



Fundason Mariadal Bonaire

**functie-en capaciteitsprofiel
'Hospitaal San Francisco'
nu en morgen**

Fundason Mariadal Bonaire

functie-en capaciteitsprofiel 'Hospitaal San Francisco' nu en morgen

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoud

Samenvatting	1
1 Voorwoord	3
1.1 Opbouw rapport	3
1.2 Verantwoording	3
2 Fundashon Mariadal	5
2.1 Functiepakket ziekenhuis	5
2.2 Air-Ambulance	7
2.3 Capaciteit en productie	8
2.4 Specialismen	10
2.5 Verrichtingen/SEH	10
3 Verzorgingsgebied Bonaire	13
3.1 Demografie en geografie	13
3.2 Geslacht en leeftijd	14
3.3 Ziekenhuisgebruik	16
4 Aanbod naar behoefte én mogelijkheden	19
4.1 Marktperspectief	19
4.2 Medische uitzendingen	21
5 Sterk in de basis	25
5.1 Consumptieniveau	25
5.2 Inspelend op de markt	26
5.3 Volwaardig BBMC	29
Bijlage 1: Kengetallen productie per specialisme, 2011 t/m 2013	37
Bijlage 2: Verpleegduur opgenomen patiënten ziekenhuis FM, 2011 t/m 2013	38
Bijlage 3: Bevolking Caribisch Nederland naar leeftijd, 2013 en 2014	39
Bijlage 4: Kengetallen gezondheid en welzijn BES, 2013 (%)	40
Bijlage 5: Medische uitzendingen Bonaire, 2013	42
Bijlage 6: Totale ziekenhuisconsumptie Bonaire per (poort)specialisme, 2013	48
Bijlage 7: Productieplanning ziekenhuis FM per (poort)specialisme, 2020	49
Referenties/literatuur	51

Samenvatting

Sinds begin dit decennium de drie overzeese BES-eilanden Bonaire, Sint-Eustatius (Statia) en Saba als (bijzondere) gemeente deel uitmaken van Nederland is de Nederlandse Overheid ook verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van dit Caribisch deel, waaronder de gezondheidszorg. Daarbij ontstond al snel de wens dit ver gelijkerwijze naar het (Europees) Nederlands niveau te tillen.

Het is vanuit deze achtergrond en doelstelling, dat dit functie- en capaciteitsprofiel voor nu en morgen voor het op Bonaire gevestigde 'Hospitaal San Francisco' is opgesteld. Het verzoek daartoe is zowel afkomstig van het Ministerie van VWS als de direct betrokken partijen, waar onder Fundashon Mariadal (FM) en het Zorgverzekeringskantoor (ZVK), alsmede in het verlengde van de jumelageafspraken het AMC en VUmc.

Mede door deze laatste samenwerking en inbreng heeft ziekenhuis FM de laatste jaren een flinke stap voorwaarts kunnen maken van een toch overwegend door huisartsen gerunde (eerstelijns)voorziening naar een meer volwaardig medisch specialistisch basisziekenhuis. Primair uitgaande van de vraag/behoefte van de eigen bevolking is het daarbij de bedoeling om binnen vijf jaar uiteindelijk tachtig procent van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis op Bonaire zelf beschikbaar te hebben. Naar Nederlandse begrippen zeker geen onrealistische doelstelling en waar in dit profiel voor de genoemde onderdelen een uitwerking aan wordt gegeven.

Ondanks de eerder genoemde flinke stappen kenmerkt ziekenhuis FM kenmerkt zich tot op heden door een nog wat 'beperkte' invulling van het basisfunctiepakket, die zich in uitvoering met name aan de (dag)klinische kant bevindt. Overwegend vanuit de jumelage zijn er op dit moment ruim 15 fte medisch specialisten werkzaam in een evenzo groot aantal medische specialismen. In 2013 waren er ruim 22.000 polikliniekbezoeken en ongeveer 2.000 opnamen. Mede daar dit ook steeds meer om ééndaagse dagopnamen gaat, is sprake van een dalende gemiddelde verpleegduur tot op dit moment onder de vier dagen en in het verlengde hiervan een gemiddelde bedbezetting van om en nabij de twintig.

Dit is echter nog niet alles, want er is een aanzienlijke uitstroom van patiënten naar elders. Weliswaar is deze de laatste jaren aan het dalen, doch in 2013 ging het toch nog om meer dan 3.000 medische uitzendingen. Met meer dan 70% gaat deze overwegend naar Curacao. Met grofweg ieder de helft gaat de overige bijna 30% naar Aruba en Columbia. Een nadere analyse van deze uitstroom laat zien, dat deze voor meer dan de helft uit niet-klinische patiënten bestaat, alsmede dat voor zover het klinische patiënten betreft, het ook nog eens voor een aanzienlijk deel om zgn. kortdurende opnamen (2 t/m 5 dagen) gaat. Veelal betreft dit dus niet complexere patiëntenzorg, die echter wel resulteert in een (dag)klinisch marktaandeel van ziekenhuis FM van 50% en een daarbij overeenkomstige adherente bevolking van minder dan 10.000 inwoners.

Uitgaande van de eerder genoemde tachtig procent selfsupporting staat ombuiging, lees beperking, van deze uitstroom (medische uitzendingen) bovenaan op de agenda. Dit met alle voordelen van



dien voor steeds betere kwaliteit van zorg in de eigen omgeving voor de Bonairianen zelf, een steeds volwaardiger basisziekenhuis en steeds meer doelmatigheid. Mede door een toenemende bevolking is daarbij de verwachting dat de productie in 2020 naar meer dan 30.000 polikliniekbezoeken en ongeveer 4.000 opnamen kan toegroeien. Daarvoor zijn dan ongeveer 40 bedden (incl. dagbehandeling) en ruim 20 fte medisch specialisten nodig, waarbij de meest essentiële basisspecialismen tenminste dubbel zijn ingevuld.

1 Voorwoord

Sinds 10 oktober 2010 maken de drie overzeese BES-eilanden Bonaire, Sint-Eustatius en Saba als Openbaar Lichaam of bijzondere gemeenten onderdeel uit van Nederland. Daarmede is vanaf dit moment de Nederlandse Overheid verantwoordelijk voor dit overzeese Caribische deel van Nederland. Dus ook met betrekking tot de gezondheidszorg, waarbij al snel de wens ontstond dit naar het Nederlandse niveau te tillen. Al pionierend gingen kort daarop het Academisch Medisch Centrum (AMC) en het Vrije Universiteit medisch centrum (VUmc) te Amsterdam samen met het ziekenhuis van Fundashon Mariadal (FM) op Bonaire deze uitdaging aan.

Belangrijke doelstelling was daarbij om binnen vijf jaar tachtig procent van de medisch specialistische zorg op Bonaire zelf beschikbaar te hebben¹. Overigens is dit naar Nederlandse begrippen zeker geen onrealistische doelstelling, welke over het algemeen goed vergelijkbaar is met de situatie en uitgangspunten daaromtrent in het Europese deel. Prima dus, waar qua opzet en uitwerking dan nog wel de nodige handen en voeten aan moet worden gegeven.

Belangrijke fundament is daarbij het zgn. functie- en capaciteitsprofiel van het onder FM functionerende ziekenhuis (Hospitaal San Francisco). Weliswaar is de omslag van een voorheen toch overwegend door huisartsen gerund ziekenhuis naar een medisch specialistisch basisziekenhuis inmiddels aardig tot goed in gang gezet, doch waar dit alles uiteindelijk structureel en niet te vergeten primair uitgaande van de vraag/behoefte op moet uitkomen is nog onzeker of onduidelijk. Het is de beantwoording van deze vraag, die in dit rapport centraal staat en van de kant van zowel de direct betrokken partijen (FM, AMC en VUmc) als het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de orde is gesteld.

1.1 Opbouw rapport

Achtereenvolgens wordt nu allereerst in het volgende hoofdstuk 2 naar een aantal invalshoeken van aard en omvang een beeld gegeven van Fundashon Mariadal zelf. Daarna volgt hoofdstuk 3 met aandacht voor het primaire verzorgingsgebied of te wel Bonaire. In het verlengde hiervan komt in hoofdstuk 4 de behoefte aan de orde met een link naar het mogelijke aanbod. Dit alles komt samen in een afsluitend hoofdstuk 5, waarin een meer voor en op de toekomst gericht structureel beeld wordt geschetst van het functie- en capaciteitsprofiel van ziekenhuis FM op Bonaire.

Een vijftal bijlagen met veelal kwantitatieve informatie maken dit rapport compleet, waaronder de laatste waarin wat uitvoeriger wordt stilgestaan bij de medische uitzendingen. Als allerlaatst volgt dan nog een overzicht met belangwekkende referenties/literatuur

1.2 Verantwoording

Tenslotte is het goed vooraf aan een ieder dank te zeggen, die een bijdrage heeft geleverd aan de totstandkoming en uiteindelijke afronding van dit rapport.

¹ Als zodanig staat dit geformuleerd in het Jaarmagazine van het BES-project 2011-2012.

Op Bonaire zelf betreft dit dan aan het begin vooral mensen uit het ziekenhuis FM voor de gegevensvertrekking, rondgang, indrukken, achtergronden en vooruitzichten². Als min of meer startpunt is daarbij toentertijd mede dankbaar gebruik gemaakt van de discussie en uitkomsten uit de begin 2013 bijgewoonde beleidsconferentie over dit onderwerp³. Gaande dit adviesproces is daar ook steeds meer de medewerking en input vanuit het aldaar gevestigde Zorgverzekeringskantoor (ZVK) bijgekomen, waarbij de focus in eerste instantie vooral gericht was op de aard en omvang van de zgn. medische uitzendingen (zie bijlage 5)⁴.

Vanuit de alliantie AMC/VUmc mag verder Jean Savelkoul niet onvermeld blijven, die als directeur jumelage FM eigenlijk vanaf het eerste uur bij dit proces nauw betrokken is.

Bij de presentatie van cijfermatige informatie zal telkenmale bronvermelding plaatsvinden. Waar nodig heeft daarbij zo veel mogelijk verificatie plaatsgevonden, mede daar er weinig tot geen officiële stukken zijn.

Mede op verzoek van alle andere eerder genoemde partijen heeft het Ministerie van VWS uiteindelijk deze vraagstelling formeel ter advisering bij het Capaciteitsorgaan neergelegd. Dit past ook in de traditie van het Capaciteitsorgaan, waarna conform de tripartite invalshoek van het Capaciteitsorgaan daaraan in dit onderhavige rapport een uitwerking is gegeven⁵. Eerdere concepten zijn daarbij telkenmale ter verificatie en inhoudelijke beoordeling aan de direct betrokkenen voorgelegd. Dit om eventuele feitelijke onjuistheden op het spoor te komen en te corrigeren, alsmede en wellicht nog belangrijker een zo optimaal mogelijke betrokkenheid in het veld te bewerkstelligen. Dit vergemakkelijkt immers straks het implementatietraject.

Na afronding van dit alles is de formele vaststelling van dit profiel een taak van het Plenair Orgaan (Bestuur) van het Capaciteitsorgaan, die dit als zodanig in de vergadering d.d. 1 april 2015 (?) heeft gedaan. Daarna is het met een begeleidend schrijven aan de Minister van VWS aangeboden, gevolgd door toezending aan alle direct betrokkenen en algemene openbaring op onder meer onze website.

² In het bijzonder betreft dit dan Giovanni Frans (Raad van Bestuur) en Theo Braeken (medisch manager).

³ Onder de titel 'Medisch specialistische zorg op Bonaire: mogelijkheden en beperkingen' heeft deze (besloten) beleidsconferentie op 27 april 2013 plaatsgevonden.

⁴ In die zin past een speciaal woord van dank aan Ton Wassenaar (teamleider Financiën & Managementinformatie en plv. Hoofd ZVK BES) voor de uiteindelijke aanlevering van dit bestand.

⁵ Statutair omvat deze tripartite samenstelling (opleidings)instellingen, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars.

2 Fundashon Mariadal

Zoals reeds hiervoor aangegeven maakt ziekenhuis (hospitaal) San Francisco in formele zin onderdeel uit van Fundashon Mariadal (FM). Daarnaast herbergt deze instelling voor de gezondheidszorg op Bonaire ook nog het verpleeghuis Kas di Kuido en het (thuis)zorgcentrum Sentro di Salú Convent⁶. Aansturing en ondersteuning van deze drie onderdelen geschiedt centraal vanuit de moederorganisatie FM met alle voordelen van dien met betrekking tot een zowel efficiëntere zorgverlening als bedrijfsvoering⁷. FM scheidt immers één samenhangend kader, waarbij de synergie van precies deze drie onderdelen zo optimaal mogelijk kan worden benut met zo min mogelijk 'schotten' tussen de diverse 'lijnen'. In die zin fungeert FM dus als meer dan de som der (afzonderlijke) delen, althans dat is het nadrukkelijke streven.

Het is vanuit dit algemene kader, dat de blik nu verder en primair op de aard en omvang van de medisch specialistische zorgverlening of te wel het ziekenhuisdeel van FM wordt gericht. Vooral nog is hier namelijk vanuit zowel de eigen kring als andere externe stakeholders, inclusief overheid en zorgverzekeraars, op dit moment de grootste behoefte. Dit laat onverlet, dat mede op basis hiervan altijd ook nog een breder perspectief in ogenschouw kan worden genomen. Daarbij gaan de gedachten vooral uit naar de eerstelijnszorg om welke reden daaromtrent in een aparte notitie tevens kort in hoofdlijnen een eerste richtinggevende indicatie voor de BES wordt gegeven⁸.

2.1 Functiepakket ziekenhuis

Uitgaande van de door het College Geneeskundige Specialismen (CGS) erkende medische (ziekenhuis-)specialismen zijn er op dit moment in ziekenhuis FM in totaal meer dan vijftien fte specialisten werkzaam. Met ruim twee derde doet het grootste deel dit inmiddels vanuit het op 1 januari 2011 formeel begonnen samenwerkingsproject of jumelage met het VUmc/AMC⁹. Voor bijna één derde is dit dus niet aan de orde, bestaande uit een drietal 'eigen' specialisten en daarnaast meer dan twintig verschillende 'visiterende' specialisten, die op consultbasis de geledingen soms komen versterken. Om welke onderdelen en in welke mate dit laatste dan het geval is, staat in tabel 2.1 aangegeven, waarbij opvalt, dat het veelal om een vrij marginale invulling van één tot twee dagdelen gaat.

Al met al kan met een bezetting van tenminste één fte dus uiteindelijk een negental specialismen tot het functiepakket van FM worden aangemerkt, t.w. in alfabetische volgorde anesthesiologie, cardiologie, heelkunde, interne geneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, obstetrie en gynaecologie, psychiatrie en radiologie. Dit betreft allemaal zgn. basisspecialismen, d.w.z. dat daarmee voor een belangrijk deel aan de meest elementaire en voorkomende vraag naar medisch specialistische (ziekenhuis)zorg tegemoet kan worden gekomen.

⁶ Onder laatstgenoemd centrum ressorteren de wijkverpleging, open bejaardenwerk, verloskundige- en kraamzorg, jeugd- en schoolgezondheidszorg.

⁷ Zo is er onder meer een facilitair bedrijf, stafafdeling Personeel & Organisatie, afdeling Internet & Communicatie Technologie en Financieel Economische Zaken.

⁸ Capaciteitsorgaan. Behoeftte eerstelijnszorg Caribisch Nederland. Een eerste richtinggevende indicatie. Utrecht, april 2015.

⁹ Jumelage duidt op verbroedering/verzustering, het aangaan of onderhouden van vriendschappelijke betrekkingen tussen twee instellingen, vooral tussen gemeenten (stedenband).

Benadrukt wordt 'voor een belangrijk deel', daar dikwijls ook specialismen als dermatologie en venerologie, keel-neus-oorheelkunde, longziekten en tuberculose, oogheelkunde, orthopedie en urologie tot het rijtje van basisspecialismen worden gerekend. Weliswaar met een beperkte invulling zijn deze specialismen echter wel in het ziekenhuis FM op consulentbasis aanwezig, althans tot op dit moment.

Tabel 1: Samenstelling medisch staf (fte), 1 januari 2014

specialisme	FM	jumelage	consulent	totaal
anesthesiologie		2		2
cardiologie		1	0,25 (1)	1,25
dermatologie en venerologie			0,10 (2)	0,10
heelkunde	1	1		2
interne geneeskunde		3	0,15 (1)	3,15
keel-neus-oorheelkunde			0,20 (2)	0,20
kindergeneeskunde		2	0,05 (1)	2,05
longziekten en tuberculose			0,25 (1)	0,25
maag-darm-leverziekten			0,10 (1)	0,10
neurologie	1			1
obstetrie en gynaecologie	1	1		2
oogheelkunde			0,20 (4)	0,20
orthopedie			0,60 (2)	0,60
psychiatrie		1	0,35 (3)	1,35
radiologie		1	0,20 (1)	1,20
revalidatiegeneeskunde			0,05 (1)	0,05
urologie			0,075 (1)	0,075
totaal specialismen	3	12	2,575 (21)	17,575

Bron: FM. Onder FM staan alle 'eigen' medisch specialisten vermeld; Onder jumelage het aantal, dat op dat moment vanuit het VUmc/AMC in het FM werkzaam zijn. Voor zover sprake is van consulent-specialisten staan deze onder dit kopje aangegeven. Al dan niet op vaste tijden en/of op afroep is deze groep aan het ziekenhuis verbonden. De hoofdwerkkring van deze 'visiterende' specialisten is veelal in de ziekenhuizen op een van de naburige eilanden, in het bijzonder Aruba en Curaçao, gelegen. Om hoeveel specialisten dit absoluut gaat, is tussen haakjes gezet¹⁰. Bij interne geneeskunde is de opgave inclusief één nefroloog en één consulent-oncoloog (0,15). Bij kindergeneeskunde is dit inclusief één consulent voor kindercardiologie (0,05). Bij psychiatrie is het met inbegrip van één consulent kinderpsychiatrie (0,05).

¹⁰ Daarbij zijn een zestal visiterende medisch specialisten t.b.v. het weekend-relief (1x in de drie weken) voor beschikbaarheidsdienst buiten beschouwing gelaten. Dit betreft de specialismen cardiologie, heelkunde, interne geneeskunde (incl. nefrologie), psychiatrie en radiologie.

Aanvullend op het hiervoor geschetste functiepakket past bij de functie interne geneeskunde nog de kanttekening dat dit met inbegrip is van de nefrologie¹¹. Dit betreft overigens een van de meer dan tien differentiaties/aandachtsgebieden binnen dit moederspecialisme¹².

