



Ministerie van VWS
t.a.v. minister T. van Ark
Postbus 20350
2500 AJ Den Haag



Verzenddatum
28 OKT. 2020
Onderwerp

Bijlagen

Uw kenmerk

Ons kenmerk
2685842

Houtskoolschets Acute Zorg - internetconsultatie

Geachte mevrouw Van Ark,

Op 3 juli is de Houtskoolschets acute zorg aangeboden aan de Tweede Kamer en een openbare consultatieronde gestart. In deze brief geven we u een aantal aandachtspunten mee die mede gebaseerd zijn op de ervaringen in Flevoland na het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen, oktober 2018. Deze punten zijn afgestemd met de zes gemeenten binnen onze provincie en Flevolandse Patiënten Federatie; de brief is mede namens deze partners opgesteld. Daarnaast reageren enkele gemeenten separaat vanuit een meer lokale invalshoek en zal vanuit de regionale Zorgtafel in Flevoland een analyse van de geleerde lessen over de afgelopen twee jaar worden opgesteld (faillissement IJsselmeerziekenhuizen - fase toekomstverkenning - 1^e fase zorgtafel).

Heldere schets met herkenbare vraagstukken

De houtskoolschets geeft een heldere en complete schets van de ontwikkelingen en vraagstukken in het acute zorglandschap; complimenten daarvoor. We herkennen de gesignaleerde vraagstukken, maar zien ook dat de (omvang van de) vraagstukken en accenten daarbinnen per regio verschillend zijn. Dit heeft implicaties voor het uitwerken van de oplossingsrichtingen en vraagt aandacht voor maatwerk per regio. In zijn algemeenheid vinden we de GGZ in het acute landschap in deze schets onderbelicht.

Duidelijk is dat de meest complexe acute (multitrauma) zorg - SEH en vooral traumacentra - goed geregeld is, maar dat aan de basis - preventie en acute zorg thuis - nog veel werk aan de winkel is en juist op dat gebied ingrijpende veranderingen worden geschetst. Daar moeten de maatregelen worden genomen om de acute zorg bereikbaar en betaalbaar te houden. Deze veranderingen zijn domein overstijgend en raken niet alleen het gezondheidszorgstelsel, maar ook het sociaal domein. Toekomstbestendige acute zorg vraagt ons inziens aan de basis om een integrale benadering die in overleg met gemeenten, naast aanbieders, zorgverzekeraars en andere betrokkenen, uitgewerkt moet worden. Gemeenten positioneren zich hierin als volwaardige **samenwerkingspartner**. De houtskoolschets beschrijft helder de raakvlakken waar samenwerking de crux is voor succes.

Daarnaast zien we dat de geschetste nieuwe inrichting van de acute zorg de inrichting van het bredere gezondheidszorgstelsel raakt en daarmee niet los kan worden gezien van de nog te verschijnen contourennota waarin stelselvragen en aanpassing van de inrichting van het hele stelsel aan de orde zullen komen. De implicaties van de beschreven ontwikkelingen in deze houtskoolschets zijn daarmee nog niet goed te overzien.

Feitelijke situatie in Flevoland

Vanuit de analyse van beschikbare data willen we een aantal zaken benoemen, voordat we ingaan op inhoudelijk thema's:

- Reistijd is van groot belang voor de acute zorg in Flevoland. Bij gebrek aan acute zorg capaciteit verplaatst de vraag naar de huisarts. De druk ligt dus bij de huisartsen. Het continuüm van zorg is niet compleet en dat legt de druk op een andere plek (huisartsen) dan waar je het zou verwachten (SEH, spoedplein, spoedpoli etc.);
- Demografische ontwikkelingen laten zien dat de vergrijzing doorzet (omdat Flevoland relatief jong is spreken we hier over een dubbele vergrijzing). Hierdoor zal de druk op het bestaande zorglandschap alleen maar toenemen, zeker wanneer er geen mogelijkheid is om de acute zorg goed op te vangen. De demografische ontwikkelingen zijn tevens van invloed op de arbeidsmarkttekorten;
- Tevens blijkt dat er grote tekorten binnen de GGZ zijn in Flevoland. Dit is een belangrijk aandachtspunt, aangezien de GGZ een belangrijk aandeel in het acute zorglandschap heeft.

Acute zorg voorkomen door een sterke basis

We zien dat het (gezondheids)zorgstelsel en het sociaal domein op lokaal en wijkniveau voor vergelijkbare vraagstukken staan waarbij oplossingsrichtingen alleen in samenwerking verder gebracht kunnen worden. Iedereen is het erover eens dat voorkomen beter is dan genezen en dat hiermee de instroom beperkt kan worden. De focus op kwetsbare ouderen hierbij is gezien de vergrijzingsgolf in Nederland ook logisch. Evenals de constatering dat een sterke sociale basis een belangrijke rol speelt bij het gezond en vitaal ouder worden.

