenhuis mogelijk is, moeten er per discipline protocollen worden gemaakt waarin beschreven is:

- hoe de samenwerking met huisartsen is geregeld, en hoe de terugverwijzing naar de 1^e lijn in de praktijk is geregeld;
- voor welke diagnoses c.q. therapieën doorverwijzing naar een topklinisch centrum noodzakelijk is. Zoals in 3.6. is aangegeven, dient dat op termijn één partnerziekenhuis te zijn, opdat de afspraken per specialismen voortdurend bijgesteld en gemonitord kunnen worden;
- welke behandelingen niet plaatsvinden in het ziekenhuis.

Deze protocollen dienen door de Raad van Bestuur goedgekeurd te worden.

¹⁶ Een visitatie is een onderzoek door collegae van andere ziekenhuizen onder regie van een Wetenschappelijke Vereniging. In een visitatie wordt in algemene zin gekeken naar de wijze waarop een groep medisch specialisten in de praktijk werkt.

5 Scenario's voor de IJsselmeerziekenhuizen.

In het voorgaande hoofdstuk is een perspectief voor de IJZ geschetst op basis van inhoudelijke overwegingen. De vraag is vervolgens: hoe is dat perspectief concreet te maken, wetende dat de Stichting op een termijn van dagen na 28 oktober (de dag waarop het advies wordt uitgebracht) op een faillissement afstevent?

5.1 Kosten en opbrengsten.

Een ziekenhuis moet, net als elke andere organisatie, er voor zorgen dat aan het eind van elk jaar de opbrengsten minimaal even hoog zijn als de kosten die gemaakt worden. In de IJZ is dit evenwicht ernstig verstoord. Dat probleem moet worden opgelost door verschil tussen opbrengsten en kosten in positieve zin groter te maken. De weg daar naar toe heeft twee rijbanen: verlagen van kosten (afslanken) en verhogen van de opbrengst (meer productie). Daarmee kan een gezonde exploitatie ontstaan. Maar dat is niet genoeg, want het positieve resultaat moet zodanig zijn dat ook de kostenoverschrijding van dit jaar en voorgaande jaren zijn weg te werken.

5.2 Bijdragen van overheidswege.

Van oudsher droeg de overheid bij als non-profit instellingen in de (financiële) problemen kwamen.

De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) voorziet in artikel 17 en 18 in de mogelijkheid die reorganisatiekosten te betalen. Daarvoor is het vaststellen van een zogenoemde ministeriële geheel of gedeeltelijke sluitingsbeslissing nodig. Het CSZ voert dit besluit door middel van de saneringsregelingen uit; het geld is afkomstig uit de fondsen van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ). Het CvZ beheert de AWBZ-gelden. In de AWBZ-premie zit voor een deel de compensatie van saneringskosten vervat. Als onderdeel van de stelselwijziging is in 2005 de curatieve sector met het vaststellen van het Uitvoeringsbesluit WTZi¹⁷ van deze sluitingsbeslissing en daarmee van deze saneringsregeling uitgesloten. Er is een Algemene Maatregel van Bestuur voor nodig voor om dit Uitvoeringsbesluit aan te passen of op te heffen. Sinds 2005 is het de bedoeling dat de reorganisatie- of saneringskosten door 'de markt' betaald worden.

Daarmee is de weg afgesloten om op korte termijn via een sluitingsbeslissing een beroep te doen op de overheid.

¹⁷ Besluit van 3 november 2005, houdende uitvoering van enige bepalingen van de Wet toelating zorginstellingen (*Uitvoeringsbesluit WTZi*)

5.3 Warme en koude doorstart.

De Stichting IJZ kan verder als er een kapitaalinjectie komt van een of meerdere financiers die daarvoor rente rekenen. Een faillissement wordt daarmee voorkomen, we spreken van een ‘warme doorstart’.