Verder mag de aanwezigheid van enkele (klinisch) verloskundigen en zgn. ziekenhuisartsen niet onvermeld blijven. Dit laatste mede in het licht van de recente erkenning van het vakgebied ziekenhuisgeneeskunde als profiel (dus geen specialisme) door de KNMG op 1 juli 2014 alsmede zeker ook door de voortrekkersrol, die het VUmc bij de ontwikkeling hiervan binnen de Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG) de afgelopen jaren heeft gespeeld¹³.

Volledigheidshalve wordt tenslotte ook nog kort stilgestaan bij de in het geheel ontberende medisch specialistische functies van FM op Bonaire. Wederom uitgaande van de erkende vakken gaat dit om een twaalftal medische specialismen, namelijk op alfabetische volgorde cardio-thoracale chirurgie, klinische genetica, klinische geriatrie, medische microbiologie, mondziekten en kaakchirurgie (tandarts-specialisme), neurochirurgie, nucleaire geneeskunde, pathologie, plastische chirurgie, radiotherapie, reumatologie¹⁴ en het profiel spoedeisende geneeskunde¹⁵. Dit rijtje overziende blijken daarin nauwelijks tot geen 'basis'-specialismen voor te komen, maar betreft het juist functies die zich gewoonlijk meestal in de qua aard en omvang wat grotere algemene (STZ-) en academische ziekenhuizen (UMC's) manifesteren. In die zin kan het gemis hiervan in ziekenhuis FM zelf als niet tot weinig verrassend worden gekenschetst en dient zo nodig hiervoor dus door patiënten naar elders te worden uitgeweken. Deze situatie is overigens niet anders dan in Europees Nederland, ofschoon de geografische ligging (eiland) en de daarmee samenhangende (reis)afstanden natuurlijk wel van een geheel andere orde zijn. In het licht hiervan is de aanwezigheid van een Air-Ambulancedienst goed verklaarbaar en een voor de hand liggende oplossing.

2.2 Air-Ambulance

In voorkomende gevallen vervult FM de kritische verbinding met de ziekenhuizen op de twee andere benedenwindse eilanden Aruba en Curaçao, maar zo nodig soms ook nog verder naar bestemmingen in/op bijvoorbeeld Columbia, Guadeloupe en Martinique. Duidelijk moge zijn, dat dit in principe alleen voor die patiënten op Bonaire gebeurt, waarvoor deze medisch specialistische zorg in het eigen ziekenhuis FM zelf in het geheel niet of binnen een wel aanwezige functie niet op het juiste niveau aanwezig is. Voor dit luchttransport beschikt FM 7x24 uur over een air-ambulance-vliegtuig (Learjet 35A), welke volledig is ingericht om patiënten met het hoogste A1 profiel te kunnen

¹¹ Sinds begin 2012 beschikt ziekenhuis FM en dus Bonaire over een eigen nierdialysecentrum met een vijftal plaatsen (stations). Sedertdien behoeven deze patiënten (vaak meerdere keren per week) dus niet meer naar elders (m.n. Curaçao) te vliegen voor hun behandeling.

¹² Andere differentiaties zijn bijvoorbeeld endocrinologie, hematologie, intensive care, medische oncologie en vasculaire geneeskunde. Een volledig overzicht is te vinden op de website van de Nederlandse Internisten Vereniging (www.internisten.nl).

¹³ Zie Besluit Ziekenhuisgeneeskunde van 11 september 2013 door het College Geneeskundige Specialismen.

¹⁴ Sinds kort wordt vanuit de jumelage AMC/VUmc op zeer beperkte schaal, d.w.z. 4x per jaar één week een reumatoloog aanwezig, invulling aan dit specialisme gegeven.

¹⁵ Overigens beschikt het ziekenhuis FM als voorziening wel over een afdeling spoedeisende hulp (SEH) voor de eerste opvang/behandeling van 'acute' patiënten. De triage gebeurt in eerste instantie door een verpleegkundige, waarna afhankelijk van de ernst van de situatie/klachten onderzoek en/of behandeling door een arts(-assistent) wordt ingezet. Verder beschikt FM als voorziening ook nog over een (klinisch chemisch) laboratorium voor de meest reguliere onderzoeken van bloed, urine en ontlasting.

vervoeren. Daarbij wordt vanuit het ziekenhuis FM gebruik gemaakt van hiervoor speciaal getrainde en opgeleide medisch specialisten en verpleegkundigen.

Uit de ontwikkeling van het aantal vluchten uit tabel 2.2 kan worden afgeleid, dat na een aanvankelijke groei in de eerste jaren van dit decennium in 2013 voor het eerst sprake van een teruggang. Opvallend daarbij is dat dit zich met name op de vluchten naar Curaçao manifesteert en in veel mindere mate naar de andere twee bestemmingen Aruba en Columbia. Of en zo ja in welke mate dit eventueel samenhangt met de ziekenhuisperikelen aldaar is onduidelijk.

Tabel 2.2: Air-ambulance vluchten, 2010 t/m 2013

bestemming	2010	2011	2012	2013
Aruba	13	45	56	47
Columbia	10	28	76	68
Curaçao	137	124	119	52
Venezuela		2		
subtotaal heen	160	199	251	167
retour Bonaire	14	49	70	25
totaal	174	248	321	192

Bron: Ziekenhuis FM.

In die zin ligt het wellicht meer voor de hand deze afname vooral in relatie te zien met de recente uitbouw van het eigen ziekenhuis FM. Er kan inmiddels gewoonweg (veel) meer op Bonaire zelf met voor een ieder alle voordelen van dien¹⁶.

2.3 Capaciteit en productie

Afgaande op de recente productie bezoeken op dit moment jaarlijks meer dan 22.000 patiënten een van de poliklinieken van het ziekenhuis. Zoals uit tabel 2.3 is af te leiden, is dit aantal aanzienlijk hoger dan de voorgaande jaren, hetgeen ongetwijfeld samenhangt met het jumelageproject AMC/VUmc en de daarmee gepaarde uitbouw van het functiepakket. Bij het aantal opnamen is vanaf 2011 van een vergelijkbare ontwikkeling sprake, al is de groei daarbij wel wat minder spectaculair van omvang. Bovendien lijkt deze groei zich de jaren daarna niet echt verder door te zetten en stabiliseert het aantal opnamen zich op dit moment op een niveau in een orde van grootte van jaarlijks iets minder dan 2.000 (nieuwe) opnamen. Dezelfde tendens geldt in versterkte mate voor het aantal verpleegdagen van deze patiënten, dat de laatste jaren duidelijk afneemt en op dit moment op een niveau van ongeveer 7.500 verpleegdagen gelegen is. Op jaarbasis kan hieruit een gemiddelde bedbezetting van ruim twintig bedden of minder dan 60% van de op dit moment in totaal 35 beschikbare bedden worden afgeleid.

¹⁶ Illustratief in dit kader is ook nog de situatie in 2011, toen meer dan een derde van alle vluchten op (directe) verwijzing van de huisarts gebeurde (Bron: Air-ambulance-lijst 2011).

Tabel 3: Kengetallen productie, 2010 t/m 2013

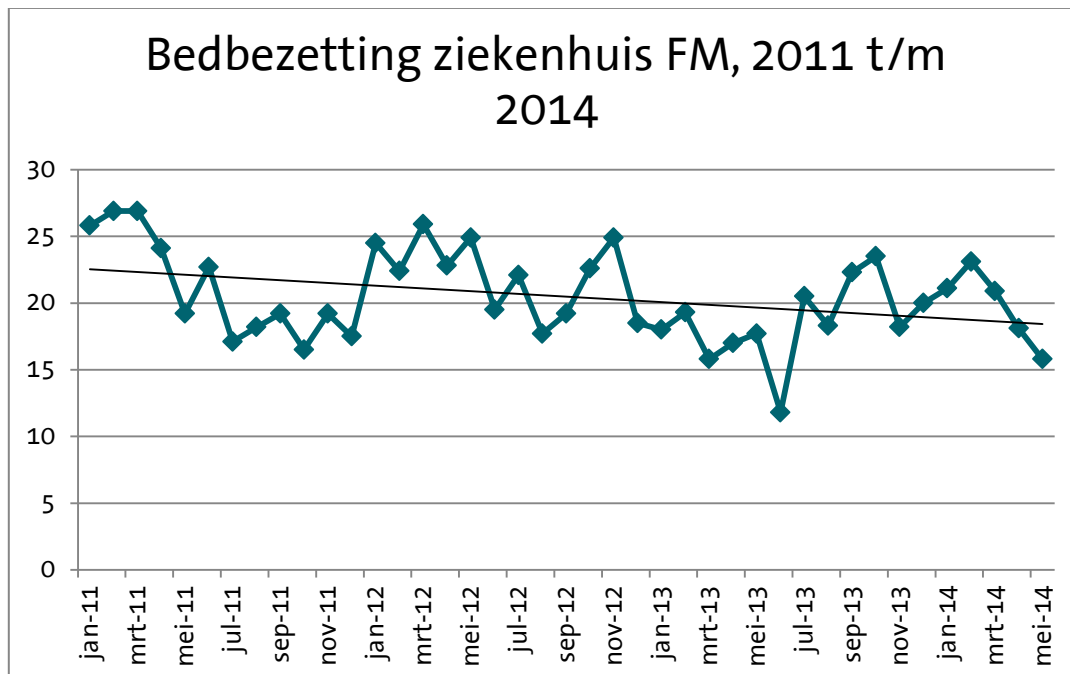
	2010	2011	2012	2013
polikliniekbezoeken		15.031	19.517	22.297
opnamen	1.689	1.854	1.895	1.978
verpleegdagen		8.224	8.184	7.515
gem. verpleegduur (dagen)		4,4	4,3	3,8
bezette bedden		22,5	22,4	20,6

Zie voor bron bijlage 1. Hierin wordt voor de polikliniekbezoeken en opnamen ook de verdeling naar specialisme weergegeven. Het aantal verpleegdagen voor de jaren 2012 en 2013 is conform de opgave in het Jaarverslag 2013. De gemiddelde verpleegduur is het quotiënt van verpleegdagen en opnamen (incl. dagbehandeling/verpleging). Het aantal bezette bedden is verpleegdagen/365 (366).

Steeds meer dagopnamen

Zoals grafiek 2.1 laat zien, fluctueert deze bedbezetting in het jaar nogal eens met een piek van 27 bedden in het voorjaar van 2011 en een dal van 12 bedden in het midden van 2013, d.i. inclusief de vakantieperiode¹⁷. De licht voortschrijdende neerwaartse trend in de laatste jaren komt hierin ook naar voren, hetgeen primair te maken heeft resp. veroorzaakt wordt door een eveneens licht dalende gemiddelde verpleegduur van de in het ziekenhuis FM opgenomen patiënten. De opnamen zelf zijn in deze periode immers niet gedaald.

Figuur 2.1



Samengesteld en afgeleid van de maandelijkse zgn. dagbezettingsformulieren ziekenhuis FM.

¹⁷ Binnen deze spreiding bedraagt de gemiddelde maandelijkse bedbezetting in deze drieënhalve jaren 20,5 bedden, waarbij de zgn. standaarddeviatie (SD) op 3,4 uitkomt. Uit dit laatste kan worden afgeleid, dat met minimaal 17 en maximaal 24 bezette bedden in twee derde van de maanden in deze periode sprake is van een iets 'smallere' bandbreedte dan de hier genoemde uitersten.

Een nadere analyse van deze gemiddelde verpleegduur laat zien, dat deze lichte teruggang vooral wordt veroorzaakt door een toenemend aantal opnamen van één of twee dagen. In 2013 betreft dit namelijk meer dan 60% van alle opnamen, hetgeen 10% meer is dan twee jaar daarvoor. Alle details daaromtrent zijn in bijlage 2 te vinden, waarin voor de jaren 2011 t/m 2013 deze ontwikkeling grafisch wordt weergegeven.

Opvallend daarin is ook nog een weliswaar klein aantal patiënten (<5%) met een toch voor een ziekenhuis lange verpleegduur van meer dan twee weken. Meestal blijkt de gemiddelde verpleegduur van deze groep langdurig opgenomen patiënten overigens niet langer dan één maand te zijn. In enkele gevallen is echter sprake van een beduidend langere opname van maximaal drie tot vier maanden. Veelal gaat het daarbij om multiple problematiek, incl. sociale indicatie.

Tot voor kort was de huisarts in belangrijke mate verantwoordelijk voor de opname van deze 'longstayers', welke rol inmiddels door de ziekenhuis(poort)arts is overgenomen. Dit laatste als logisch gevolg van de introductie van dit nieuwe profiel in ziekenhuis FM (zie par.2.1) en de in aansluiting daarop gewenste en ingezette (her)profilering van de huisarts als 'poortwachter' en eerste aanspreekpunt t.b.v. de eerstelijnsgezondheidszorg. Zo nodig fungeert deze immers vandaaruit als primaire verwijzer naar de medisch specialistische (ziekenhuis)zorg in de tweede lijn.

2.4 Specialismen

De hiervoor aangegeven verschuiving van eerstelijns- naar tweedelijnsprofessionals wordt tevens goed zichtbaar in de productieontwikkeling in de afgelopen jaren, zoals deze in bijlage 1 wordt weergegeven. Zo behoort in 2012 voor het eerst bijna 50% van alle opnamen tot het 'domein' van de ziekenhuisarts en daarmee tot het profiel ziekenhuisgeneeskunde. De andere helft van de opnamen kan verder min of meer gelijkelijk over een tweetal clusters worden verdeeld, namelijk die van moeder/kind (obstetrie en gynaecologie, kindergeneeskunde en verloskunde) en die van 'snijdend' (heelkunde en orthopedie). De (dag)klinische behandeling beperkt zich dus primair tot het absolute medisch specialistische basisniveau, natuurlijk niet verrassend gelet op het eerder aangegeven functieprofiel.

Daarnaast biedt de poliklinische kant een breder pakket met naast de hiervoor genoemde medische specialismen ook nog enkele andere specialismen met een substantieel aantal polikliniekbezoeken/consulten. Zoals uit bijlage 1 is op te maken, betreft dit cardiologie, interne geneeskunde, oogheelkunde, neurologie en in wat mindere mate longziekten en tuberculose, psychiatrie en dermatologie en venerologie. Overigens behoeft het geen of zeer geringe aantal opnamen in het ziekenhuis FM voor deze vakken niet altijd te betekenen, dat deze elders (dag)klinisch worden behandeld. Zeker voor wat betreft de reguliere 'interne' problematiek komt en ligt dit vaak op het bordje van het profiel ziekenhuisgeneeskunde. In principe wordt alleen uitgeweken, indien dit niet of minder aan de orde is. Later volgt daaromtrent meer.

2.5 Verrichtingen/SEH

In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt volledigheidshalve nog kort aandacht geschonken aan de aard en omvang van de in en vanuit ziekenhuis FM gedane verrichtingen. De uitkomsten

hiervan staan in tabel 2.4 voor de ons achterliggende jaren 2011 t/m 2013 weergegeven. Deze spreken voor zich met dan nog wel de kanttekening, dat deze aantallen op alle onderscheiden onderdelen een stijgende lijn te zien geven. Overigens is dit weinig tot niet verrassend gelet op de eerder aangegeven groei van het aantal patiënten (zie tabel 2.3).

Voor wat betreft de SEH-afdeling ligt het huidige aantal bezoeken op ruim 5.000 per jaar, waarvan er ruim 40% in het weekend (zaterdag of zondag) plaatsvinden. Bij deze aantallen past nog de kanttekening, dat om en nabij 85% van deze bezoekers ook daadwerkelijk geholpen en/of behandeld wordt. Dit betekent dus, dat ongeveer 15% van deze SEH-bezoekers vroegtijdig tijdens de wachttijd weggaan. Waarom is onbekend, doch kan te maken hebben met zoiets als het naar het gevoel/opinie van de bezoeker té lange wachttijd al dan niet in combinatie met de wellicht op het tweede gezicht door de betreffende bezoeker toch wel 'meevallende' ernst van de klacht.

Tabel 2.4: Kengetallen verrichtingen/SEH, 2011 t/m 2013

verrichting	2011	2012	2013
operaties	735	835	906
röntgen	8.899	10.999	10.232
echografie radiologie	3.915	4.806	4.882
echografie gynaecologie	1.483	1.979	2.106
ecg's	3.530	3.920	3.434
laboratorium	88.718	104.444	109.639
bevallingen (incl. sectio's)	167	189	212
SEH-bezoeken		4.977	5.243
ambulance spoed	570	566	591
ambulance vervoer	458	471	259
totaal ambulance	1.028	1.037	850

Bron: FM (Financieel Economische Zaken). Voor wat betreft het aantal operaties, röntgen, echo's radiologie, laboratorium en SEH-bezoeken in de jaren 2012 en 2013 zijn deze conform de opgave in het Jaarverslag 2013. In 2011 was nog sprake van een gecombineerde SEH/HAP met in totaal bijna 8.000 bezoekers. Sinds 2012 is sprake van twee op zichzelf staande voorzieningen.

Dit laatste wordt mede gevoed door de praktijk van alledag, waaruit tevoorschijn komt, dat uiteindelijk bijna 7% van de groep wel in behandeling genomen SEH-patiënten via een opname in het ziekenhuis terecht komt. In dit licht lijkt het in verreweg de meeste gevallen dus met de ernst van de spoedvraagstelling wel mee te vallen, zeer zeker ook ten opzichte van de situatie in Europees Nederland, alwaar van alle SEH-bezoekers er uiteindelijk ongeveer 25% meteen in het ziekenhuis wordt opgenomen¹⁸.

¹⁸ Afgeleid uit de desbetreffende Capaciteitsplannen voor de medische vervolgopleiding spoedeisende geneeskunde in de jaren 2008 en 2011. Capaciteitsorgaan. Utrecht, december 2008 en 2011.

Bij het ambulancevervoer ligt deze verhouding op Bonaire overigens duidelijk anders, althans uitgaande van de feitelijke situatie op dit moment, waaruit blijkt dat ongeveer 55% van deze inzet als spoed kan/moet worden gekarakteriseerd versus 45% niet, maar als 'gewoon' ziekenvervoer. Daarmede verschilt deze verhouding enigszins van de ambulancezorg in Europees Nederland, alwaar van alle ritten in de praktijk twee derde als 'spoedeisend' kan worden bestempeld en een derde 'planbaar' (www.ambulancezorg.nl). Bij beoordeling van dit verschil is echter wel de nodige voorzichtigheid op z'n plaats, daar het voorstelbaar is, dat het begrip 'spoed' in beide delen van Nederland niet altijd dezelfde 'lading' dekt.

3 Verzorgingsgebied Bonaire

Ziekenhuis FM fungeert op Bonaire als enige aanbieder van medisch specialistische zorg. De gehele woonbevolking is dus voor deze hulp op dit ziekenhuis aangewezen, althans voor zover het hiervoor aangegeven functiepakket dit natuurlijk toelaat. Zo nodig dient er dan te worden uitgeweken naar elders, doch in lijn met Europees Nederland is de denkrichting toch vooral deze uitstroom tot een minimum (circa 20%) te beperken en het merendeel van de reguliere en meest voorkomende medisch specialistische basiszorg (circa 80%) zelf te (gaan) verzorgen.

3.1 Demografie en geografie

Zoals bekend maakt Bonaire als één van de drie 'benedenwindse' eilanden sinds 10 oktober 2010 als openbaar lichaam deel uit van Nederland. Eveneens geldt dit voor twee van de drie 'bovenwindse' eilanden Saba en Sint Eustatius. Tezamen vormen deze drie eilanden Caribisch Nederland, kortweg ook wel dikwijls als de BES-eilanden aangeduid¹⁹.

Binnen Caribisch Nederland is Bonaire met een oppervlakte van bijna 290km² beduidend groter dan de andere twee eilanden met respectievelijk ruim 20km² (Sint-Eustatius) en bijna 15km² (Saba). Ditzelfde geldt voor het absolute inwonertal, ofschoon juist andersom de bevolkingsdichtheid op Bonaire dan weer beduidend minder is dan op de andere twee eilanden. In die zin hebben de drie BES-eilanden wel iets weg van de Waddeneilanden in Europees Nederland²⁰.

Bonaire zelf telt op dit moment ongeveer 18.500 inwoners, welke aantal meer dan 50% hoger gelegen is dan tien jaar geleden. Daarmede ligt deze bevolkingsgroei hoger dan de 45% in het gehele Nederlandse Caribische gebied, dus inclusief Sint Eustatius en Saba. Gelet op de recente bevolkingskrimp op Saba zal dit verschil nu en de komende jaren waarschijnlijk eerder iets groter dan kleiner gaan worden. Voor Bonaire zelf kan uit deze feitelijke bevolkingsontwikkeling in het laatste decennium een gemiddelde jaarlijkse groei van 4,7% worden afgeleid.

Tabel 3.1: Bevolking Caribisch gebied, 1 januari 2010 t/m 2014

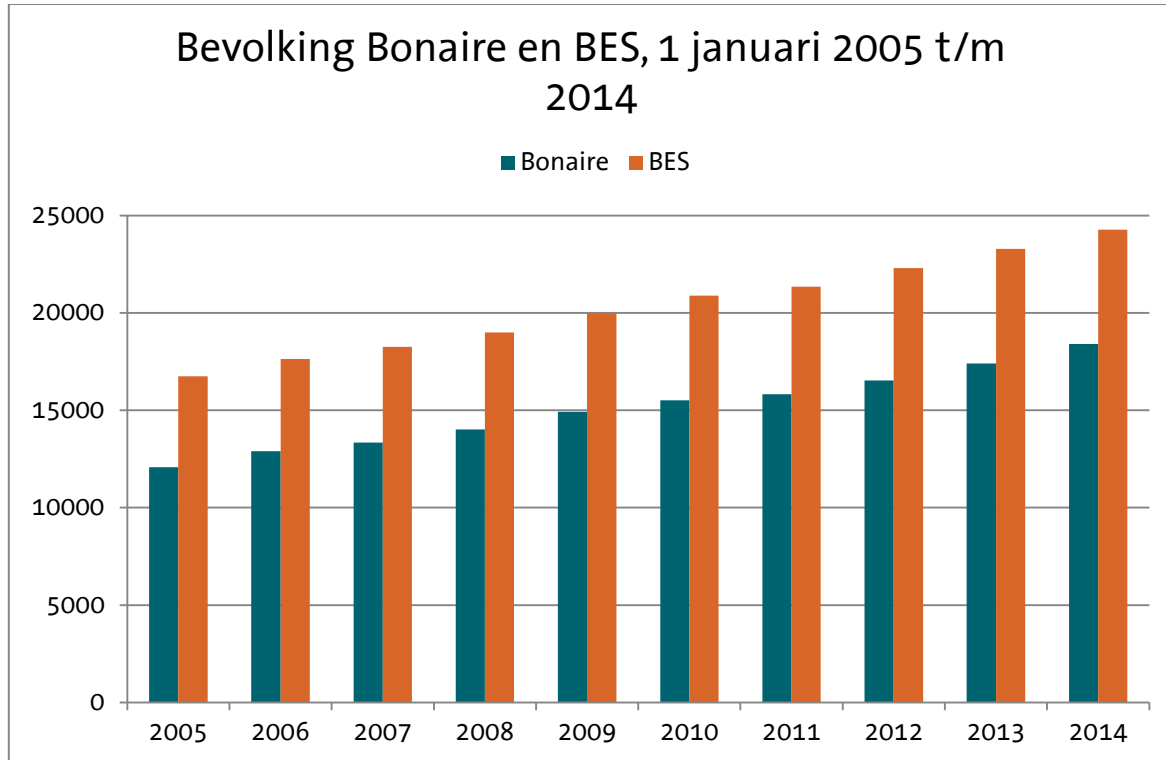
	2010	2011	2012	2013	2014
Bonaire	15.518	15.823	16.541	17.408	18.413
Sint-Eustatius	3.583	3.689	3.791	3.897	4.020
Saba	1.781	1.833	1.971	1.991	1.846
BES	20.882	21.345	22.303	23.296	24.279

Bron: CBS-NL

¹⁹ Wellicht overbodig wordt nog aangetekend, dat Aruba en Curaçao de andere twee 'benedenwindse' eilanden uit de vroegere Nederlandse Antillen zijn. In tegenstelling tot Bonaire hebben deze beide eilanden als volwaardige en zelfstandige landen voor een status aparte binnen het Koninkrijk der Nederlanden gekozen. Ditzelfde geldt voor het andere 'bovenwindse' eiland Sint Maarten, althans voor wat betreft het Nederlandse deel daarvan.

²⁰ Zo telt Bonaire met ongeveer 60 inwoners per km² een duidelijk lagere bevolkingsdichtheid dan Saba (>150 inwoners per km²) en Sint-Eustatius (>180 inwoners per km²). Ter vergelijking: In Europees Nederland ligt de bevolkingsdichtheid op een niveau van ongeveer 450 inwoners per km². Naarmate de urbanisatiegraad verschilt deze dichtheid natuurlijk wel. Illustratief in dit kader is de situatie op het grootste Waddeneiland Texel, alwaar ruim 13.500 mensen wonen en de bevolkingsdichtheid ongeveer 85 inwoners per km² bedraagt (CBS).

Figuur 3.1:



Bron: CBS-NL (2010 t/m 2014). Voor de daarvoor liggende jaren is uitgegaan van de uitkomsten CBS-NA, welke (naar boven toe) zijn gecorrigeerd voor het in 2010 relatief aanwezige verschil tussen deze bronnen.

Voortzetting hiervan zou voor het jaar 2020 uiteindelijk op een geprognostiseerd aantal inwoners van ongeveer 24.500 mensen (kunnen) uitkomen, welk aantal op dit moment en mede door het geheel ontbreken van een andersoortige bevolkingsprognose, voornamelijk als het meest waarschijnlijk voor de ontwikkeling in de komende planperiode wordt aangeduid. Inhoudend op de feitelijke ontwikkeling tot nu toe is immigratie daarbij overigens de meest belangrijke factor²¹. Concreet betekent dit dat er in de afgelopen jaren meer mensen op Bonaire zijn komen wonen dan er zijn vertrokken (CBS-NL). In die zin moge de consequenties van een stagnatie hierin duidelijk zijn. Alertheid op dit punt nu en straks is dus zeker op z'n plaats.

3.2 Geslacht en leeftijd

Met relatief iets meer mannen dan vrouwen wijkt de bevolkingsopbouw van het gehele Caribische Nederlandse gebied licht af van het Europese deel. Zoals uit tabel 3.2 kan worden afgeleid, is daar immers sprake van net iets meer vrouwen dan mannen. Opvallend binnen het Caribisch gebied zelf is wellicht nog het toch wat grotere aandeel mannen op Sint-Eustatius versus kleinere op Saba. In die zin neemt Bonaire als grootste eiland dus een duidelijke middenpositie in.

²¹ Zie artikel van Meridith Daantje-Cecilia en Frank van der Linden over de 'Bevolkingssamenstelling in wijken op Bonaire, toe en nu'. CBS, 2012 Statline>Caribisch gebied. Hierin komt naar voren, dat de groei van de bevolking van Bonaire de afgelopen tien jaren vooral door immigratie en dus veel minder door een 'geboorteoerschot' veroorzaakt is.

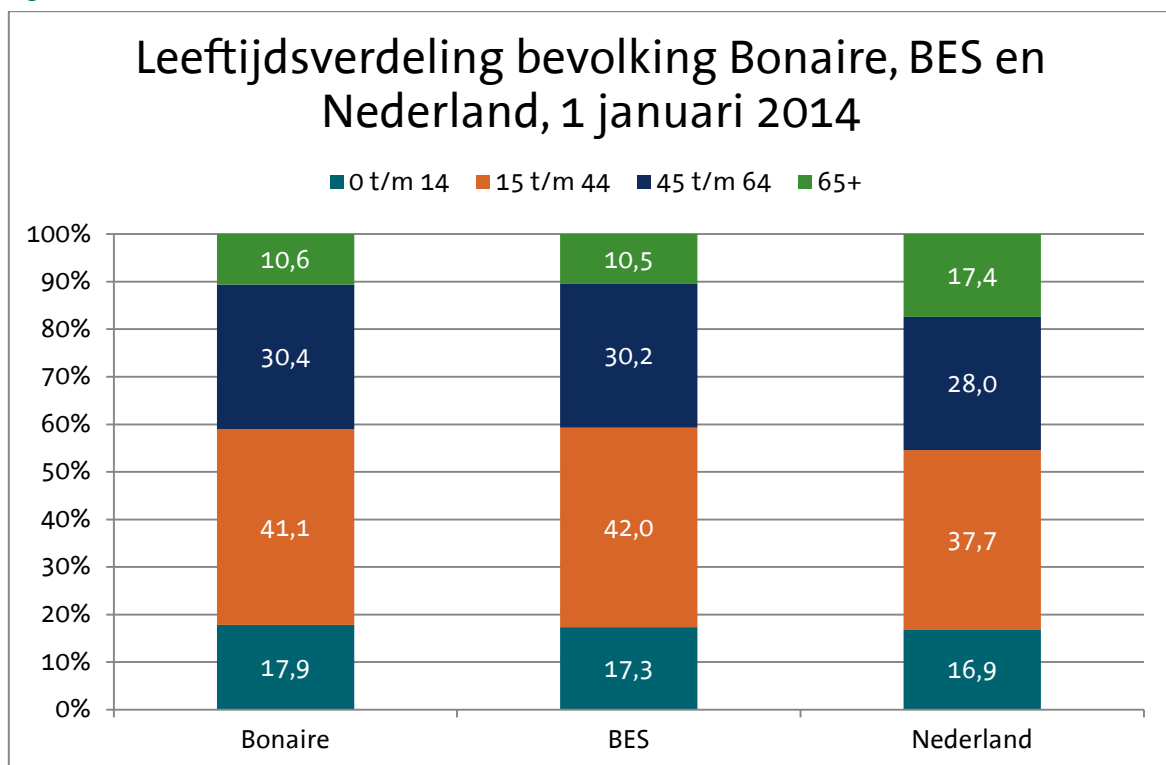
Tabel 3.2: Bevolking Caribisch gebied naar geslacht, 1 januari 2014

geslacht	Bonaire	Sint-Eustatius	Saba	BES	Nederland
man	52,3	55,3	49,8	52,6	49,5
vrouw	47,7	44,7	50,2	47,4	50,5
totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS-NL

Uit de leeftijdsverdeling op zowel Bonaire als geheel Caribisch Nederland kan worden opgemaakt, dat deze op dit moment voor minder dan 20% of een vijfde uit kinderen/jeugdigen bestaat en voor ruim 10% of een tiende uit ouderen/bejaarden.

Figuur 3.2:



Bijlage 3 geeft bron, details en toelichting.

In vergelijking met Europees Nederland is daarmee dus duidelijk sprake van een geringer aandeel 65+ers (zie grafiek 3.2). Dit heeft deels te maken met een fors lagere levensverwachting van mannen in het Caribische deel, waaronder Bonaire (CBS-NL). Desondanks is de groep van de 65+ers de afgelopen jaren wel de sterkste stijger (zie tabel 3.3). Naast een toenemende vergrijzing van de huidige bevolking zal dit hoogstwaarschijnlijk samenhangen met de hiervoor genoemde immigratie, waarvan bekend is dat deze in belangrijke mate uit oudere gepensioneerden/vutters bestaat²².

²² Deze stroom migranten komt vooral uit Nederland, VS/Canada en Midden- en Zuid-Amerika (in het bijzonder Peru, Columbia en Dominicaanse Republiek). Overigens wonen er als gevolg hiervan wel steeds minder Antillianen op Bonaire (CBS).

Tabel 3.3: Bevolking Bonaire naar leeftijd, 1 januari 2010 t/m 2014

leeftijd	2010	2011	2012	2013	2014	index
0 t/m 14	2.976	2.970	3.062	3.129	3.289	111
15 t/m 44	6.486	6.477	6.765	7.120	7.569	117
45 t/m 64	4.568	4.824	5.030	5.324	5.599	123
65+	1.488	1.552	1.684	1.835	1.956	131
totaal	15.518	15.823	16.541	17.408	18.413	119

Bron: CBS-NL. Index is berekend op basis van 2010=100.

Vooralsnog uitgaande van een per leeftijdsgroep doorgaande trend van deze feitelijke ontwikkeling is een toekomstverwachting berekend, welke in tabel 3.4 is opgenomen. Zoals eerder aangegeven (par.3.1) ontbreekt er een andersoortige prognose, om welke reden deze op dit moment als de meest waarschijnlijke en realistische wordt aangemerkt.

Tabel 3.4: Bevolking Bonaire naar leeftijd, nu en straks

leeftijd	1 januari 2014		1 januari 2020	
	absoluut	%	absoluut	%
0 t/m 14	3.289	17,9	3.600	14,6
15 t/m 44	7.569	41,1	10.100	41,3
45 t/m 64	5.599	30,4	8.100	33,1
65+	1.956	10,6	2.700	11,0
totaal	18.413	100%	24.500	100%

Bron: CBS-NL (1 januari 2014). De prognose 1 januari 2020 is stapsgewijze berekend door projectie van de feitelijke ontwikkeling per leeftijdsgroep in de laatste tien jaren. Om iedere schijn van zekerheid te voorkomen heeft daarbij afronding plaatsgevonden op een veelvoud van tien.

De uitkomsten zijn weinig verrassend met ontgroening en vergrijzing boven aan 't lijstje. Dit met alle gevolgen van dien voor een straks veranderende zorgvraag en in het kielzog daarvan zorgaanbod, doch daaromtrent later meer.

3.3 Ziekenhuisgebruik

Zeker ook in relatie tot de hiervoor aangegeven verwachte bevolkingsontwikkeling is er alle reden om te veronderstellen, dat de toekomstige zorgvraag de komende jaren zal gaan toenemen. Met een grote toeloop van patiënten moge de impact hiervan op de gezondheidszorg en daarmee het ziekenhuis FM duidelijk zijn. Voor een nadere uitwerking hiervan is er voor gekozen om 'marktgericht' het huidige ziekenhuisgebruik of productieniveau daarbij als startpunt te laten fungeren.

Als zodanig geeft tabel 3.5 voor het totaal aantal polikliniekbezoeken en opnamen daarvan een beeld met voor het aantal opnamen aanvullend voor het jaar 2013 ook nog een nadere uitsplitsing naar leeftijdsgroep. Voor de polikliniekbezoeken is deze laatste info niet voorhanden, doch

aangenomen kan/mag toch worden, dat deze uitsplitsing verhoudingsgewijs aan de poliklinische kant hoogstwaarschijnlijk niet heel veel anders zal zijn.

Tabel 3.5: Productie per 1.000 inwoners Bonaire, 2011 t/m 2013

	2011	2012	2013
polikliniekbezoeken	950	1.180	1.281
opnamen	117	115	114
0 t/m 14			114
15 t/m 44			101
45 t/m 64			92
65+			223

Berekend op basis van de in ziekenhuis FM behandelde patiënten. Daarbij is er dus van uitgegaan dat al deze patiënten op Bonaire woonachtig zijn. Verder is vooralsnog **geen** rekening gehouden met de uitstroom of te wel met Bonairianen die voor medisch specialistische (ziekenhuis)zorg elders hun heil zoeken en/of zijn aangewezen. Hieronder vallen dus ook de zgn. medische uitzendingen (zie par.4.2).

De richting die hieruit tevoorschijn komt is er een van een sterk groeiende poliklinische - versus licht dalende klinische consumptie. Natuurlijk niet geheel verrassend gelet op de eerder aangegeven productieontwikkeling, die zich ook met name aan dezelfde poliklinische kant manifesteert (zie tabel 2.3). Zeker in het licht van een toenemende vergrijzing dient daarbij dan wel nadrukkelijk rekening te worden gehouden met een beduidend hoger consumptieniveau van 65plussers, althans uitgaande van de feitelijkheid aan de klinische kant.

Uitgaande van een stabilisatie van dit leeftijdsspecifieke ziekenhuisgebruik en de hiervoor aangegeven verwachte bevolkingsontwikkeling kan voor 2020 tot een raming van de productie in ziekenhuis FM worden gekomen in een orde van grootte van ruim 31.000 polikliniekbezoeken en ongeveer 2.750 opnamen²³. Daarbij wordt dus vooralsnog uitgegaan van ongewijzigd beleid, inclusief handhaving van de huidige stroom van zgn. medische uitzendingen (uitstroom). Dit laatste lijkt op dit moment echter niet geheel realistisch, althans het streven is immers eerder tot enige reductie hiervan te komen. Later meer daaromtrent, doch de mogelijke gevolgen daarvan voor de groei van de eigen productie moge al vast duidelijk zijn (zie tabel 5.4).

²³ Dit past overigens in de lijn met de feitelijke ontwikkeling in 2014, waarin op basis van de eerste vijf maanden (januari t/m mei) het totaal aantal opnamen hoogstwaarschijnlijk uiteindelijk op een niveau van om en nabij 2.075 opnamen zal gaan uitkomen. Dit is honderd meer dan in 2013 (zie tabel 2.3).