Afhankelijk van vooral de solvabiliteit (= eigen vermogen/totale vermogen) en de budgetratio (eigen vermogen/budget) van de instelling zullen zij vaststellen of zij die injectie willen geven en zo ja tegen welk rentepercentage en met welke manier van aflossen.

Een variant is dat geen kapitaalinjectie nodig is en de saneringskosten door de instelling gespreid in de tijd wordt terugverdiend in de exploitatie. Ook dan moet afgelost worden en renten worden betaald.

De zorgverzekeraars staan in beide gevallen voor de keuze deze aflossingen en rentekosten voor lief te nemen in hun productie- en prijsafspraken met de instelling. Dat geld zal vervolgens in hun verzekeringspremie terugverdiend moeten worden. De beleidsregels van de NZa staan het de instelling en de zorgverzekeraars onder voorwaarden toe om deze extra kosten op de meest gunstige wijze te spreiden in de tijd.

Een minder gebruikelijke benadering is de instelling te laten failleren en de nieuwe organisatie geheel nieuw op te tuigen. De rekening wordt dan, inclusief de reorganisatiekosten, betaald door de financiers (zoals de aandeelhouders, de bank, en de verstrekkers van een achtergestelde lening), door de crediteuren (waaronder de leveranciers, de fiscus, de pensioenverzekeraar, etc.), en in veel gevallen voor een deel door het personeel. Men noemt dit wel een ‘koude’ doorstart. De risico’s van een koude doorstart zijn groot. Er wordt een curator benoemd die moet onderhandelen met schuldeisers en zijn eigen conclusies trekt. De IJZ zijn in dat scenario de regie volstrekt kwijt en de kans is groot dat juist de waardevolle medewerkers en medisch specialisten Flevoland vaarwel zeggen.

Bij de IJZ zijn de schulden uit het verleden en in het lopende jaar zodanig groot dat reorganisaties onontkoombaar zijn. Reorganisaties die het ziekenhuis niet alleen efficiënter maken maar bovendien een kwaliteitsimpuls beogen. Zodat de kosten worden gereduceerd en de opbrengsten potentieel worden vergroot.

5.4 Haalbaarheid van doorstartscenario’s.

Vergroten van de opbrengsten is mogelijk door in de toekomst aan meer bewoners van het werkgebied op een aantrekkelijke manier verantwoorde zorg te leveren. In de loop der jaren heeft de IJZ veel marktaandeel verloren aan omringende ziekenhuizen. Dat zou teruggewonnen moeten worden. Maar die omringende ziekenhuizen zitten niet stil. Zij willen hun patiënten behouden en ook zij hebben de ambitie hun adherentie in het werkgebied van de IJZ te verhogen. Wat voor alle partijen helpt is dat het inwonertal in Lelystad en Dronten de komende decennia nog fors zal toenemen, naar verwachting met

1,6% per jaar. Als ieder ziekenhuis zijn marktaandeel behoudt, komen er toch meer patiënten.

Sinds 2007 is het AZS met instemming van veel huisartsen ('verwijzers') actief bezig om patiënten uit de NOP en Urk aan zich te binden via de AZS polikliniek in Emmeloord. Terugwinnen van marktaandeel in de NOP is voor de IJZ, gezien de historie, een zware opgave.

Om de kosten van de IJZ te verlagen moeten eerst kosten worden gemaakt. Het is dus zaak om de omvang van die reorganisatie- of saneringskosten en daarmee de invloed op de exploitatie klein te houden. Dat kan door met zo veel als mogelijk dezelfde medewerkers veel efficiënter en effectiever in verschillende vestigingen te gaan werken (het scenario van een 'warme doorstart') of door de rekening via een faillissement bij derden te leggen (het scenario van een 'koude doorstart').

Voor die verschillende scenario's zijn berekeningen gemaakt met behulp van een rekenmodel door financiële deskundigen in de IJZ zelf. Het CSZ heeft daarbij 'over de schouder' meegekeken.

Model en uitkomsten zijn gevalideerd respectievelijk gecontroleerd door registeraccountant Ernst & Young. Deze accountant heeft daarover een zogeheten 'Rapport van bevindingen' opgemaakt.