4 Aanbod naar behoefte én mogelijkheden

In de wetenschap dat normaliter tenminste 80% van de zorgvraag onder het kopje 'basis' of 'regulier' kan worden ingedeeld, lijkt het niet meer dan logisch om dit streven ook voor de situatie op Bonaire resp. ziekenhuis FM van toepassing te verklaren. Althans voor zover mogelijk, in die zin, dat aspecten zoals schaalgrootte, kwaliteit en doelmatigheid daarbij natuurlijk niet uit het oog mogen worden verloren. Dit noopt dus tot een continue afweging.

4.1 Marktperspectief

De demografische component uit het vorige hoofdstuk vormt daarin een belangrijke graadmeter, doch daarnaast is het zeker ook goed even kort stil te staan bij enkele andere van belang zijnde componenten. Benadrukt wordt 'kort', daar de gegevens daaromtrent er niet of schaars zijn en het daarom moeilijk is op detailniveau iets zinnigs te zeggen. Om deze reden wordt volstaan met een algemene indruk en hoofdlijnen.

Epidemiologie

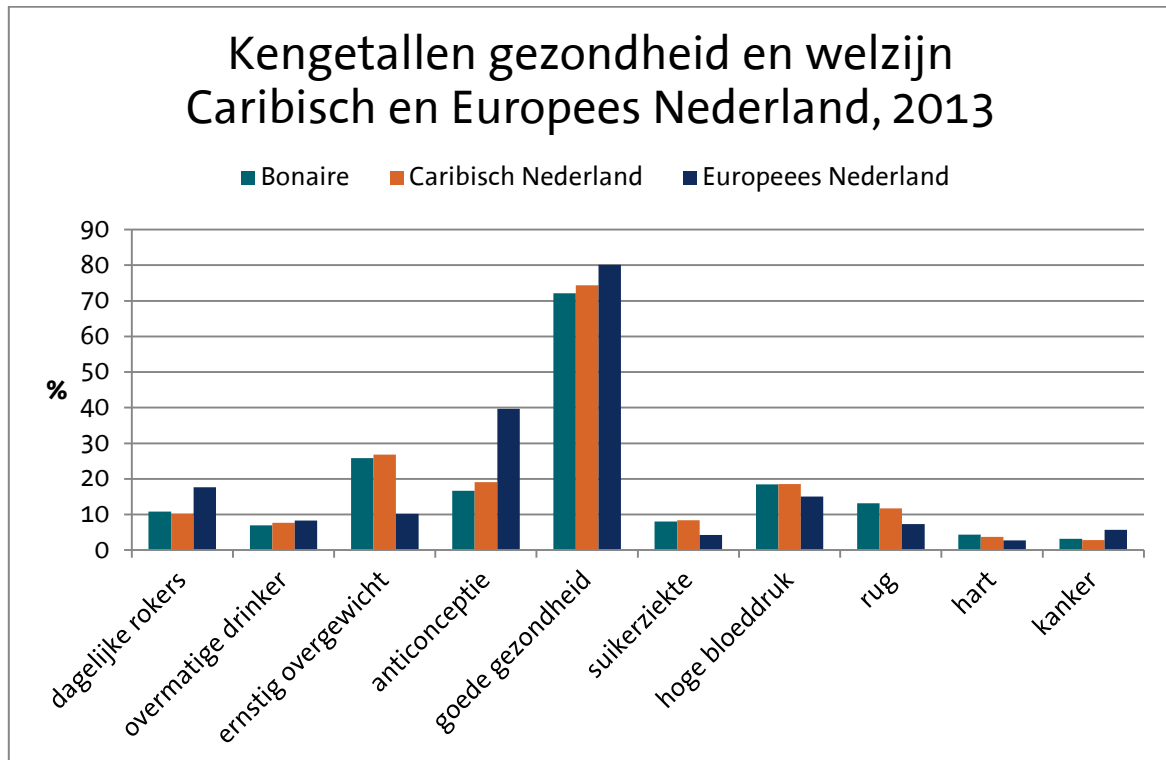
Tot voor kort waren er weinig tot geen actuele epidemiologische gegevens over de bevolking op Bonaire bekend. Om deze reden zat er veelal niets anders op dan terug te vallen op een studie daterend van het begin van deze eeuw, waarin met name diabetes mellitus, hypertensie, overgewicht als toch veel voorkomende gezondheidsproblemen en prevalentie naar voren kwamen²⁴. Mede op basis van de huidige realiteit lijkt deze situatie nog steeds van toepassing, althans dit beeld komt tevoorschijn uit recent onderzoek met betrekking tot de leefsituatie van mensen op de BES-eilanden in 2013. Zo blijkt zes op de tien inwoners op Bonaire (matig en ernstig) overgewicht te hebben. Deze en andere uitkomsten omtrent leefstijl, gezondheid, medische contacten en medicijngebruik zijn (per eiland) te vinden in bijlage 4, waarin (ter vergelijking) ook de desbetreffende uitkomsten voor Europees Nederland zijn opgenomen. Daaruit afgeleid zet grafiek 4.1 voor een beperkt aantal voor Bonaire in het oog springende onderdelen deze uitkomsten op een rijtje.

Naast de eerder genoemde veel voorkomende betreft dit bijvoorbeeld ook de door de bevolking op Bonaire ervaren gezondheidstoestand, welke door meer dan 70% als zeer goed tot goed wordt beoordeeld. Daarmede komt dit aandeel wel wat lager uit dan de ruim 80% op de andere twee BES-eilanden, maar ook in Europees Nederland. In alle gevallen liggen deze aandelen voor mannen hoger dan voor vrouwen. Mannen voelen zich dus over het algemeen gezonder dan vrouwen. Wellicht hangt dit laatste tevens samen met de mate van ernstig overgewicht, dat zich juist vaker bij vrouwen manifesteert. Daarentegen hebben mannen vaker dan vrouwen op Bonaire last van matig overgewicht. Vermeldenswaard is tenslotte toch ook nog het beduidend lagere anticonceptiegebruik (vrouwen 15 tot 50 jaar), zeker ten opzichte van de score in Europees Nederland, alsmede in

²⁴ L.Grievink et al. The Bonaire Health Study. ISOG Curacao, 2002

relatie tot de binnen het specialisme verloskunde en gynaecologie veelvuldig en meest aangetroffen pathologie van ongewenste (tiener) zwangerschappen²⁵.

Figuur 4.1:



Zie voor bron, toelichting en meer achtergrondinformatie en details bijlage 4.

Hoogstwaarschijnlijk zal op de korte termijn de hiervoor genoemde situatie niet erg veel aan veranderingen onderhevig (kunnen) zijn, zeker door het veelal chronische karakter van de genoemde problematiek en/of ziektebeelden. Op de wat langere termijn zal echter de uitdaging (moeten) zijn om de focus meer te (ver)leggen op/naar (meer) preventie om hierin uiteindelijk stap voor stap een ommezwaai in te (gaan) bewerkstelligen.

Sociaal cultureel

Dit laatste noopt dus tot een cultuuromslag binnen de Bonairse gemeenschap met meer aandacht voor zaken zoals patiënteducatie en 'leefstijl'. Hierbij lijkt een toenemende inbreng van ziekenhuis FM in goede samenwerking en afstemming met de eerste lijn (huisartsen, verpleegkundigen) wenselijk en onontkoombaar. Immers alleen op deze wijze kunnen zowel heersende opvattingen bij patiënten zelf als tussen de beide echelons worden aangekaart en zo nodig (verder) aangepast. Daarbij is en blijft ziekenhuis FM zich concentreren op de tweedelijns (basis-)medisch specialistische

²⁵ Als zodanig komt deze problematiek ook naar voren in het rapport 'Kind op Bonaire. Kinderrechten in Caribisch Nederland', een onderzoek van UNICEF naar de situatie van kinderen die opgroeien op het tropische eiland Bonaire. Mei 2013. Overigens speelt deze problematiek ook op de andere twee BES-eilanden.

zorg²⁶. Verantwoordelijk voor deze inschakeling is de huisarts in de eerstelijnszorg, die zo nodig iemand gericht naar een medisch specialist in het ziekenhuis FM voor nadere diagnostiek en/of behandeling verwijst. Benadrukt wordt 'zo nodig' en 'gericht', daar de realiteit tot nu toe uitwijst, dat dit niet altijd het geval is en dus patiënten soms onnodig of (te) laat worden verwezen. Dit vraagt dus extra alertheid om dit tegen te gaan resp. tot het minimum te beperken.

Werkproces

Mede in deze wetenschap is het des te meer van belang om tot een zoveel mogelijk eenduidige afstemming en taal binnen de zorgketen te komen. Wellicht meer dan nu weten dan alle partijen in het werkproces waar men aan toe is met alle voordelen van dien met betrekking tot een steeds betere kwaliteit en doelmatigheid (effectiviteit). Bij uitstek geldt dit ook nog eens voor de eerder genoemde chronische en minder complexe patiëntengroepen, die grotendeels op Bonaire zelf kunnen worden behandeld. Dit in tegenstelling tot de meer complexe problematiek, waarbij dit niet of minder het geval is en dus uitgeweken dient te worden naar elders.

4.2 Medische uitzendingen

Afgaande op de feitelijke ontwikkeling in de laatste jaren is dit laatste echter voor de bevolking op Bonaire in steeds mindere mate aan de orde. Zo is uit tabel 4.1 af te lezen, dat het aantal medische uitzendingen vanuit Bonaire in 2013 met ruim 3.200 meer dan de helft lager gelegen is dan de bijna 6.700 in 2011. Daarmede wijkt deze ontwikkeling overigens sterk af van die op de andere twee BES-eilanden, waar in dezelfde periode juist sprake is van een tegenovergestelde tendens van stabilisatie tot zelfs lichte groei²⁷.

Tabel 4.1: Medische uitzendingen BES, 2011 t/m 2013

	2011	2012	2013
Bonaire	6.663	3.505	3.247
Sint-Eustatius	2.912	2.132	3.184
Saba	1.448	1.437	1.418
BES	11.023	7.074	7.849

Bron: ZVK.

Belangrijk onderscheid tussen enerzijds Bonaire en anderzijds beide andere eilanden is de bestemming van deze uitstroom. Voor Sint-Eustatius en Saba ligt deze oriëntatie namelijk met 85 tot 90% grotendeels naar het St. Maarten Medical Center op het naburige bovenwindse eiland Sint Maarten, terwijl dit voor Bonaire met bijna 70% primair om het ziekenhuis op nabijgelegen benedenwindse eiland Curaçao gaat en secundair met ieder iets minder dan 30% om de ziekenhuizen op Aruba en Columbia (zie grafiek 4.2). Binnen de BES-eilanden betekent dit dus ook

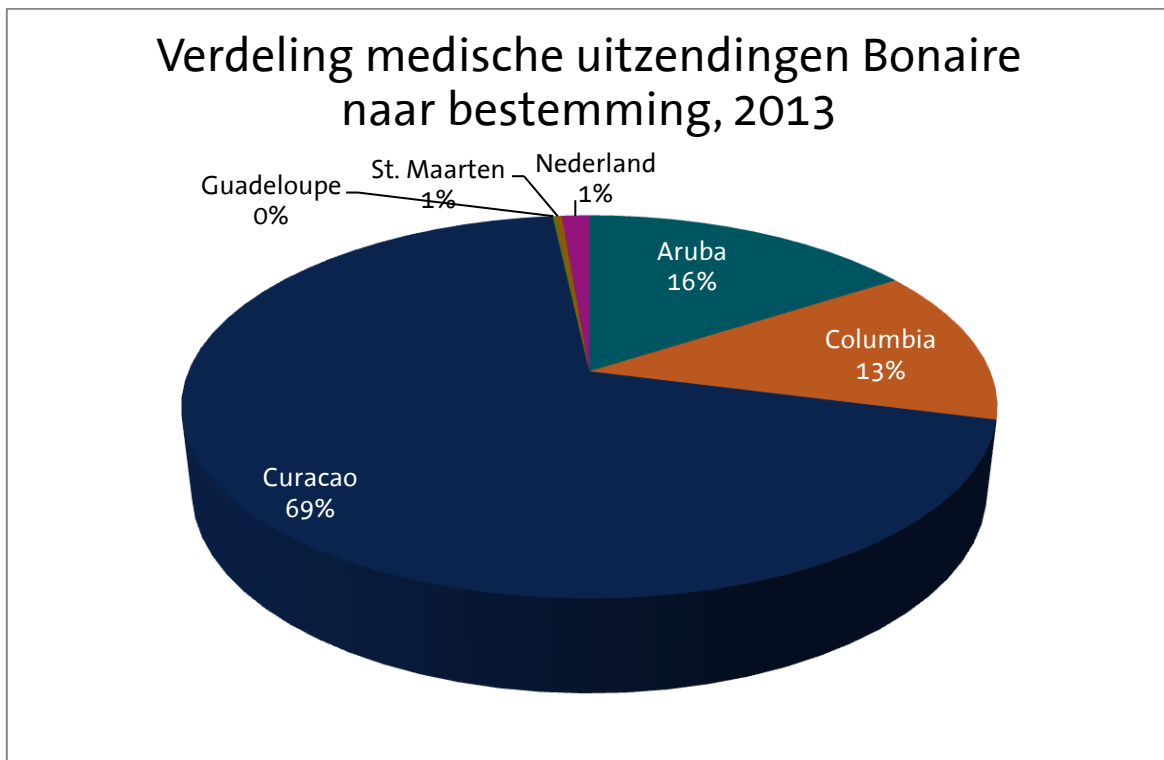
²⁶ In dit kader wordt benadrukt, dat deze positionering in de jaren 2011/2012 is ingezet en dus van vrij recente datum is. Daarvoor functioneerde ziekenhuis FM namelijk meer als een eerstelijnskliniek, althans afgaande op het feit, dat verreweg het grootste deel van de opnamen door de huisarts gebeurde (zie bijlage 1)

²⁷ In die zin wordt de dip in het aantal medische uitzendingen vanuit Sint-Eustatius in het hier tussenliggende jaar 2012 dus vooralsnog als eenmalig beoordeeld. Een nadere verklaring hiervoor ontbreekt vooralsnog, doch is in het kader van de situatie op Bonaire ook van geen tot weinig belang. Deze uitstroom gaat immers voor het overgrote deel naar Sint Maarten (ZVK).

geen of sporadisch patiënten verkeer vanuit Sint-Eustatius en Saba naar het ziekenhuis op Bonaire, hetgeen om geografische redenen (lees: afstand) natuurlijk goed verklaarbaar is (zie ook par.3.1).

Weliswaar daalt deze stroom van medische uitzendingen vanaf Bonaire, doch is en blijft de vraag opportuun naar de aard of het waarom hiervan. Immers voor zover dit om reguliere basiszorg gaat, is toch het streven en primaire uitgangspunt om deze uitstroom uiteindelijk zoveel mogelijk terug te dringen en in het ziekenhuis FM zelf te (gaan) behandelen. Dit noopt dus tot een nadere analyse van deze uitstroom om deze mogelijke verschuivingen 'marktgericht' in beeld te krijgen en mee te nemen.

Figuur 4.2:



Bron: ZVK

Zo betreft een van de belangwekkende aspecten van deze uitstroom de verdeling naar polikliniek en (dag)kliniek en inhakend op dit laatste de daarbij behorende externe productie in termen van uitzend-verblijf-verpleegdagen en de daarvan af te leiden 'bed'-bezetting en gemiddelde uitzend-verblijfs-verpleegduur van deze patiëntenpopulatie.

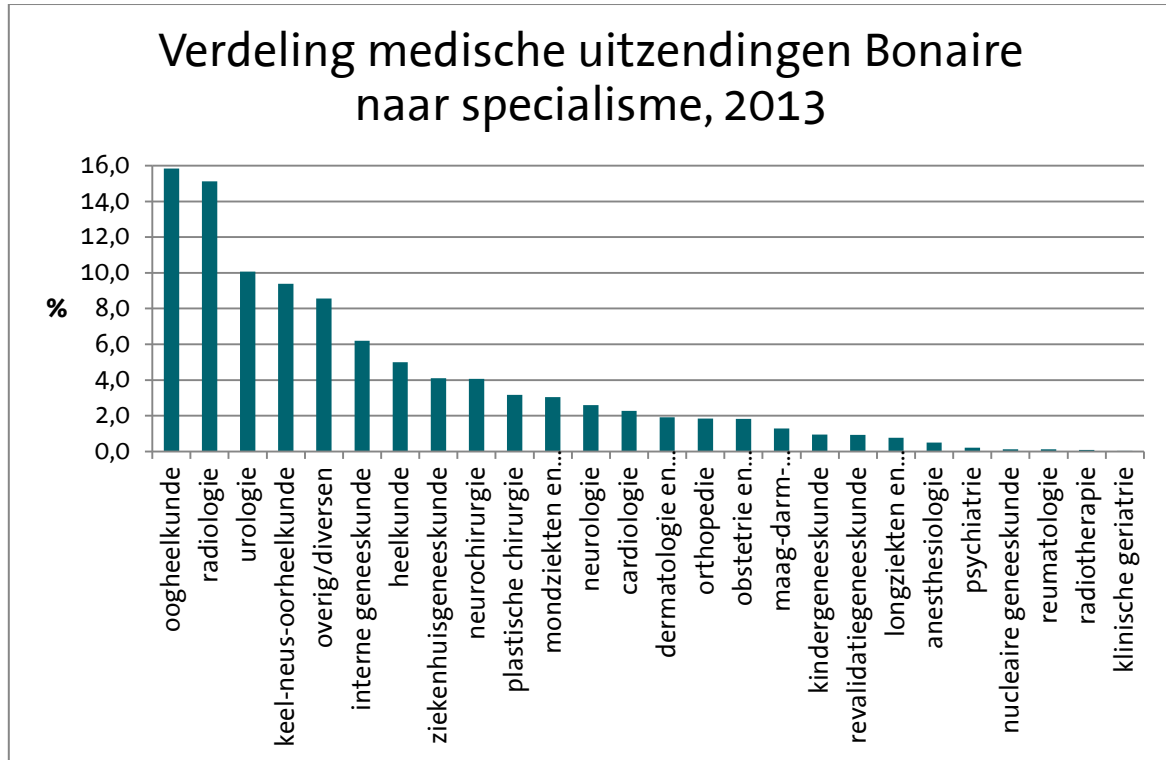
De focus allereerst richtend op het eerst genoemde aspect ligt deze verdeling totaliter op tenminste 40% polikliniek, op bijna 20% dag- resp. op 40% klinische behandeling. Dit is dan wel weer de resultante van de som van alle medische specialismen, waar tussen soms verhoudingsgewijs sprake is van aanzienlijke verschillen. Details daaromtrent zijn te vinden in bijlage 5.

In tweede instantie de focus dan dieper inzoomend op de medische uitzendingen van twee of meer dagen komt bij een gemiddelde uitzend-verblijfs-verpleegduur van ruim acht dagen de gemiddelde 'bed'-bezetting van Bonairianen elders uit op meer dan 30 bedden. Dit laatste cijfer is inclusief alle medische uitzendingen van één dag (dagbehandeling). Voor wat betreft de gemiddelde duur dient daarbij wederom rekening te worden gehouden met de nodige verschillen per specialisme. Met meer dan tien dagen ligt deze voor de klinische uitstroom patiënten bij de specialismen interne geneeskunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, obstetrie en gynaecologie, orthopedie bijvoorbeeld beduidend hoger dan die bij KNO en oogheelkunde met minder dan vijf dagen. Zie voor een compleet overzicht bijlage 5, waarin tevens zowel grafisch als absoluut een beeld van de eerder genoemde 'externe' bedbezetting per specialisme wordt gegeven. Met grofweg drie of meer bedden bestaat de top-drie uit oogheelkunde, neurochirurgie en interne geneeskunde.

In het verlengde hiervan is het ook nog van belang kort stil te staan bij de kort -langdurende behandelingen. Zoals gebruikelijk wordt daarbij voor kort uitgegaan van een uitzend-verblijf-verpleegduur van twee t/m vijf dagen (short-stay) en voor lang van zes of meer dagen. Kortdurend betreft over het algemeen de meer reguliere en/of zgn. planbare basiszorg, die veelal binnen een tijdsbestek van één werkweek kan worden resp. wordt afgehandeld. In die zin betreft het wellicht juist ook precies dat segment binnen deze 'klinische' uitstroom, dat eventueel in aanmerking zou kunnen komen voor behandeling in het eigen ziekenhuis FM. Dit met alle voordelen van dien voor zowel de Bonairianen als ziekenhuis FM. Dit laatste zeker in de wetenschap dat op dit moment grofweg de helft van alle medische uitzendingen van twee of meer dagen als kort- versus de andere helft als langdurend kan worden gekenschetst. Alle details daaromtrent per specialisme staan in bijlage 5.

Ofschoon al een paar keer aan de orde geweest betreft de laatste focus het medisch specialisme. Daarbij gaat het om het specialisme waar naar toe is verwezen. Om welke specialismen dit gaat, is uit de volgende grafiek 4.3 af te leiden, waarin de verschillende specialismen naar rangorde van hoog naar laag staan gerangschikt.

Figuur 4.3:



Bron: ZVK. In bijlage 5 staat eenzelfde grafiek (B5.1) in absolute cijfers weergegeven.

Met ieder meer dan 15% is met oogheelkunde en radiologie duidelijk sprake van een top twee met tussen de 5 en 10% elk op enige afstand gevolgd door een middenmoot met urologie, KNO, interne geneeskunde en heelkunde. Met een aandeel van minder dan 5% behoren alle overige specialismen tenslotte tot de onderste regionen, overigens ook hier aan de onderkant met een duidelijke staart in de zin van een aantal specialismen met slechts heel marginale aantallen in een rode van grootte van minder dan tien (zie bijlage 5).

5 Sterk in de basis

In dit afsluitende hoofdstuk volgt nu de blik naar morgen en dan in het bijzonder de vertaalslag en mogelijke gevolgen daarvan voor de positionering en profilering van het ziekenhuis FM. Voor wat betreft de doelstelling is én blijft deze klip en klaar, namelijk dat alle Bonairianen voor het merendeel van de reguliere basis medisch specialistische zorg in het eigen ziekenhuis FM terecht resp. geholpen en/of behandeld kunnen worden. Conform de titel van dit hoofdstuk, sterk in de basis en daarmee dus ook goed aansluitend met het eerder in het Voorwoord genoemde streven uiteindelijk tachtig procent van alle ‘ziekenhuiszorg’ op Bonaire zelf beschikbaar te hebben. Niet meer en niet minder, in de wetenschap dat voor de minder reguliere topklinische en/of toppreferente medisch specialistische zorg er ook straks altijd naar andere ziekenhuizen elders zal moeten worden uitgeweken. Dit noopt nou eenmaal gewoonweg een veel grotere ziekenhuisschaal (zie par. 2.1). De medische uitzendingen zullen in die zin dus altijd aan de orde blijven, doch uitgaande van de huidige situatie betreft dit een beperkt deel en zeker niet de gehele uitstroom (zie par.4.2 en bijlage 5). Voor wat betreft het bij dit laatste om reguliere basiszorg betreft, is de belangrijke kwestie aan orde of en zo ja in welke mate deze kan worden gereduceerd en in de slipstream hiervan de mogelijke impact op het functie- en capaciteitsprofiel van ziekenhuis FM. Vooraleer daarop dieper in te gaan echter eerst en in aanvulling op par.3.3 aandacht voor het totale ziekenhuisgebruik van de op Bonaire woonachtige bevolking.

5.1 Consumptieniveau

Inclusief de medische uitzendingen blijkt het aantal polikliniekbezoeken voor geheel Bonaire uiteindelijk op ongeveer 1.360 per 1.000 inwoners uit te komen en het aantal opnamen op 220 per 1.000 inwoners. Ter vergelijking geeft tabel 5.1 deze uitkomsten ook voor Europees Nederland en daarbinnen het grootste Waddeneiland Texel (zie par.3.1). Daaruit komen een tweetal verschillende gezichtspunten tevoorschijn, namelijk enerzijds een lagere consumptie op Bonaire ten opzichte van Nederland (15 á 20%), doch anderzijds een wat hogere in vergelijking met Texel (<10%).

Tabel 5.1: Kengetallen medisch specialistische zorg bevolking Bonaire, 2013

	Bonaire	Nederland	Texel
polikliniekbezoeken/1.000 inwoners	1.360	1.740	1.240
opnamen/ 1.000 inwoners	220	255	205
gemiddelde verpleegduur (klinisch)	6,8	5,0	5,5
bed promillage	2,9	2,2	2,0
% dagbehandeling/verpleging	35%	55%	50%

Polikliniekbezoeken en opnamen Bonaire is de som van de productie in ziekenhuis FM en de medische uitzendingen. Bijlage 6 geeft de absolute aantallen. Per 1.000 inwoners heeft afronding naar beneden plaatsgevonden in een veelvoud van vijf. De gemiddelde verpleegduur (klinisch) is het quotiënt van verpleegdagen en opnamen **excl.** dagbehandeling/verpleging. In die zin is deze uitkomst dus niet vergelijkbaar met die in tabel 2.3, welke met inbegrip van dagopnamen is. Bed promillage heeft betrekking op het feitelijke aantal **bezette** bedden (incl. dagbehandeling). Het percentage dagbehandeling/verpleging betreft het aandeel eendaagse opnamen van het totaal aantal opnamen. Wellicht overbodig, doch in alle gevallen is rekening

gehouden met de uitstroom (medische uitzendingen). De uitkomsten (Europees) Nederland hebben betrekking op het jaar 2012; die van Texel op 2011. Deze zijn afgeleid uit de Landelijke Medische Registratie (DHD).

In deze laatste vergelijking dient echter nadrukkelijk rekening te worden gehouden met het feit, dat op Texel geen eigen ziekenhuis is gevestigd versus op Bonaire wel. Vrijwel zeker zal dit verschil geheel of gedeeltelijk hiermede samenhangen resp. verklaard kunnen worden. Meer in het oog springend zijn dan echter de verschillen op de drie andere onderscheiden kengetallen, die stuk voor stuk ook nog eens allemaal ten opzichte van zowel Nederland als Texel wel dezelfde kant op wijzen. Zo ligt de gemiddelde klinische verpleeg-behandelduur van opgenomen Bonairianen met bijna zeven dagen beduidend hoger dan de vijf dagen in het Europese deel van Nederland. Bovendien worden er daarnaast ook nog eens verhoudingsgewijs weinig patiënten in dagbehandeling geholpen. Dit betreft namelijk 35% van alle opnamen versus (meer dan) de helft van alle opgenomen patiënten in Europees Nederland (zie tabel 5.1). Uiteindelijk mondt dit voor/op Bonaire uit op een (bezet) bed promillage van op dit moment bijna drie, hetgeen ruimschoots boven het in Europees Nederland gehanteerde, maar ook feitelijke promillage van 2% gelegen is.

In deze wetenschap lijkt deze hogere score dus niet zo zeer aan het opnameniveau zelf te liggen, doch des te meer aan de opnameduur van de (dag)klinische behandelingen, althans in vergelijking met de 'maatstaven' in Europees Nederland, maar ook specifiek op het Waddeneiland Texel. Ofschoon niet direct zichtbaar (zie par.2.1), wijst dit mogelijk op een 'zwaardere' patiëntenmix, doch hoogstwaarschijnlijk en meer aannemelijk gaat het hierbij vooral om historie en cultuur. Alom noopt dit dus ook hier om - stapje voor stapje - tot een omslag te komen (zie par.4.1).

5.2 Inspelend op de markt

Door het gecombineerd in ogenschouw nemen van de eigen productie en de medische uitzendingen kan het marktaandeel van ziekenhuis FM en in het verlengde daarvan de zgn. adherente bevolking worden bepaald. Tabel 5.2 geeft de uitkomsten, waarbij onderscheid is gemaakt in de poliklinische - en (dag)klinische adherentie. De noodzaak daartoe moge duidelijk zijn en is primair ingegeven door een veel lager marktaandeel in de (dag)klinische behandeling door ziekenhuis FM. In die zin lijkt er aan deze kant dus nog veel te winnen, althans voor zover dit om de reguliere basiszorg gaat.

Tabel 5.2: Marktaandeel en adherentie ziekenhuis FM, 2013

	marktaandeel (%)	woonbevolking	adherente bevolking
poliklinisch	94,3	18.413	17.360
(dag)klinisch	50,6	18.413	9.320

Bijlage 6 geeft nadere toelichting bij marktaandeel, alsmede de uitkomsten per (poort)specialisme. Peildatum voor de woonbevolking is 1 januari 2014 en is conform tabel 3.3. Adherente bevolking is zoals gebruikelijk berekend door projectie van het marktaandeel op de woonbevolking.

Hierop inhakend is per specialisme de huidige uitstroom nader onder de loep genomen. Conform de 80% doelstelling is de focus daarbij primair gericht op de basisspecialismen (zie par.2.1) met een substantieel aantal patiënten én een lager marktaandeel, doch zo nodig wordt ook de realistische 'breedte' gezocht.

Zoals uit bijlage 6 is af te leiden, gaat dit aan de poliklinische kant dan in eerste instantie om een beperkt aantal specialismen, te weten KNO, radiologie en urologie. Wellicht in tweede instantie kunnen twee van de wat 'kleinere' specialismen mondziekten en kaakchirurgie en plastische chirurgie daaraan nog worden toegevoegd.

Naast de hiervoor genoemde elementen wordt de focus aan de (dag)klinische kant aan de hand van de gemiddelde verpleeg-behandel-uitzendduur ook op de aard van de desbetreffende patiëntenpopulatie (uitstroom) gelegd. Immers meer complexe zorg betekent veelal ook een langere behandelduur. In die zin is het dus goed voorstelbaar om aan de klinische kant alle medische uitzendingen met een uitzendduur van vooralsnog langer dan één werkweek (vijf dagen) als 'niet reguliere basiszorg' te kenschetsen en de focus hier dus voor ziekenhuis FM zelf primair en daarnaast te richten op alle (dag)klinische uitstroom van één t/m vijf dagen. Immers deze groep van eigen patiënten zou toch zoveel mogelijk in het eigen ziekenhuis behandeld kunnen/moeten worden.

Afgaande op de feitelijke situatie in 2013 betreft dit een groep van in totaal ruim 1.300 patiënten verdeeld over een divers scala van medische specialismen (zie tabel 5.3).

Tabel 5.3: Kortdurende ziekenhuisopnamen Bonairianen, 2013

specialisme/profiel	ziekenhuis FM	uitstroom	totaal	marktaandeel (%)
verloskundige	272		272	100,0
obstetrie en gynaecologie	257	15	272	94,5
orthopedie	168	19	187	89,8
psychiatrie	8	1	9	88,9
kindergeneeskunde	86	13	99	86,9
heelkunde	253	65	318	79,6
ziekenhuisgeneeskunde	269	79	348	77,3
cardiologie	76	25	101	75,2
interne geneeskunde	237	116	353	67,1
neurologie	38	23	61	62,3
longziekten en tuberculose	2	15	17	11,8
urologie	1	96	97	1,0
keel-neus-oorheelkunde	1	106	107	0,9
oogheelkunde		308	308	0,0
radiologie		135	135	0,0
neurochirurgie		43	43	0,0
mondziekten en kaakchirurgie		28	28	0,0
maag-darm-leverziekten		27	27	0,0
plastische chirurgie		26	26	0,0
dermatologie en venerologie		25	25	0,0
revalidatiegeneeskunde		15	15	0,0
anesthesiologie		5	5	0,0
nucleaire geneeskunde		1	1	0,0
radiotherapie		1	1	0,0
reumatologie		1	1	0,0
subtotaal	1.668	1.188	2.856	58,4
overig/diversen		123	123	0,0
totaal	1.668	1.311	2.979	56,0

Kortdurende opnamen zijn alle opnamen met een verpleeg-behandel-uitzendduur van 1 t/m 5 dagen. Voor ziekenhuis FM zie bron bijlage 2; voor uitstroom bijlage 5 en 6.

In de meeste gevallen gaat het daarbij per specialisme om (zeer) geringe aantallen in een orde van grootte van één tot vijftig kortdurende opnamen en dus met weinig marktperspectief²⁸. De keerzijde is echter ook wel degelijk aanwezig met beduidend grotere aantallen en dan in het bijzonder (van hoog naar laag) oogheelkunde (meer dan driehonderd) en radiologie, interne geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde met meer dan honderd en urologie bijna honderd kortdurende opnamen. In

²⁸ In dit kader mogen de in dit kader steeds stringent wordende eisen en richtlijnen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg in relatie tot de (minimale) omvang van een functie zeker niet onvermeld blijven (IGZ, ZN).

deze vakken ligt dus het perspectief, zeker ook nog eens in combinatie met de poliklinische kant, alwaar drie van deze specialismen ook reeds naar voren kwamen.

Al met al lijken er afgaande op de hiervoor genoemde elementen op enkele onderdelen kansen en mogelijkheden om tot een vermindering van de medische uitzendingen (uitstroom) te komen en dus meer Bonairianen in het eigen ziekenhuis FM te behandelen. Dit is dus echter zeker niet op alle onderdelen van toepassing, zoals uit de marktaandelen uit tabel 5.3 en bijlage 6 kan worden afgeleid. Zo concentreert de moeder-kind zorg zich op dit moment reeds grotendeels in ziekenhuis FM zelf met slechts een marginale en hoogstwaarschijnlijk qua ‘zwaarte’ topklinische uitstroom naar elders. Even zeer geldt dit aan de poliklinische kant voor de meeste van de aanwezige basisspecialismen. Het is mede in het verlengde hiervan om de hiervoor gememoreerde kansen en mogelijkheden als realistisch te kenschetsen. In dit vooruitzicht en deze wetenschap volgt nu een nadere schets van het in dit kader beoogde functie- en capaciteitsprofiel.

5.3 Volwaardig BBMC

Marktgericht uitgaande van ‘capaciteit naar behoefte’ volgt in deze laatste paragraaf dus de uiteindelijke vertaalslag van alle voorgaande ingrediënten op het ziekenhuisprofiel FM als Bonaire Basis Medisch Centrum (BBMC). Primaire uitgangspunt is en blijft daarin het streven om als medisch specialistisch basisziekenhuis te fungeren voor heel Bonaire. In die zin dient uitstroom zich hoofdzakelijk te beperken tot de wat minder voorkomende niet reguliere basiszorg, die veelal in de wat grotere ziekenhuis is gesitueerd. Dat dit gevolgen voor de huidige medische uitzendingen heeft, moge duidelijk zijn (zie par.4.2 en 5.2 en bijlage 5). In het bijzonder geldt dit dan aan de (dag)klinische kant, alwaar met 50% gewoonweg sprake is van een (te) laag marktaandeel en in het verlengde daarvan adherentie van ruim 9.300 inwoners(zie tabel 5.2). Dit in schril contrast met de poliklinische kant, alwaar met een marktaandeel van bijna 95% zeker niet of minder ‘geklaagd’ behoeft te worden, doch de volwaardigheid vooral te maken heeft met enige uitbreiding van het functiepakket.

Gemakshalve voor een nadere toelichting verwijzend naar bijlage 7 is in tabel 5.4 de productieplanning 2020 voor het aantal polikliniekbezoek en opnamen in ziekenhuis FM weergegeven. Ter vergelijking is de feitelijke productie in 2013 daar voor gezet.

Tabel 5.4: Productieplanning ziekenhuis FM, 2020

	2013	2020
polikliniekbezoeken	22.297	31.900
opnamen	1.978	3.880 – 4.350

Bron en (technische) toelichting, alsmede de verdeling naar (poort)specialisme zijn te vinden in bijlage 7.

Weliswaar is op beide onderdelen sprake van groei, doch in relatieve zin ligt deze aan de opnamekant met grofweg in dit tijdvak een verdubbeling op een veel hoger niveau dan de iets minder dan 45% aan de poliklinische kant. In het licht van het veel lagere (dag)klinische marktaandeel en de daardoor grotere ‘verschuiving’ is dit natuurlijk niet vreemd. Overigens is de

haalbaarheid van deze productieplanning met name van deze omslag afhankelijk. Lukt dit niet of slechts in beperkte mate, is de eerder aangegeven raming van ruim 31.000 polikliniekbezoeken en ongeveer 2.750 meer van toepassing (zie par.3.3). Hierbij wordt immers uitgegaan van ongewijzigd beleid, inclusief handhaving van de huidige uitstroom.

Implementatie van deze productieplanning noopt nu en de komende jaren tot enige aanpassing van het functie- en capaciteitsprofiel, inclusief voorzieningen. Inhakend op dit laatste aspect ligt de vraag met name op het vlak van voldoende ruimte en faciliteiten om deze toestroom adequaat te kunnen opvangen, diagnosticeren en zo nodig behandelen. In het bijzonder geldt dit bv. ten aanzien van de radiologie en de mogelijke aanschaf van een MRI-scan²⁹. Evenzeer echter voor een basisspecialisme als KNO en in de slipstream daarvan mondziekten en kaakchirurgie, die dan wel de ruimte, faciliteiten en apparatuur daarvoor beschikbaar moeten hebben. Zonder dat blijven het anders mooie intenties!