In het rekenmodel staan opbrengsten, kosten, en rendementen centraal. De berekeningen richten zich met name op de vraag welk aanbod de IJZ moeten realiseren om een bepaald rendement te kunnen behalen.

Er is een groot aantal scenario's doorgerekend, waaronder één waarin zowel in Lelystad als in Emmeloord een zelfstandig ziekenhuis met klinische bedden is voorzien. Daarvan zijn door Lodewick de scenario's terzijde gelegd die uitgaan van:

- het terugwinnen van een groot marktaandeel in de NOP op korte termijn;
- én het aanhouden van de locatie Emmeloord met een klinische functie.

In hoofdstuk 3 is betoogd dat dergelijke opties niet reëel zijn. Én vanwege de onvrede die is gegroeid, én vanwege het feit dat er geen adequate medische bezetting in een ziekenhuis voor de bevolkingsomvang van de NOP mogelijk is. Voorts bleek ook uit de berekeningen dat het exploiteren van zelfstandige ziekenhuislocaties in zowel Lelystad als Emmeloord niet tot positieve (financiële) resultaten leidt.

De scenario's die resteren zijn:

- a. Een doorstart van ziekenhuis Lelystad met afstoten locatie Emmeloord na faillissement (scenario koude sanering).
- b. Een doorstart van ziekenhuis Lelystad met afstoten locatie Emmeloord zonder faillissement (scenario warme sanering).

- c. Een doorstart van ziekenhuis Lelystad met afstoten van de locatie Emmeloord zonder faillissement en voortzetten van poliklinische activiteiten (variant van warme sanering).

De scenario's laten zien dat de exploitatie na 1 ½ jaar weer positief wordt (scenario a. koude doorstart) of na 2 jaar (scenario b. warme doorstart) indien door een externe partij een zeer forse kapitaalinjectie wordt gegeven. Scenario c is ook doorgerekend en leidt tot de conclusie dat dit ook op langere termijn verliesgevend is. Oorzaak is het beperkte marktaandeel van de IJZ in de NOP.

5.5 **Vergelijken scenario's warme en koude doorstart.**

Concentreren we ons nu op de scenario's koude en warme doorstart.

5.5.1 *De toelating als zorginstelling.*

De faillissement scenario's veronderstellen dat bestaande schulden, waaronder de nog te maken reorganisatiekosten, worden afgewenteld op derden.

Vooruitlopend op het faillissement zal de bewindvoerder in een surséance trachten de IJZ geheel of gedeeltelijk aan derden te verkopen.

De bewindvoerder krijgt dan te maken met belemmeringen en wet- en regelgeving. Centraal daarin staat de zgn. 'toelating' als zorginstelling (basis: WTZi).

In het scenario koude sanering (faillissement) wordt de rechtspersoon (Stichting IJZ) geliquideerd en eindigt dus ook de toelating. Consequentie is dat óf een overnemende partij een nieuwe toelating moet aanvragen óf een bestaande zorgaanbieder zijn toelating moet laten aanpassen.

Een nieuwe of te wijzigen toelatingsaanvraag neemt geruime tijd in beslag.

Dat maakt het risico voor een koper uit surséance aanmerkelijk. Immers: hij koopt een zorginstelling die tijdelijk niet kan functioneren en waarvan bovendien onduidelijk is of die op termijn wel weer als ziekenhuis operationeel wordt.

5.5.2 *Afbouwen schuldenlast.*

Een koude doorstart (na surseance en faillissement) heeft het voordeel dat een bewindvoerder de opgebouwde schuldenlast kan afbouwen, meestal ten kosten van de schuldeisers. Daarnaast is kostenreductie door personele afbouw mogelijk. Een koude doorstart leidt dan relatief snel tot een positief bedrijfsresultaat zonder dat een kapitaalinjectie in de omvang van een warme doortart nodig is.