Ditzelfde geldt voor de bed capaciteit en het aantal specialistenplaatsen of functie-eenheden. Allereerst inhakend op het aantal benodigde bedden is op basis van de productieplanning 2020 en de huidige gemiddelde verpleegduur deze per specialisme zo goed mogelijk ingeschat. Daarbij is overigens wel rekenschap genomen van een wat hogere bed gebruik in de zin van minder eendaagse opnamen (dagbehandeling) en mede daardoor een langere verpleegduur, althans in vergelijking met Europees Nederland (zie tabel 5.1). De uitkomsten van deze exercitie staan voor een vijftal clusters/blokken in de volgende tabel 5.5 en resulteert in een mogelijke uitbouw van het aantal bezette bedden in ziekenhuis FM tot omstreeks 35 bedden in 2020. Ten opzichte van de huidige bezetting van ruim twintig bedden (zie tabel 2.3) zou dit dus een aanzienlijke groei tot het op dit moment beschikbare aantal bedden (kunnen) betekenen. In de praktijk zou dit een 100% bezettingsgraad betekenen, hetgeen gewoonweg als onrealistisch kan worden aangeduid. Zeker ook in het licht van het mogelijke maximale scenario is het dus meer voor de hand liggend in dit toekomstige profiel van een iets grotere beschikbare (dag)klinische capaciteit van **40 bedden** (incl. dagbehandeling) uit te gaan. Weliswaar ietwat gedateerd is dit bovendien ook nog eens in lijn met de zgn. 2% beddennorm geprojecteerd op de in 2020 verwachte adherente bevolking als zijnde 80% van de toekomstige woonbevolking (zie tabel 3.4)³⁰.

Voor wat betreft de verdeling over de onderscheiden clusters van specialismen concentreert de mogelijke groei van de bedbezetting zich de komende groei voornamelijk aan de interne- en heelkundige kant. Binnen dit laatste blok betreft dit dan in het bijzonder 'snijdende' basisspecialismen als oogheekunde, keel-neus-oorheekunde, urologie. Gelet op de huidige minimale marktaandelen van deze vakken natuurlijk niet verrassend (zie bijlage 6).

²⁹ Dit is des te belangrijker, daar hoogstwaarschijnlijk een belangrijk deel van de huidige uitstroom voor radiologie te maken heeft met het ontbreken van een MRI-scan op Bonaire zelf. Overigens overweegt ziekenhuis FM de aanschaf van een MRI-scan mede door oplopende wachtlijsten. Een kosten-batenanalyse zou daar onder meer uitsluitel over moeten gaan geven, doch de voortgang hiervan is op dit moment nog onbekend (NTR Caribisch Netwerk 14 juni 2013).

³⁰ Overigens komt dit aantal iets lager uit dan de 42 bedden uit het in de Literatuurlijst genoemde TNO-rapport over de herstructurering van het Bonaire ziekenhuis (november 2012).

Tabel 5.5: Bedbezetting ziekenhuis FM, 2020

cluster/blok	afk.	2013	2020	
			minimum	maximum
interne specialismen	INT	4,0	7,5	8,5
heelkundige specialismen	HLK	5,5	12,0	13,0
moeder-kind specialismen	M&K	4,5	6,0	6,5
zenuw-zielsziekten specialismen	Z&Z	1,0	1,5	2,0
ondersteunende specialismen	OND	5,0	7,0	8,0
totaal		20,0	34,0	38,0

De bedbezetting 2013 is berekend op basis van het feitelijk aantal opnamen en verpleegdagen (zie tabel 2.3 en bijlage 1). Uitgaande van de productieplanning (zie bijlage 7) is voor 2020 de verwachte bedbezetting in zowel minimale als maximale zin per specialisme berekend. Deze zijn naar een vijftal in de praktijk veelal gebruikelijk clusters/blokken van specialismen verdeeld, t.w. interne specialismen (interne geneeskunde, cardiologie, longziekten en tuberculose, maag-darm-leverziekten, reumatologie, dermatologie en venerologie), heelkundige specialismen (heelkunde, orthopedie, urologie, oogheelkunde, keel-neus-oorheelkunde, mondziekten en kaakchirurgie), moeder-kind specialismen (obstetrie en gynaecologie, kindergeneeskunde, verloskundige), zenuw-zielsziekten specialismen (neurologie en psychiatrie) en ondersteunende specialismen (i.h.b. ziekenhuisgeneeskunde, radiologie).

Om tot een benadering van de gewenste medische staf te komen wordt een aantal invalshoeken gecombineerd in ogenschouw genomen. Primair gaat het daarbij natuurlijk om een naar verwachting groeiende patiëntenzorg, die door de specialisten dient te worden opgevangen, doch secundair is het daarbij ook zaak oog te hebben voor allerlei niet direct patiëntgebonden activiteiten van belang voor het reilen en zeilen van het huidige en toekomstige ziekenhuis. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan het geven van onderwijs, opstellen, evalueren, bewaken protocollen, management. In deze specifieke situatie blijkt dit ook zeker een substantieel deel van de inzet en inbreng van de staf te betreffen. Dit komt onder meer ook tevoorschijn in de jumelageafspraken met desbetreffende specialisten, waarbij standaard wordt uitgegaan van 60% t.b.v. patiëntenzorg en 40% t.b.v. beschikbaarheid en overige taken³⁴. Weliswaar betreft dit een tijdelijke (opbouw)periode, welke echter ook de komende jaren hoogstwaarschijnlijk voor wat betreft deze inzet weinig tot niet aan onderhevig zal zijn. Denk in dit kader bv. ook aan de 'beschikbaarheidsdiensten'. In die zin ligt het dus voor hand daarmee terdege rekening te houden.

Waar dit alles uiteindelijk op uitkomt, staat in de laatste kolom van de volgende tabel 5.6 per (poort)specialisme weergegeven. Naast eerder genoemde overwegingen zijn daarbij zo nodig ook nog andere aspecten meegenomen en/of meegewogen. Dit laatste speelt bij de specialismen anesthesiologie, heelkunde, interne geneeskunde, obstetrie en gynaecologie, spoedeisende geneeskunde en ziekenhuisgeneeskunde. Naast een toenemend aantal pijn patiënten heeft dit voor **anesthesiologie** vooral te maken met de taak en verantwoordelijkheden bij de opvang en behandeling van spoed patiënten, inclusief het vervoer daarmee per Air-Ambulance (zie par.2.2). Zo

³⁴ Deze detachering vindt plaats op basis van een voltijds aanstelling, waarvan 0,6 FTE voor directe patiëntenzorg en 0,4 FTE voor beschikbaarheid (7x24) en overige taken wordt aangewend.

is tijdens zo'n vlucht één van de anesthesiologen gedurende een aantal uren niet beschikbaar in het ziekenhuis zelf, hetgeen gewoonweg een iets grotere capaciteit noodzakelijk maakt.

Naast eerder genoemde algemene overwegingen dient handhaving van de huidige omvang in de **heelkunde**, maar ook **obstetrie en gynaecologie** in het licht te worden gezien van de 'continuïteit van zorg'. Dit noopt gewoonweg tot een dubbele bezetting. Bij de beoordeling van het geadviseerde aantal fte in de **interne geneeskunde** dient verder nadrukkelijk rekening te worden gehouden met het feit, dat dit inclusief nefrologie is (zie par.2.1).

Tabel 5.6: Medische staf (fte), nu en planning

poortspecialisme	nu (2014)	ratio Nederland	ratio polikliniek-bezoeken	ratio opnamen	advies (2020)
anesthesiologie	2,0	1,7			2,5
cardiologie	1,25	1,1	1,4	0,3	1,2
cardio-thoracale chirurgie		0,1			
dermatologie en venerologie	0,1	0,5	0,1	0,1	0,2
heelkunde	2,0	1,4	0,7	1,1	2,0
interne geneeskunde	3,15	2,2	2,1	1,3	3,0
keel-neus-oorheelkunde	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2
kindergeneeskunde	2,05	1,5	2,0	0,7	2,0
klinische genetica		0,1			
klinische geriatrie		0,2			
longziekten en tuberculose	0,25	0,7	0,3	0,1	0,2
maag-darm-leverziekten	0,1	0,5		0,0	0,2
mondziekten en kaakchirurgie		0,3	0,0	0,2	0,1
neurochirurgie		0,1		0,4	0,1
neurologie	1,0	0,9	1,3	0,3	1,0
obstetrie en gynaecologie	2,0	1,0	1,4	0,7	2,0
oogheelkunde	0,2	0,6	0,5	0,8	0,6
orthopedie	0,6	0,8	0,9	0,6	0,7
plastische chirurgie		0,3		0,1	0,1
psychiatrie	1,35	*			1,5
radiologie	1,2	1,1			1,2
radiotherapie		0,3			
reumatologie	consulent	0,3	0,0		0,2
revalidatiegeneeskunde	0,05	*			0,1
spoedeisende geneeskunde		0,3			1,0
urologie	0,075	0,4	0,2	0,3	0,4
subtotaal	17,575				20,5
(klinische) verloskunde	2,0				2,0
ziekenhuisgeneeskunde	6,0				6,0
totaal	25,575				28,5

Nu is conform tabel 2.1 (incl. consulenten). Ratio Nederland is per specialisme fictief berekend op basis van projectie van het gemiddeld verzorgingsbereik per fte in Europees Nederland op de verwachte adherente bevolking ziekenhuis FM van ongeveer 20.000 inwoners (80% van de woonbevolking). Ditzelfde geldt voor de ratio polikliniekbezoeken en opnamen, welke per specialisme fictief berekend is op basis van projectie van de gemiddelde praktijkomvang per fte in Europees Nederland op de productieplanning (zie bijlage 7). Planning is opgesteld door het gecombineerd in ogenschouw nemen van deze fictieve uitkomsten met zowel de feitelijke stand van zaken nu als in het bijzonder rekening houdend met de primaire doelstelling om als (enig) volwaardig 'basisziekenhuis' op Bonaire te (gaan) functioneren.

Voor **spoedeisende geneeskunde** wordt om kwaliteitsredenen (IGZ) uitgegaan van tenminste altijd één fte. De zes fte bij **ziekenhuisgeneeskunde** zijn minimaal nodig om in het ziekenhuis ter alle tijde (7x24 uur) in de volle breedte een beschikbaarheid te garanderen.

Voor wat betreft de andere specialismen wordt geen nadere toelichting op het uiteindelijke advies gegeven, daar deze binnen de bandbreedte van de aantallen berekend via de adherentie en praktijkomvang vallen³². In die zin spreken deze meer voor zich, zeker ook in relatie tot de huidige omvang en de hiervoor aangegeven verwachte ontwikkelingen en uitgangspunten.

Al met al resulteert deze functieplanning in een beoogde groei van nu 25,5 fte naar straks 28,5 fte, of te wel drie fte of ruim 10%. Mede omwille van de kwaliteit en continuïteit van zorg zijn daarbinnen de meest essentiële basisspecialismen of specialismen van reguliere zorg, t.w. anesthesiologie, heelkunde, interne geneeskunde, kindergeneeskunde, obstetrie en gynaecologie, (klinische) verloskundige en ziekenhuisgeneeskunde tenminste dubbel ingevuld. Met zes fte is er zo nodig altijd een ziekenhuisarts beschikbaar. Voor wat betreft de andere functies is in de meeste specialismen met minder dan één fte sprake van een beperkte aanwezigheid. Uitzonderingen zijn cardiologie, neurologie, psychiatrie en radiologie met elk één of meer fte. Voor psychiatrie noopt dit extra gelet op de bemoeienissen met de verslavingszorg en mogelijke PAAZ-ontwikkeling; voor radiologie geldt dit ten aanzien van de CT.

Duidelijk moge zijn, dat implementatie van dit functie- en capaciteitsprofiel hoogstwaarschijnlijk ook gevolgen zal hebben voor de niet poortspecialismen, alsmede zoals eerder in deze paragraaf aangegeven het voorzieningenpakket van ziekenhuis FM. Denk in dit kader aan laboratoriumvakken als klinische chemie, medische microbiologie en pathologie en de daarbij noodzakelijke voorzieningen. Maar wat dit laatste betreft, gaat dit ook om faciliteiten en instrumentarium om bepaalde verrichtingen te kunnen uitvoeren. Vooralsnog wordt hier nu niet verder op vooruit gelopen resp. op in gegaan, doch dit verdient straks in de nadere uitwerking zeker aandacht.

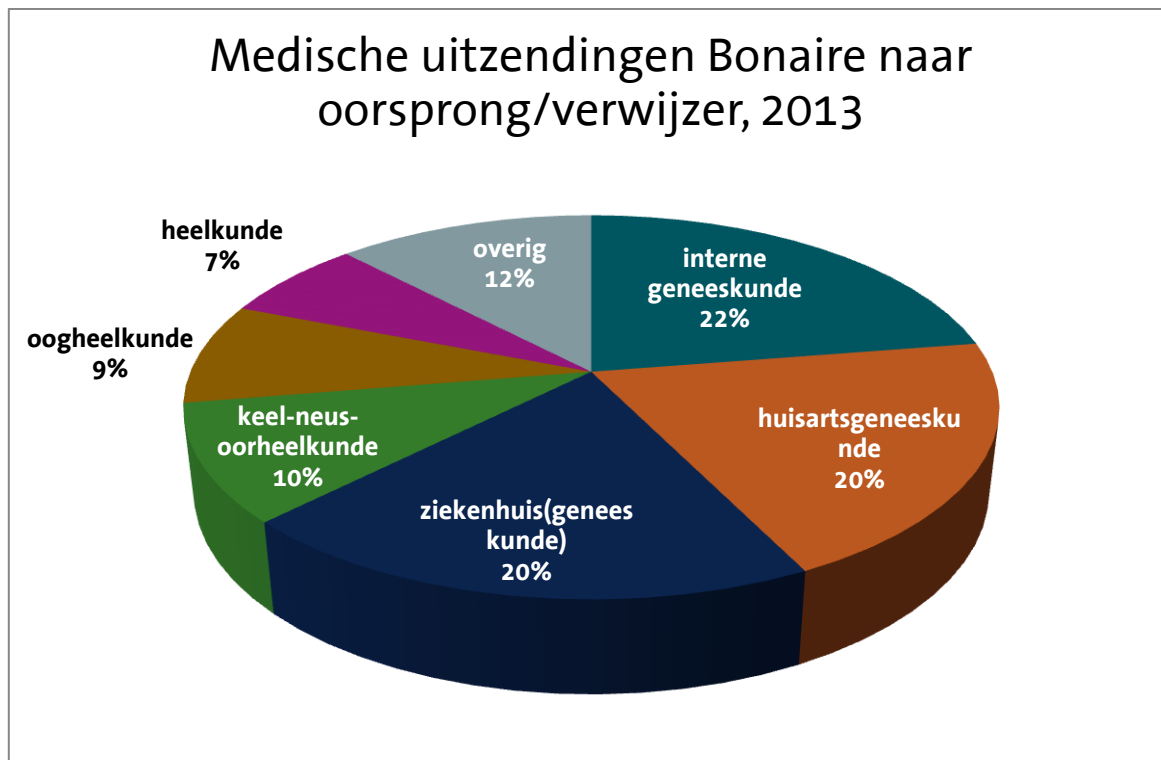
Om tot een zo volwaardig BBMC voor alle Bonairianen te komen is ombuiging van de medische uitzendingen van groot belang. Voor het BBMC zelf om een steeds beter en divers aanbod aan de

³² Bij beoordeling van het aantal verloskundigen is daarbij meer specifiek rekening gehouden met het aantal bevallingen en de 'normstelling' van ongeveer 110 de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Uitgaande van jaarlijks ongeveer 200 bevallingen (zie tabel 2.4) lijkt de huidige omvang met een dubbele bezetting daarmee dus goed in de pas lopend, zeker ook nog eens in de wetenschap dat dit aantal bevallingen ook nog eens met inbegrip van de sectio's is. Deze behoren immers tot de primaire bemoeienis en het werkterrein van de gynaecoloog.

eigen bevolking te kunnen aanbieden en niet te vergeten voor de Bonairianen zelf om deze zorg zoveel mogelijk op het eigen eiland zonder lange reistijden en oponthoud te kunnen krijgen. Uitstroom beperkt zich op deze wijze grotendeels tot de zgn. topklinische - toprefente medisch specialistische (ziekenhuis)zorg. In die zin eindigt dit hoofdstuk en paragraaf ter illustratie met de zgn. oorsprong van deze medische uitzendingen of te wel de verwijzer. Immers in principe ligt daar de sleutel om deze ommezwaai in gang te zetten, althans voor zover dit natuurlijk kan en mogelijk is en niet te vergeten de patiënt dit ook wenst.

Grafiek 5.1 geeft voor het jaar 2013 zicht om welke verwijzers dit gaat, waarin uiteindelijk een drietal beroepsgroepen als hoogst scorende naar boven komen. Dit betreft de internist (i.h.b. de nefroloog), huisarts en ziekenhuis (arts) met ieder om en nabij de 20%³³. Weliswaar met 7 tot 10% ligt dit aandeel bij KNO, oogheelkunde en heelkunde beduidend lager, doch wat resteert is ruim 10% gespreid over alle andere beroepsbeoefenaren, hetgeen in het merendeel nog geen 1% per vak betekent. In die zin concentreert deze uitstroom zich dus qua oorsprong in de genoemde vakken met als belangwekkende conclusie dat één op de vijf van deze patiënten verwezen wordt door de eerste lijn (huisarts) en vier van de vijf door de tweede lijn (ziekenhuis)³⁴.

Figuur 5.1:



³³ Enige voorzichtigheid is op z'n plaats bij de beoordeling van deze uitstroom door ziekenhuis(arts). In de praktijk blijkt namelijk dat de verwijzer niet altijd per definitie een ziekenhuisarts betreft, doch dat dit bijvoorbeeld ook een arts-assistent is of kan zijn.

³⁴ Ook in 2014 lijkt dit het geval te zijn, althans op basis van de feitelijke uitstroom (medische uitzendingen) in de eerste zeven maanden t/m juli (ZVK).

Bron: ZVK. Interne geneeskunde is inclusief nefrologie en oncologie. Met bijna 70% betreft verreweg het grootste deel nefrologie. De resterende 30% is verdeeld in ruim 20% (algemene) interne geneeskunde en 10% oncologie. Specialismen met een aandeel van minder dan 5% zijn niet apart onderscheiden, doch als geheel onder 'overig' gerangschikt.

De sleutel van deze ombuiging lijkt dus voor een groot deel in 'eigen' handen te liggen. Voor wat betreft de rechtstreekse verwijzingen van de huisarts is er de vraag naar de achterliggende factoren hiervan, zonder daarbij overigens de eigen keuze van de patiënt te willen veronachtzamen.

Overigens komt daarbij ook nog eens om de hoek kijken, dat een huisarts formeel geen toestemming van het ZVK nodig heeft bij verwijzing naar een gecontracteerde instelling elders, in eerste instantie Curaçao en Aruba³⁵. In deze afweging en beoordeling dient echter ook en vrijwel zeker steeds meer aandacht te zijn voor de doelmatigheid van de zorg, hetgeen automatisch noopt tot het zoveel mogelijk terugdringen en/of ombuigen van deze uitstroom naar een meer volwaardig BBMC. Dit met alle voordelen van dien voor alle betrokken partijen, te weten ziekenhuis FM, zorgverzekeraar/VWS en natuurlijk niet te vergeten de patiënt zelf.

³⁵ Als zodanig heeft de minister van VWS dit in 2011 in een brief aan de bestuurscolleges van de BES-eilanden laten weten.

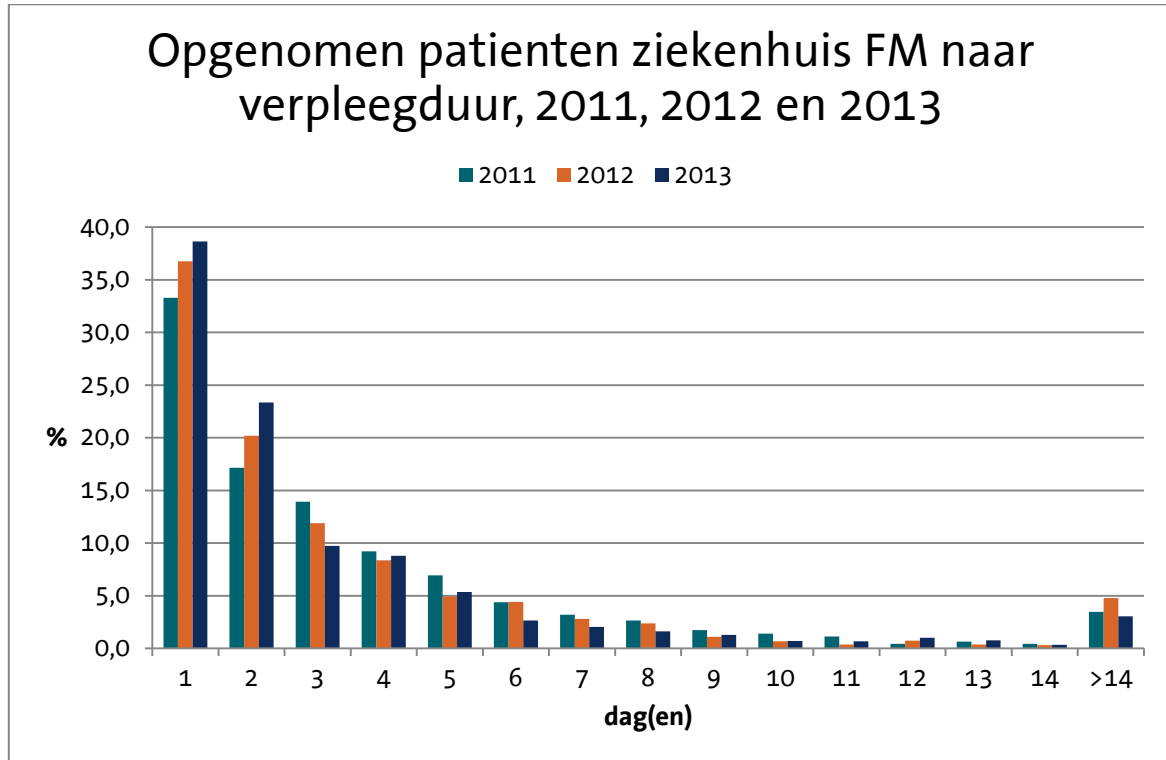


Bijlage 1: Kengetallen productie per specialisme, 2011 t/m 2013

specialisme	polikliniekbezoeken			opnamen		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
cardiologie	2.366	3.008	3.001	11	8	82
dermatologie en venerologie	66	316	464			
heelkunde	2.205	2.045	2.130	191	194	296
interne geneeskunde	2.277	2.652	3.312	12	78	306
keel-neus-oorheelkunde	69			11	9	1
kindergeneeskunde	467	1.147	1.472	4	26	95
longziekten en tuberculose	434	814	649			4
neurologie	488	1.657	2.382		4	53
obstetrie en gynaecologie	2.949	3.291	3.303	236	232	268
oogheelkunde	1.597	1.803	2.044			
orthopedie	2.060	2.372	2.683	150	176	208
psychiatrie	53	373	292			10
reumatologie		20	38			
urologie		19	527			1
sub medische specialismen	15.031	19.517	22.297	615	727	1.324
huisarts				845	50	14
verloskundige				152	224	274
ziekenhuisarts				242	894	345
totaal	15.031	19.517	22.297	1.854	1.895	1.978

Samengesteld op basis van productie/bezettingsoverzichten FM. Polikliniekbezoeken is de som van de eerste consulten van nieuwe patiënten en vervolg(herhalings)consulten van 'oude' patiënten. Interne geneeskunde is incl. oncologie; kindergeneeskunde incl. kindercardiologie. Het totaal aantal opnamen in 2013 is inclusief enkele 'tandarts'-opnamen. Om deze reden komt de som niet geheel overeen met dit totaal.

Bijlage 2: Verpleegduur opgenomen patiënten ziekenhuis FM, 2011 t/m 2013



Samengesteld en afgeleid van de maandelijkse dagbezettingsformulieren ziekenhuis FM. Daarbij is telkenmale de volledige lengte van de verpleeg/verblijfsduur van iedere nieuw opgenomen patiënt in ogenschouw genomen, d.w.z. van opname- t/m ontslagdatum, ongeacht of deze periode in één of meerdere maanden gelegen is.

Bijlage 3: Bevolking Caribisch Nederland naar leeftijd, 2013 en 2014

leeftijd	Bonaire	Sint-Eustatius	Saba	BES
1 januari 2013:				
0 t/m 14 jaar	3.129	661	260	4.050
15 t/m 44 jaar	7.120	1.655	1.096	9.871
45 t/m 64 jaar	5.324	1.222	434	6.980
65 jaar en ouder	1.835	359	201	2.395
totaal	17.408	3.897	1.991	23.296
in %:				
0 t/m 14 jaar	18,0	17,0	13,1	17,4
15 t/m 44 jaar	40,9	42,5	55,0	42,4
45 t/m 64 jaar	30,6	31,4	21,8	30,0
65 jaar en ouder	10,5	9,2	10,1	10,3
totaal	100%	100%	100%	100%
1 januari 2014:				
0 t/m 14 jaar	3.289	660	259	4.208
15 t/m 44 jaar	7.569	1.696	928	10.193
45 t/m 64 jaar	5.599	1.274	452	7.325
65 jaar en ouder	1.956	390	207	2.553
totaal	18.413	4.020	1.846	24.279
in %:				
0 t/m 14 jaar	17,9	16,4	14,0	17,3
15 t/m 44 jaar	41,1	42,2	50,3	42,0
45 t/m 64 jaar	30,4	31,7	24,5	30,2
65 jaar en ouder	10,6	9,7	11,2	10,5
totaal	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS-NL. Opvallend op Saba is het grote aantal/aandeel 15 t/m 44 jarigen, dat primair samenhangt met de aanwezigheid aldaar van de Saba University Medical School, die veel buitenlandse studenten trekt. Hiermede dient dus bij beoordeling van deze verdeling terdege rekening te worden gehouden.

Bijlage 4: Kengetallen gezondheid en welzijn BES, 2013 (%)

kenmerk	Bonaire	Sint-Eustatius	Saba	Caribisch Nederland	Europees Nederland
Leefstijl:					
rookgedrag:					
rokers	16,0	10,6	21,3	15,6	23,3
dagelijkse rokers	10,8	7,4	11,0	10,2	17,7
alcoholgebruik:					
zware drinker	11,5	14,9	9,5	11,9	12,9
overmatige drinker	7,0	9,9	9,1	7,7	8,3
lengte en gewicht:					
ondergewicht	2,1	3,7	4,9	2,5	2,3
normaal gewicht	36,6	38,8	31,9	36,5	56,2
matig overgewicht	35,5	28,0	30,8	34,2	31,3
ernstig overgewicht	25,8	29,5	32,4	26,8	10,2
gebruik anticonceptie	16,7			19,1	39,7
Gezondheid:					
zeer goed/goed	72,1	80,9	81,8	74,4	80,1
mannen	76,9	82,9	85,0	78,6	83,1
vrouwen	66,6	78,4	78,7	69,7	77,2
suikerziekte	8,0	10,6	7,7	8,4	4,3
hoge bloeddruk	18,5	20,6	15,4	18,6	15,1
migraine e.d.	18,8	17,7	19,9	18,7	14,1
rug	13,2	8,8	4,3	11,7	7,3
hart	4,4			3,7	2,7
kanker	3,2			2,8	5,7
Contacten:					
huisarts	78,1	71,7	72,0	76,5	71,3
specialist	40,0	47,6	32,9	40,5	37,9
tandarts	56,2	50,2	50,0	54,7	78,5
fysiotherapeut	21,4	11,6	11,9	19,0	21,2
klinische opname	9,7	24,0	10,4	11,9	6,5
dag opname	8,8	18,4	5,6	9,9	7,8
Medicijngebruik:					
voorgeschreven	40,2	33,3	31,5	38,3	36,8
niet voorgeschreven	25,1	23,9	35,1	25,8	32,5

De uitkomsten van Caribisch Nederland zijn afgeleid uit de Omnibusenquête, die voor het eerst medio 2013 steekproefsgewijs door het CBS op de drie eilanden is uitgevoerd. Europees Nederland is eveneens afkomstig van het CBS en heeft betrekking op het jaar 2012. Voor zover geen uitkomsten staan vermeld zijn de betrouwbaarheidsmarges onvoldoende. De definiëring van de gebruikte kenmerken wordt als bekend

verondersteld, doch voor zover dit niet het geval, wordt gemakshalve verwezen naar de toelichting daaromtrent van het CBS (www.cbs.nl).

Bijlage 5: Medische uitzendingen Bonaire, 2013

In deze bijlage wordt een meer gedetailleerd beeld van de aard en omvang van de medische uitzendingen vanuit Bonaire naar medisch specialisten resp. ziekenhuizen elders gegeven. Het betreft een nadere aanvulling en/of onderbouwing van hetgeen daaromtrent in de desbetreffende par. 4.2 staat vermeld. Alle details hebben betrekking op het meest recente jaar 2013 en zijn afgeleid en/of berekend op basis van door het Zorgverzekeringskantoor (ZVK) verstrekte basisinformatie.

Tabel B5.1: Medische uitzendingen Bonaire naar (poort)specialisme en bestemming, 2013

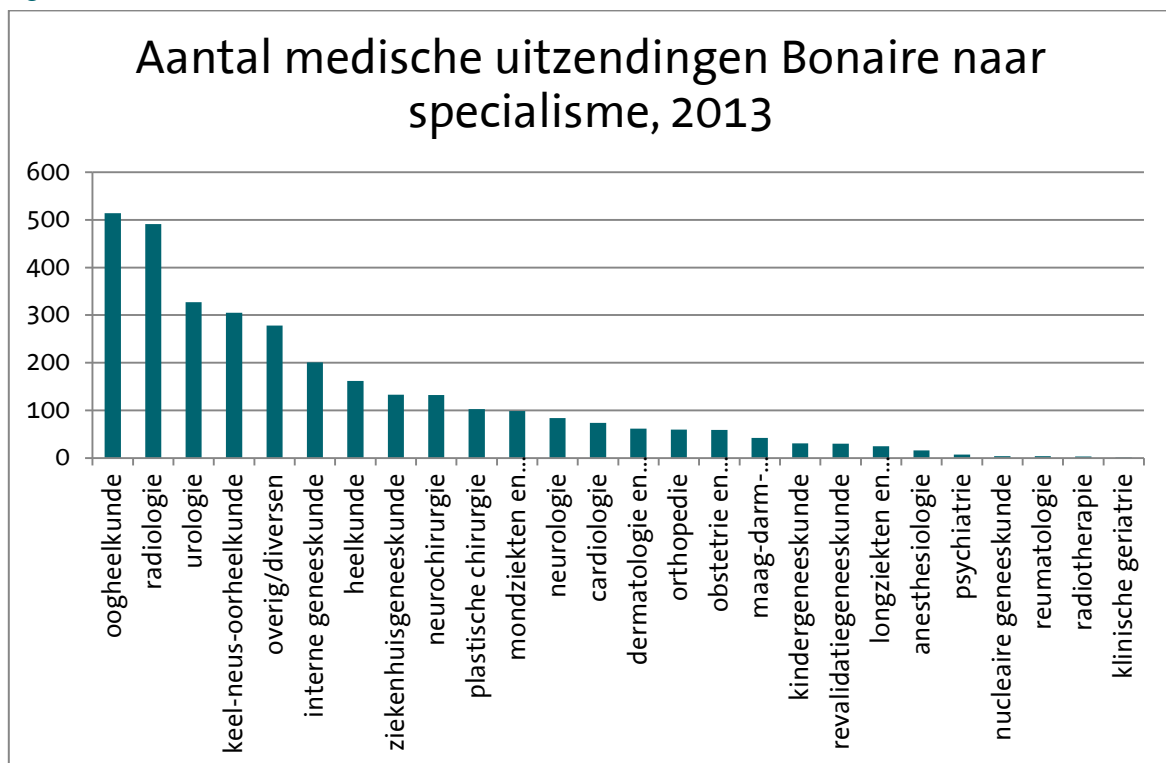
specialisme	Aruba	Columbia	Curaçao	overig	totaal
anesthesiologie		2	14		16
cardiologie	13	43	17	1	74
dermatologie en venerologie	19	3	40		62
heelkunde	45	37	76	4	162
interne geneeskunde	16	42	138	5	201
keel-neus-oorheelkunde		4	299	2	305
kindergeneeskunde		6	19	6	31
klinische geriatrie			1		1
longziekten en tuberculose	4	3	13	5	25
maag-darm-leverziekten	2	12	26	2	42
mondziekten en kaakchirurgie		1	98		99
neurochirurgie	51	60	18	3	132
neurologie	34	13	35	2	84
nucleaire geneeskunde		4			4
obstetrie en gynaecologie	1	30	20	8	59
oogheelkunde		31	481	2	514
orthopedie	14	34	11	1	60
plastische chirurgie	21	10	72		103
psychiatrie	1		6		7
radiologie	151	21	315	4	491
radiotherapie			3		3
reumatologie		3	1		4
revalidatiegeneeskunde			30		30
urologie	62	34	231		327
ziekenhuisgeneeskunde	24	3	103	3	133
overig/diversen	58	30	182	8	278
totaal	516	426	2.249	56	3.247

Bron: ZVK. Cardiologie is inclusief cardio-thoracale chirurgie; Interne geneeskunde inclusief allergologie, nefrologie, oncologie en vasculaire geneeskunde; Mondziekten en kaakchirurgie inclusief tandarts; Psychiatrie inclusief ggz en psychologie; Revalidatiegeneeskunde inclusief orthopedisch instrumentmaker, podotherapeut e.a.

Van alle medische uitzendingen gaat met 70% het overgrote deel naar het meest nabij gelegen Curaçao. Met grofweg ieder de helft zoekt de overige 30% zijn of haar toevlucht in Aruba en Columbia.

Overigens blijkt deze verdeling naar bestemming zeker niet altijd voor alle onderscheiden specialismen in dezelfde mate aan de orde. Zo gaat de cardiologische, neurochirurgische en orthopedische uitstroom voornamelijk naar Columbia. De verdeling per specialisme laat verder zien, dat deze uitstroom zich vooral richt op de medisch specialistische diagnostische en (dag)klinische behandeling van Bonairianen op onderdelen van oogheelkunde en radiologie. Meer concreet kan/moet daarbij gedacht worden aan bijvoorbeeld cataract/staar resp. MRI. Naast deze kopgroep van twee bestaat er onder aanvoering van urologie en KNO ook nog een middenmoot met aanzienlijke aantallen in een orde van grootte van tussen de 100 en ruim 300 per specialisme. Zie voor de rangorde de volgende grafiek.

Figuur B5.1:



Bron: ZVK. Voor zover erkende specialismen niet apart worden genoemd is geen sprake van uitstroom of is desbetreffende uitstroom onder overig/diversen opgenomen.

Voor dit functie- en capaciteitsprofiel is het van belang om (iets) meer zicht te hebben op de daadwerkelijke aard en omvang van deze medische uitzendingen, om welke reden deze in tabel B5.2 per specialisme nader naar een aantal productieparameters is gespecificeerd. Deze worden qua definiëring als bekend verondersteld en zijn overeenkomstig de in par.2.3 gehanteerde kengetallen voor ziekenhuis FM.

40-20-40%

Van alle medische uitzendingen blijkt in 2013 in tenminste ruim 40% van de gevallen de zorg zich alleen te richten op de polikliniek. In de praktijk betekent dit veelal een polikliniekbezoek (consult) aan een medisch specialist, inclusief zo nodig aanvullende diagnostiek (röntgen, lab e.d.). In bijna 60% is sprake van één (20%) of meerdere dagen (40%) van uitzending.

Laatstgenoemde groep wordt in die zin dus als zodanig vooral nog als klinisch gekenmerkt versus eerstgenoemde groep als dagopname of dagverpleging³⁶. De volgende tabel geeft op basis hiervan de uitkomsten per specialisme.