De warme doorstart is in grote lijnen het spiegelbeeld van de koude sanering. Omdat de Stichting doorfunctioneert zijn bedrijfseconomisch noodzakelijke reorganisaties moeilijker door te voeren op korte termijn. Daardoor duurt het langer voor er weer sprake is van een positief bedrijfsresultaat.

5.5.3 *Regie op het proces.*

Een derde belangrijk verschil tussen warme en koude sanering is de vraag wie bepaalt wat er van de IJZ overblijft. Bij koude sanering voert de bewindvoerder de regie, waarbij niet meer het in dit rapport geschetste zorgperspectief richtinggevend is, maar alleen nog het financiële resultaat op korte termijn. Bij een warme sanering daarentegen blijven de Stichting en het Bestuur bestaan, en ligt daar ook de regie op de doorstart.

5.5.4 *Conclusie.*

Alles afwegend meent Lodewick dat een warme doorstart, dus vermindering van een faillissement, sterk de voorkeur geniet. Continuering van de toelating en behoud van de regie op de ziekenhuisinfrastructuur zijn doorslaggevende argumenten.

De essentie is dat de IJZ in een warme doorstart een kapitaalinjectie nodig hebben om de schulden te saneren, het vermogen weer op peil te brengen, de reorganisatie, investeringen en desinvesteringen te kunnen bekostigen, en de liquiditeit te verbeteren. Voor dergelijke injecties zijn onder normale omstandigheden meerdere varianten denkbaar. De doorlooptijd voor het realiseren van dergelijke transacties belooft meestal enkele weken tot maanden. Die tijd is er eenvoudigweg niet.

Lodewick bepleit daarom de verkrijging van een kapitaalinjectie met behulp van transacties waarin worden vermeden:

- de oprichting van nieuwe rechtspersonen;
- het doorlopen van de toelatingsprocedure;
- de vervreemding van onroerend goed.

De voor de IJZ meest voor de hand liggende transactie wordt daarmee die van de ‘bestuursoverdracht’: de verkrijger (participant) brengt geld in de Stichting IJZ onder gelijktijdige verkrijging van het bestuur van de stichting (de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht).

De keuzebevoegdheid in de selectie van de participant ligt bij het verkrijgen van de kapitaalinjectie en de daarmee verbonden bestuursoverdracht in handen van de Raad van Bestuur van de IJZ. De Raad van Bestuur bestaat momenteel uit één interim-bestuurder. De adviseur stelt voor de Raad van Bestuur voor deze periode tijdelijk uit te breiden met een toegevoegd bestuurder.

Deze tweehoofdige Raad van Bestuur kan bij zijn keuze zowel financiële als kwalitatieve randvoorwaarden en criteria hanteren.

De voor de hand liggende werkwijze is dat hij de adviezen in dit adviesrapport integraal overneemt en de uitvoering daarvan als verplichting in de transactie overdraagt aan de verkrijger. Waarmee in één uitgebalanceerde beweging de

geopteerde zorg zowel wat betreft vorm als kwaliteit wordt vastgelegd, de financiële oplossingen worden gerealiseerd, en de noodzakelijk geachte bestuurswisseling gestalte krijgt.

Lodewick stelt als aanvullende voorwaarden dat:

- het nakomen van de aangegane verplichting door de verkrijger in de toekomst moet worden geborgd c.q. afgedwongen door het beschikbaar stellen van één of meer kwaliteitszetels in de Raad van Toezicht, en
- het actief inzetten van instrumenten die bij de IGZ en zorgverzekeraar Achmea beschikbaar zijn.

Vatten we tenslotte de voorwaarden die worden gesteld aan een verkrijgende partij als volgt samen:

Kwaliteit	Bestuur	Financieel	Transitie
Invoeren kwaliteitssystemen: - VMS - VIM - IFMS Auditproces binnen één jaar starten.	Installeren nieuw toezichthoudend college.	Regeling treffen bestaande schuldenlast (zo nodig in overleg met schuldeisers)	Vermijden: - oprichten rechtspersonen - toelatingsprocedure - vervreemding onroerend goed,
IGZ indicatoren aanleveren.	Aantrekken van management dat in staat is de noodzakelijke turnaround te realiseren.	Zorgen voor een gezonde exploitatie, teneinde continuïteit op langere termijn te garanderen	Actief toepassen instrumenten van IGZ en Achmea
Verscherpt toezicht Inspectie			Toevoegen bestuurder
Binnen één jaar tot 20% beste ziekenhuizen op basis indicatoren.			Kwaliteitszetel in Raad van Toezicht
Aanvragen toetsingsvisitaties en toezien op uitvoering visitatierapporten.			
Ontwikkelen protocollen voor samenwerking met 1 ^e en 3 ^e lijn.			

6 Transitie

Na het beschrijven van het toekomstperspectief (hoofdstuk 3), de voorwaarden waaraan de IJZ uit een oogpunt van kwaliteit moeten (gaan) voldoen (4) en het meest wenselijke financiële en juridische scenario (5) is tenslotte de vraag hoe een doorstart praktisch kan worden gerealiseerd (de transitie).

6.1 Geïnteresseerde partners.

Het voorkeursscenario van de warme doorstart met een transactie in de vorm van een ‘bestuursoverdracht’ vereist een partner die bereid is te investeren in de IJZ. De gesprekken die door de adviseur in de afgelopen weken zijn gevoerd hebben duidelijk gemaakt dat er partijen geïnteresseerd zijn in participatie. Er hebben zich vier private en twee publieke partijen gemeld, die zeggen bereid te zijn het ziekenhuis financieel en bestuurlijk te ondersteunen in ruil voor zeggenschap. Enkele kandidaten waren reeds in staat binnen enkele dagen een onderbouwd business plan te overleggen.

Het beoordelen van deze plannen was geen onderdeel van de opdracht, maar kennisnemen ervan was zinvol, omdat ze duidelijk maken dat er kansen zijn voor de IJZ om met steun van een nieuwe partij een herkansing in te gaan.

Conclusie: een warme doorstart lijkt mogelijk met een partner die bijdraagt aan zowel de financiële als de management problematiek.

6.2 Tijd.

Behalve aan geld, ontbreekt het de IJZ ook aan tijd. Medio september dreigde het ziekenhuis al niet meer aan zijn betalingsverplichtingen te kunnen voldoen. Er is toen een garantiestelling verkregen van Achmea en VWS tot het eind van deze maand.

Een oplossing kan worden gevonden, als partijen bereid zijn de garantiestelling nog 10 dagen te verlengen tot 7 november.

In de periode 28 oktober (het uitbrengen van dit advies) tot 7 november is er dan een zeer korte tijd waarin door de interim Raad van Bestuur in samenspraak met de Raad van Toezicht de partner kan worden gekozen waarvan het plan het beste past bij dit advies. In het transitietraject adviseert Lodewick dat het ziekenhuis zich in ieder geval door de NZa bij laat staan.

6.3 Een stappenplan.

Het voorgaande leidt tot het volgende stappenplan:

28 oktober	Aanbieden van dit advies aan opdrachtgevende partijen: Raad van Bestuur/Raad van Toezicht IJZ Ministerie VWS IGZ Zorgverzekeraar Achmea Provincie Flevoland Gemeenten Lelystad en NOP NZa CSZ
28 oktober	Advies wordt overgenomen door de bestuurders van de IJZ. Dat impliceert dat de bestuurders zich conformeren aan de voorwaarden t.a.v. kwaliteit, financiën en besturing die in dit advies zijn verwoord. Start procedure waarin wordt gezocht naar mogelijke participanten.
29 oktober	Belangstellenden kunnen zich melden bij de Raad van Bestuur. De informatie van potentiële participanten die met Lodewick hebben gesproken wordt doorgeleid naar de Raad van Bestuur.
29 oktober – 5 november	Gesprekken van Raad van Bestuur met belangstellenden. Deze moeten voldoen aan de voorwaarden die in dit advies zijn geformuleerd t.a.v. kwaliteit, financiën en besturing. Overleg moet binnen 6 dagen leiden tot keuze voor één van de kandidaten. Detaillering van de procedure is een taak voor de Raad van Bestuur.
6 november	Voorgenomen keuze wordt door Raad van Bestuur afgestemd met Ondernemingsraad, Medisch Stafbestuur en Cliëntenraad.
7 november	Raad van Bestuur en Raad van Toezicht kiezen een participant. Deze is in staat dezelfde dag nog met financiers zodanige afspraken te maken dat de IJZ vanaf 8 november in financiële zin weer levensvatbaar zijn.