Tabel B5.2: Kerngegevens medische uitzendingen Bonaire naar specialisme, 2013

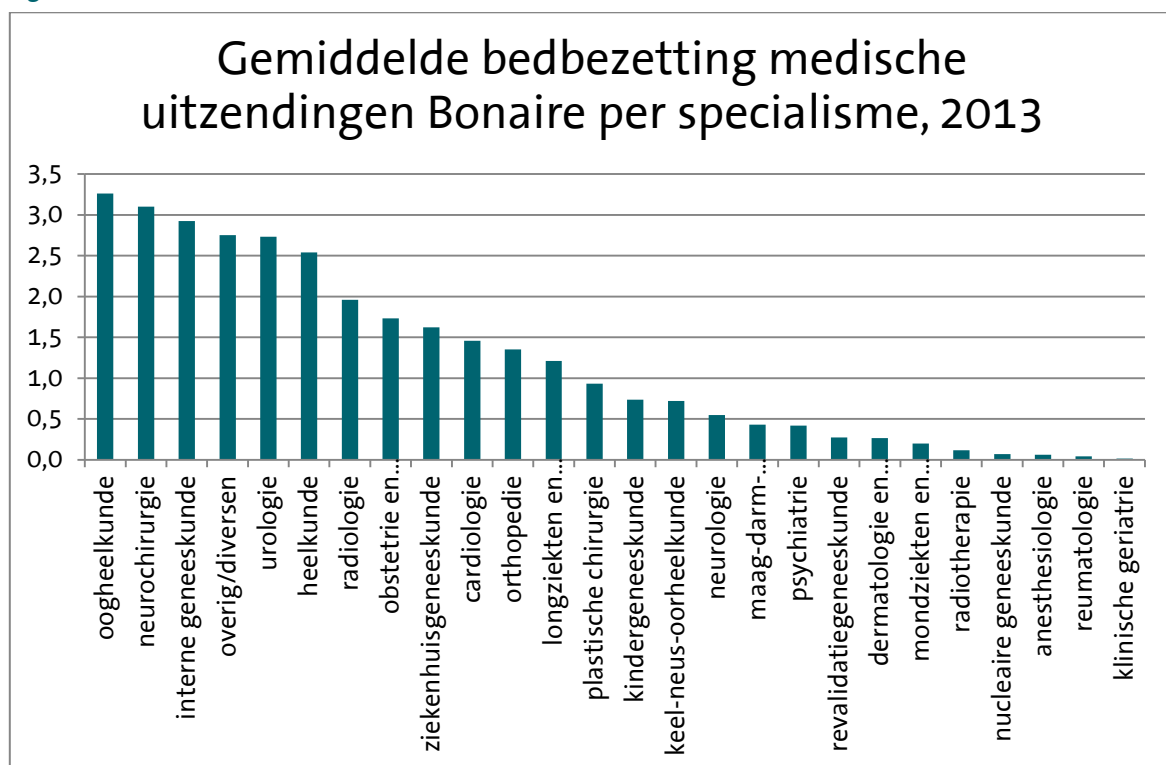
specialisme	poliklinisch	dag beh.	klinisch	totaal	uitzend-dagen	gvd.	bez. bed.
anesthesiologie	9	3	4	16	18	4,5	0,1
cardiologie	8	8	58	74	521	9,0	1,5
dermatologie en venerologie	36		26	62	97	3,7	0,3
heelkunde	41	26	95	162	890	9,4	2,5
interne geneeskunde	38	73	90	201	964	10,7	2,9
keel-neus-oorheelkunde	193	46	66	305	199	3,0	0,7
kindergeneeskunde	3	6	22	31	260	11,8	0,7
Klinische geriatrie			1	1	6	6,0	0,0
longziekten en tuberculose	1	13	11	25	423	38,5	1,2
maag-darm-leverziekten	4	13	25	42	139	5,6	0,4
mondziekten en kaakchirurgie	70	11	18	99	57	3,2	0,2
neurochirurgie	12	19	101	132	1.105	10,9	3,1
neurologie	48	14	22	84	181	8,2	0,5
nucleaire geneeskunde			4	4	26	6,5	0,1
obstetrie en gynaecologie	8	2	49	59	629	12,8	1,7
oogheelkunde	167	131	216	514	1.007	4,7	3,3
orthopedie	6	8	46	60	482	10,5	1,4
plastische chirurgie	54	15	34	103	319	9,4	0,9
psychiatrie	1	1	5	7	152	30,4	0,4
radiologie	329	96	66	491	581	8,8	2,0
radiotherapie	1	1	1	3	41	41,0	0,1
reumatologie	1		3	4	16	5,3	0,0
revalidatiegeneeskunde	10	6	14	30	91	6,5	0,3
urologie	164	46	117	327	933	8,0	2,7
ziekenhuisgeneeskunde	23	29	81	133	552	6,8	1,6
overig/diversen	113	66	99	278	911	9,2	2,7
totaal	1.340	633	1.274	3.247	10.600	8,3	31,5

³⁶In deze afweging is nog wel enige voorzichtigheid op z'n plaats, aangezien het aantal uitzenddagen of te wel de periode tussen de heen- en terugvlucht niet altijd direct iets behoeft te zeggen over de soort/duur behandeling. Dit hangt immers ook samen met de planning van vluchten, welke de laatste jaren ook nog eens steeds lastiger schijnt te worden. Aangenomen kan echter wel worden, dat het bij een uitzendduur van 0 t/m 2 dagen voornamelijk om poliklinische en/of dagbehandelingen gaat (ZVK).

Samengesteld en berekend op basis van gegevens ZVK. Onder poliklinisch staan alle medische uitzendingen gerangschikt met geen (0) uitzend-verpleegdag, onder dagbehandeling met één (1) uitzend-verpleegdag en onder klinisch met twee of meer uitzend-verpleegdagen. Uitzend-verpleegdagen hebben alleen betrekking op de klinische opnamen, dus zijn excl. dagbehandeling. De gemiddelde uitzend-verpleegduur (gvd.) is het quotiënt van (klinische) uitzend-verpleegdagen en (klinische) opnamen. Het aantal bezette bedden is de som van uitzend-verpleegdagen/365 en dagbehandeling/260. Daarbij is dus wel specifiek rekening gehouden met dagbehandeling.

Voor wat betreft de klinische uitstroom wordt daarin ook het totaal aantal uitzend-verpleegdagen aangegeven, alsmede de gemiddelde uitzend-verpleegduur van desbetreffende patiënten. Totaal gaat het in 2013 om meer dan 10.500 dagen (excl. dagbehandeling), hetgeen over alle specialismen heen een gemiddelde uitzend-verpleegduur betekent van ruim acht dagen. Inclusief dagbehandeling resulteert dit een gemiddelde 'bed'-bezetting van meer dan dertig bedden.

Figuur B5.2:



Samengesteld en berekend op basis van basisinformatie ZVK. Voor zover niet van toepassing zijn specialismen niet apart genoemd.

Van hoog naar laag geeft grafiek B5.2 de rangorde van deze bedbezetting naar specialisme met wederom en dus ook niet geheel verrassend oogheelkunde met meer dan drie bedden als koploper. Dit geldt echter tevens voor neurochirurgie, hetgeen vooral te maken heeft met een beduidend langere gemiddeld behandelduur van deze groep patiënten. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld

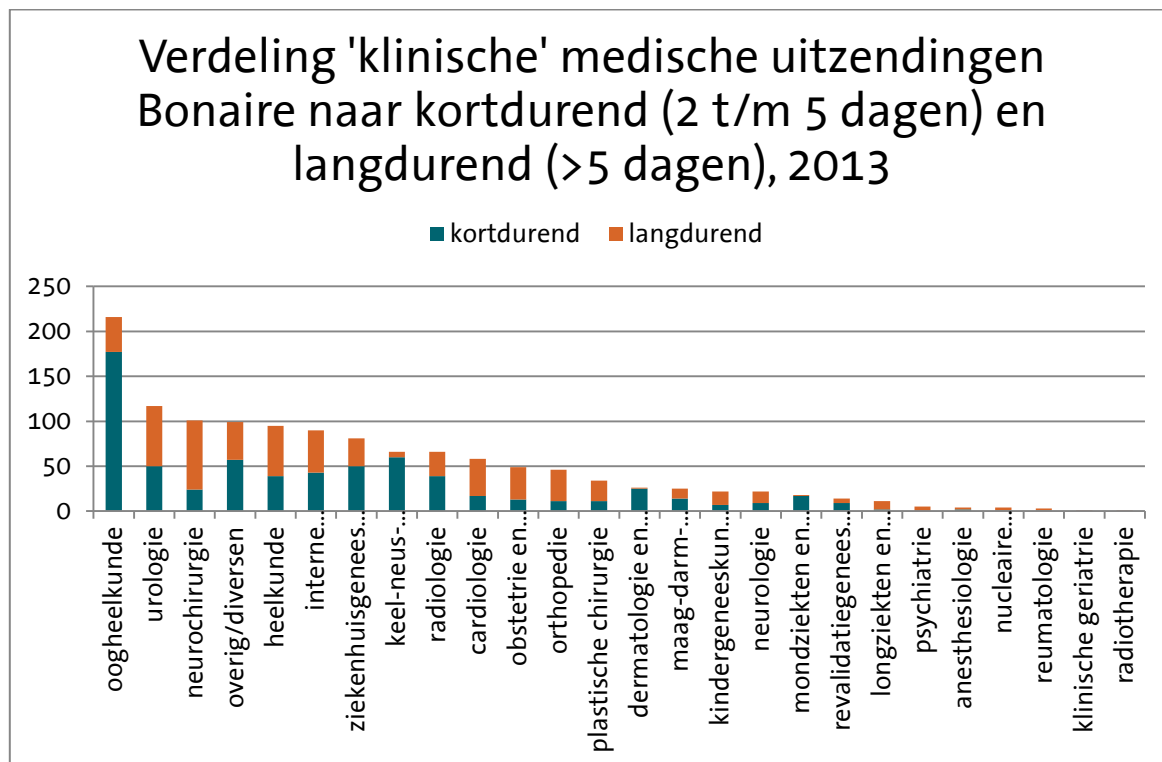
radiologie met een overwegend poliklinisch aandeel medische uitzendingen en die hier dus qua rangorde uiteindelijk wat minder hoog uitkomt. Overigens is bij meer dan de helft van de onderscheiden specialismen extern sprake van een marginale externe bedbezetting van jaarlijks gemiddeld minder dan één bed door Bonairianen. Uit voorgaande tabel en/of grafiek is af te lezen om welke specialismen dit precies gaat.

Kort-langdurend

Voor alle (klinische) medische uitzendingen of te wel de groep van 1.274 'uitstromende' patiënten met een externe verblijfs-verpleegduur van twee of meer dagen (zie tabel B5.2), is nog nader naar het aspect van kort- en langdurend gekeken. Kortdurend is daarbij gedefinieerd als twee t/m vijf dagen (week) en langdurend als zes of meer dagen.

Hieruit komt tevoorschijn, dat met 53% ruim de helft van deze klinische uitstroom als kortdurend (short-stay) kan worden gekenschetst en met 47% iets minder dan de helft als langdurend. Deze verdeling verschilt echter nogal per specialisme, zoals uit grafiek B5.3 valt op te maken. Met zowel absoluut als relatief veel kortdurende medische uitzendingen (cataract/staar) manifesteert oogheelkunde zich daarin als duidelijke koploper. Dit in tegenstelling tot enkele andere specialismen met juist een groter aandeel langdurende uitzendingen, zoals neurochirurgie, urologie, cardiologie, heelkunde en interne geneeskunde. In het licht om welke specialismen dit gaat, betreft dit laatste hoogstwaarschijnlijk de meer complexe patiënten problematiek, die (nog) niet of gedeeltelijk in ziekenhuis FM zelf gediagnostiseerd en/of behandeld kan worden (zie par.2.1).

Figuur B5.3:



Bron: ZVK. Deze groep beperkt zich tot alle medische uitzendingen met een externe uitzend-verpleegduur van twee dagen of meer. Medische uitzendingen met één uitzend-behandeldag zijn hier dus buiten beschouwing gelaten.

Leeftijd

Tenslotte nog kort aandacht voor de leeftijd van deze groep van medische uitzendingen, die zoals tabel B5.3 aangeeft enigszins verschilt met die van de in ziekenhuis FM zelf behandelde patiëntenpopulatie. Bij de 0 t/m 14 jarigen en in het verlengde daarvan de 15 t/m 44 jarigen kan het grotere aandeel in ziekenhuis FM waarschijnlijk voor een belangrijk deel verklaard worden door het feit, dat dit met inbegrip van de levendgeborenen resp. moeders is.

Tabel B5.3: Leeftijdsverdeling medische uitzendingen Bonaire, 2013

	0 t/m 14 jaar	15 t/m 44 jaar	45 t/m 64 jaar	65 jaar e.o.	totaal
absoluut	190	803	1.478	776	3.247
in %	5,9	24,7	45,5	23,9	100%
in % FM	18,1	36,4	24,8	20,7	100%

Samengesteld op berekend op basis van gegevens ZVK en dagbezettingsoverzichten FM (excl. polikliniek).

Bijlage 6: Totale ziekenhuisconsumptie Bonaire per (poort)specialisme, 2013

specialisme	consumptie (incl. uitstroom)		marktaandeel FM (%)	
	polibezoeken	opnamen	polibezoeken	opnamen
anesthesiologie	9	7	0,0	0,0
cardiologie	3.009	148	99,7	55,4
dermatologie en venerologie	500	26	92,8	0,0
heelkunde	2.171	417	98,1	71,0
interne geneeskunde	3.350	469	98,9	65,2
keel-neus-oorheelkunde	193	113	0,0	0,9
kindergeneeskunde	1.475	123	99,8	77,2
Klinische geriatrie		1		0,0
longziekten en tuberculose	650	28	99,8	14,3
maag-darm-leverziekten	4	38	0,0	0,0
mondziekten en kaakchirurgie	70	29	0,0	0,0
neurochirurgie	12	120	0,0	0,0
neurologie	2.430	89	98,0	59,6
nucleaire geneeskunde		4		0,0
obstetrie en gynaecologie	3.311	319	99,8	84,0
oogheelkunde	2.211	347	92,4	0,0
orthopedie	2.689	262	99,8	79,4
plastische chirurgie	54	49	0,0	0,0
psychiatrie	293	16	99,7	62,5
radiologie	329	162	0,0	0,0
radiotherapie	1	2	0,0	0,0
reumatologie	39	3	97,4	0,0
revalidatiegeneeskunde	10	20	0,0	0,0
urologie	691	164	76,3	0,6
verloskundige		274		100,0
ziekenhuisgeneeskunde	23	469	76,5	78,8
overig/diversen	113	165	0,0	0,0
totaal	23.637	3.864	94,3	50,6

De totale consumptie betreft de som van de productie in ziekenhuis FM (zie bijlage 1) en de medische uitzendingen (zie bijlage 5). Het marktaandeel FM geeft aan in hoeverre deze Bonarianen in het eigen ziekenhuis behandeld zijn. Volledigheidshalve wordt aangetekend, dat de twee poortspecialismen cardio-thoracale chirurgie en klinische genetica, hier niet apart staan vermeld. Exacte informatie met betrekking tot deze specialismen ontbreekt, doch hoogstwaarschijnlijk gaat het hier om slechts een (zeer) gering aantal patiënten resp. medische uitzendingen.

Bijlage 7: Productieplanning ziekenhuis FM per (poort)specialisme, 2020

specialisme	polikliniekbezoeken		opnamen		
	2013 feitelijk	2020 planning	2013 feitelijk	2020 minimum	2020 maximum
interne geneeskunde	3.312	4.650	306	560	630
cardiologie	3.001	4.200	82	150	160
longziekten en tuberculose	649	900	4	30	40
reumatologie	38	60		nihil	nihil
dermatologie en venerologie	464	650		30	40
cluster INT	7.464	10.460	392	770	870
heelkunde	2.130	3.000	296	460	510
orthopedie	2.683	3.750	208	290	320
urologie	527	770	1	130	180
oogheelkunde	2.044	2.850		390	430
keel-neus-oorheelkunde		220	1	130	150
mondziekten en kaakchirurgie		70		30	40
cluster HLK	7.384	10.660	506	1.430	1.630
obstetrie en gynaecologie	3.303	4.600	268	370	400
verloskundige			274	380	380
kindergeneeskunde	1.472	2.050	95	130	150
cluster M&K	4.775	6.650	637	880	930
neurologie	2.382	3.350	53	90	100
psychiatrie	292	410	10	10	20
cluster Z&Z	2.674	3.760	63	100	120
radiologie		370		180	190
ziekenhuisgeneeskunde			359	520	610
cluster OND		370	359	700	800
totaal	22.297	31.900	1.978	3.880	4.350

De feitelijke situatie 2013 is conform bijlage 1. Zie voor bron en toelichting aldaar. De productieplanning 2020 is berekend door projectie van de verwachte bevolkingsontwikkeling op de huidige situatie (zie par.3.3). Vooraf is daarbij zowel het marktaandeel als met betrekking tot de uitstroom (medische uitzendingen) het aandeel kortdurende opnamen per specialisme in ogenschouw genomen (zie par.5.2). Waar nodig heeft dit geleid tot een verschuiving van de patiëntenstromen; dit conform de doelstelling, uitgangspunt de eigen bevolking zoveel mogelijk in het eigen ziekenhuis FM te zien en eventueel te behandelen. Aan de poliklinische kant beperk deze mogelijke verschuiving zich tot een viertal specialismen, waarbij in drie gevallen sprake is van een nieuwe situatie, t.w. KNO, mondziekten en kaakchirurgie en radiologie. Het vierde specialisme is urologie om reden van een lager marktaandeel dan 80% (zie bijlage 6). Aan de opnamekant zijn deze verschuivingen veel meer en in de meeste specialismen aan de orde (zie par.5.2 en bijlage 6). Via het gecombineerd in ogenschouw nemen van beide eerder genoemde elementen is met deze mogelijke verschuivingen rekening gehouden. De uitersten staan hier weergegeven als minimum en maximum. Overigens is maag-darm-leverziekten daarbij door de geringe omvang niet als apart specialisme onderscheiden, doch bij het moederspecialisme interne



geneeskunde inbegrepen. Mede om iedere schijn van nauwkeurigheid te voorkomen zijn alle uitkomsten planning 2020 afgerond op een veelvoud van tien.

Referenties/literatuur

Algemene Rekenkamer. Rijksoverheid en Caribisch Nederland: naleving van afspraken. 2011;

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 1. Utrecht, oktober 2013;

Curconsult. Samen verder bouwen. Tweemeting Belevingsonderzoek Caribisch Nederland. December 2013;

Fundashon Mariadal. Medisch specialistische zorg op Bonaire: mogelijkheden en beperkingen. Verslag beleidsconferentie 27 april 2013;

Fundashon Mariadal. Jaarverslag 2013. Bonaire, 11 december 2014;

FWG. Trendrapport Caribisch gebied 2013. Monitor op ontwikkelingen in de zorg. Utrecht, december 2013;

Grievink L. et al. The Bonaire Health Study. ISOG Curaçao, 2002;

Rijksdienst Caribisch Nederland. Eilandgids Caribisch Nederland;

Rijksdienst Caribisch Nederland. Zorgverzekeringskantoor. Informatiebrochure zorgverzekering;

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Op weg naar een volksgezondheidsrapportage voor Caribisch Nederland. RIVM Briefrapport 010016001/2014;

TNO. Bonaire ziekenhuis. Afweging herstructurering bestaande versus nieuwe locatie. Soesterberg, november 2012;

Trix van Bennekom. De tragiek van Bonaire. 2012;

Verrips RW. Evaluatieonderzoek Gezondheidszorg Caribisch Nederland na de transitie, oktober 2010. Naarden, 31 maart 2013;

VUmc/AMC. Pionieren op Bonaire. Jaarmagazine van het BES-project 2011-2012