Het is duidelijk dat dit een zeer intensief traject is, waarvan de afloop zich niet met zekerheid laat voorspellen. Leidt het proces onverhoopt niet tot een partner die een doorstart mogelijk kan maken, dan zal uitstel van betaling moeten worden aangevraagd en zal alsnog het scenario van de koude doorstart moeten worden doorlopen.

Dit scenario wordt hier verder niet uitgewerkt.

7 **Afsluiting.**

Gelukkig is de afrondende conclusie in dit advies dat er goede mogelijkheden zijn een gezonde toekomst te creëren voor de ziekenhuiszorg in Flevoland. Patiënten in de NOP en Oostelijk Flevoland verdienen dat. Er is de afgelopen 10 jaar onvoldoende uitgegaan van hun belangen. Met name betrokkenen in de NOP hebben de adviseur laten weten erg teleurgesteld te zijn in de wijze waarop de IJZ de belangen van de inwoners van de gemeenten Urk en de NOP hebben behartigd. Dat geldt ook, maar in mindere mate, voor de bewoners van Oostelijk Flevoland.

Er is een laatste kans voor de IJZ: met inzet van alle betrokkenen kan er een bloeiend basisziekenhuis in Lelystad ontstaan. In de NOP zal met de inzet van het AZS en mogelijk Lelystad op de achtergrond ook een nieuwe toekomst met goede ziekenhuiszorg zijn te creëren.

Als er een derde adviesronde nodig is, na de commissie Kraaijeveld in 2002 en Lodewick in 2008, zal die alleen nog kunnen gaan over de ontmanteling van het ziekenhuis in Lelystad.

Bijlagen bij:

Rapportage Lodewick

Bijlagen

- I** Gebruikte afkortingen in dit document
- II** Opdracht adviseur Lodewick
- III** Gesprekspartners Lodewick in verkennende fase
- IV** CV Lodewick

AMC	Academisch Medisch Centrum (Amsterdam)
AZS	Antonius Ziekenhuis Sneek
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CSZ	College Sanering Zorginstellingen
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GS	Gedeputeerde Staten
Hagro	Huisartsengroep
HAP	Huisartsenpost
ICT	Informatie & Communicatie Technologie
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialist
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NOP	Noordoostpolder
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OLVG	Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)
OK	Operatiekamer
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
P&O	Personeel & organisatie
SEH	Spoedeisende eerste hulp
VIM	Veilig Incident Melden
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
IJZ	IJsselmeerziekenhuizen

Opdracht advisering IJZ

Aanleiding

Naar aanleiding van de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft er op 29 september 2008 op het ministerie van VWS een overleg plaatsgevonden over de kwaliteit van zorg geboden in de IJZ, met vestigingen te Lelystad en Emmeloord, en over de financiële positie van het ziekenhuis. Bij dat overleg waren afgevaardigden aanwezig van het ministerie, het bestuur van het ziekenhuis, de marktleider van de zorgverzekeraars in de regio, de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder en de provincie Flevoland. Alle partijen hebben uitgesproken dat er behoefte bestaat aan een advies van een onafhankelijke derde. De behoefte aan een advies is ingegeven door het belang van het ziekenhuis in de regio voor de continuïteit van zorg, de acute in meerdere opzichten kritieke situatie waarin het ziekenhuis verkeert en de vele verschillende belangen die aan de orde zijn.

Op 22 september heeft de minister van VWS een conceptaanwijzing aan de IJZ gegeven. In deze conceptaanwijzing vraagt de minister het ziekenhuis om voor 1 november een plan van aanpak op te stellen dat bestaat uit drie onderdelen:

1. verantwoorde zorg
2. de financiële situatie
3. toekomstplan

In reactie op de conceptaanwijzing heeft het ziekenhuis in een brief van 25 september aangegeven vrijwillig aan de voorwaarden in de conceptaanwijzing te voldoen. Het ziekenhuis wordt daartoe door de minister in de gelegenheid gesteld. Mocht op enigerlei wijze blijken dat het opstellen van het plan van aanpak niet voortvarend verloopt of dat anderszins niet aan de in de conceptaanwijzing opgenomen voorwaarden wordt voldaan, dan zal alsnog een bevel of een definitieve aanwijzing worden gegeven.

Adviesvraag

In vervolg op het overleg dat ik met u heb gevoerd, vraag ik u om zo mogelijk binnen twee weken een advies uit te brengen over de onderstaande problematiek waarmee alle betrokkenen zich geconfronteerd zien.

Allereerst dient in het advies te worden ingegaan op de door het ziekenhuis aangekondigde liquiditeitsproblemen die op een termijn van 2 weken manifest zouden worden; in het advies zou moeten worden aangegeven op welke wijze die dreigende problemen (tijdelijk) het hoofd kunnen worden geboden. Tijdens het hiervoor genoemde overleg hebben betrokkenen onderscheid gemaakt tussen de volgende scenario's:

- Een faillissement van het ziekenhuis zonder voortzetting van de zorgactiviteiten.

- Een voortzetting van (*delen van*) het ziekenhuis door een of meerdere partijen na faillissement,
- Een voortzetting van (*delen van*) het ziekenhuis door een of meerdere partijen zonder faillissement.

Ik sluit niet uit dat er mogelijk nog andere scenario's denkbaar zijn en ik vraag u ook daarover uw gedachten te laten gaan en die mogelijke andere scenario's in uw advisering mee te nemen.

In het advies moet vervolgens achtereenvolgens worden aangegeven:

1. De overbrugging

- a) De wijze waarop continuïteit van ziekenhuiszorg (*acute zorg, basiszorg, electieve zorg*) in de regio het beste georganiseerd kan worden totdat inzicht bestaat over de hoofdlijnen van de voor de regio gewenst eindconfiguratie (*zie 2*).

2. Het perspectief

- a) De hoofdlijnen van een op korte termijn te realiseren kwalitatief en financieel gezonde en duurzame eindconfiguratie van ziekenhuiszorg in de regio.
- b) Een - bij voorkeur door genoemde belanghebbenden gedragen en gecommitteerde -keuze voor het scenario (*zie hierboven*) waarlangs deze eindconfiguratie van ziekenhuiszorg bereikt kan worden.

In alle onderdelen van het advies moet als vanzelfsprekend de samenhang met andere gezondheidszorgvoorzieningen in de regio duidelijk blijken.

Ik vraag u ten behoeve van de advisering gebruik te maken van de kennis en kunde die aanwezig is bij het ziekenhuis en de marktleider van zorgverzekeraars in de regio. Ik maak u erop attent dat de Nederlandse Zorgautoriteit in overleg met het College sanering zorginstellingen een deskundige heeft benoemd die de financiële situatie van het ziekenhuis heeft onderzocht. Deze deskundige was ook bij het overleg op 29 september op het ministerie van VWS aanwezig.

Ik vraag u ten behoeve van de advisering u te verstaan met in ieder geval alle partijen die bij het overleg aanwezig zijn geweest. Ten slotte vraag ik u (ook) gebruik te maken van de volgende informatie:

- De bevindingen van de door de Nederlandse Zorgautoriteit en het College Sanering Zorginstellingen benoemde deskundige,
- De rapportage van KPMG die op verzoek van de provincie Flevoland en de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder de financiële situatie in kaart heeft gebracht,
- De rapportage en het advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de kwaliteit van zorg.

Rapportage

U rapporteert uw advies en eventuele tussenrapportages aan de bovengenoemde partijen. Al hetgeen u bij uitvoering van deze opdracht ter kennis komt, behandelt u uiteraard als strikt vertrouwelijk. U communiceert zonder mijn instemming niet over de opdracht met derden (of de media). Het ziekenhuis gebruikt het advies bij het vrijwillig voldoen aan de hierboven genoemde aanwijzing.

Gesprekspartners Lodewick in verkennende fase:

Interim Bestuurder IJZ
Leden Raad van Toezicht IJZ
Medisch Stafbestuur IJZ
Ondernemingsraad IJZ
Cliëntenraad IJZ
Medisch Coördinatiecentrum (MCC)
Zorgbelang Flevoland
Zorgverzekeraar Achmea
Verloskundigen Flevoland
Gedeputeerde Zorg Flevoland
IGZ
Burgemeester en Wethouders gemeente Urk
Wethouders gemeente Emmeloord
Huisartsen Noordoostpolder
Burgemeester en Wethouders gemeente Lelystad
Directie GGD Flevoland
Huisartsen Lelystad
Wethouder gemeente Dronten
Raden van Bestuur van ziekenhuizen in en rond de IJsselmeerpolders:
- Antonius Ziekenhuis te Sneek
- Diaconessenhuis te Meppel
- Ziekenhuis de Tjongerschans te Heerenveen
- Isala klinieken te Zwolle
- Ziekenhuis St Jansdal te Harderwijk
- Flevoziekenhuis te Almere.
Raad van Bestuur Maartenskliniek Nijmegen
CSZ
NZa
Raad van Bestuur Psychiatrisch centrum Meerkanten
Werknemersorganisaties

Voorts heeft de adviseur gesproken met een aantal partijen die bereid zijn een doorstart van de IJZ te ondersteunen. Dit betreft zowel publieke als private organisaties.

Curriculum vitae Drs. Léon M.J.L. Lodewick

- 1944 geboren in Maastricht.
- 1963 artsopleiding Nijmegen.
- 1971 - 1980 huisarts te Maastricht
mede-oprichter gezondheidscentrum Dr. Van Kleef Maastricht
oprichter Skillslab Universiteit Maastricht.
- 1980 - 1989 Directievoorzitter Bleulandziekenhuis Gouda (thans Groene Hart Ziekenhuis).
- 1989 - heden zelfstandig (MediMan Holding bv).
- 1992 - 2003 interim-manager, geassocieerd met Boer & Croon Executive Managers A'dam onderbreking 2000-2002.
- 1992 - 2003 voorzitter RvB a.i. van meerdere grote multilocatie ziekenhuizen
- 2001 - 2002 lid twee overheidscommissies inzake planning ziekenhuisregio's.
- 2002 - heden coach van leden RvB en divisiedirecteuren van verschillende ziekenhuizen;
adviseur RvT's, RvB's, besturen medische staven en organisatieadviseurs;
bijdrage aan diverse postdoctorale opleidingen.
- 2004 - 2006 universitair docent Universiteit Maastricht.
- 2005 - heden Voorzitter St. Gezondheidscentra Maastricht.

Gehuwd, woonachtig in Maastricht, 3 kinderen

Publicaties

- Een tiental artikelen over de organisatie van de gezondheidszorg en over interim-management.
- Auteur "Het lichamelijk onderzoek" 1978, 2e druk 1980, studieboek handvaardigheden voor medici; vertaald in het Engels, Duits, Spaans, Italiaans en Grieks.
- Auteur "Ziekenhuizen veranderen" 2008, praktijkboek over veranderingsmanagement.