We zetten vraagtekens bij het 'gemak' waarmee gesteld wordt dat de gemeenten aan zet zijn. De huidige opgave in het sociaal domein met grote tekorten (nu bij de jeugdzorg en met de vergrijzing straks bij de Wmo) bieden de gemeenten nauwelijks speelruimte om de toegedichte rol op een effectieve manier in te vullen. Er valt inderdaad veel te winnen als de samenwerking tussen sociaal en medisch domein op wijkniveau verder wordt versterkt, maar dat gaat alleen werken als hier goede afspraken over gemaakt worden en de wetgeving/ financiering hierop aangepast wordt. Daar waar het medisch domein ontlast wordt en 'afgeschaald' wordt naar gemeenten, zullen gemeenten daarvoor financieel goed toegerust moeten worden.

In het licht van de doorontwikkeling van het brede stelsel van (gezondheid)zorg en ondersteuning is het raadzaam om de gewenste aanpassingen van de acute zorg als een bouwsteen in een breder geheel te zien. We denken daarbij bijvoorbeeld aan de rol van de wijkverpleging en huisartsen. Zij vormen een belangrijk scharnierpunt tussen zorg gefinancierd uit de Zvw en zorg vanuit de Wmo en Jeugdwet. Samen met de professionals in het sociaal domein zorgen zij voor de basis (acute) zorg dicht bij de inwoners. Als mensen meer thuis acute zorg gaan ontvangen, vraagt dat wat van de eerste lijn gezondheidszorg, de gemeentelijk ingekochte ondersteuning, van de buurt en van het netwerk van de inwoner. Ook als het gaat om **preventie en positieve gezondheid** is een nauwere samenwerking nodig tussen zorgverzekeraar en gemeenten en moet de samenhang tussen de Zvw, Wmo, Ggz en Jeugdzorg beter geregeld worden. Pas als hier een steviger fundament gelegd wordt, kan de acute zorg zich ontwikkelen in de richting zoals die in de houtskoolschets wordt beoogd.

Het ontwikkelen van een **sterke sociale basis** met bijpassende maatschappelijke zorg en ondersteuning vraagt om een lange termijn investering in het sociaal domein; een investering die tot nu toe te beperkt is gebleven en waarvoor het rijk (mede) aan zet is om middelen beschikbaar te stellen. Dit is een onderwerp voor de Contourennota denken wij.

In dit verband wijzen we ook op het **huisartsen tekort** dat zowel landelijk als in een aantal gemeenten/ regio's binnen Flevoland een groeiend probleem is. De vergrijzing en Corona zijn voorbeelden van autonome ontwikkelingen die zorgen voor een steeds grotere druk op de eerste lijn. Tel daarbij op de versoering van het sociaal domein (waardoor huisartsen minder 'kwijt kunnen' in het voorveld), een bovengemiddeld huisartsenbezoek in onze regio en een herinrichting

van de acute zorg die meer zorgverlening in de basis voorschrijft, dan moeten we met elkaar constateren dat investeren in huisartsenzorg één van de belangrijkste prioriteiten is. Dit betekent dat spoedposten en zorgmeldkamers nieuwe stijl geen te grote organisaties worden met te grote afstand tot de huisartsen, maar juist overzichtelijk en ondersteunend aan de eerste lijn.

Een laatste thema is uw oproep om lokaal prestatieafspraken te maken over geschikte woonvormen voor ouderen. Landelijk is er sprake van een groot woningtekort; tegen deze achtergrond is de opgave op het gebied van wonen en zorg extra lastig. Het rijk heeft hier ook een rol en we vragen u hierover in gesprek te gaan met uw collega minister Ollongren van BZK.

Bereikbaarheid van acute zorg in perifere gebieden

Diverse ontwikkelingen bij vooral perifere ziekenhuizen hebben eind vorig jaar geleid tot moties van de Tweede Kamer waarin u bent opgeroepen om meer aandacht te besteden aan bijvoorbeeld de (dreigende) sluiting van SEH bij regionale ziekenhuizen. Wij zien de aanzetten daarvoor, maar constateren ook dat die op onderdelen te kort schieten en een verdergaande uitwerking vragen om daadwerkelijk oplossingen te kunnen bieden voor problemen in de acute zorg in Flevoland. Met name als het gaat om hoog complexe, acuut levensbedreigende zorg waarbij elke seconde telt bij het vervoer naar een volledig uitgeruste SEH-afdeling of traumacentrum.

Het is inderdaad een uitdaging om de ideale balans te vinden tussen zorg dichtbij en zorg van de beste medisch inhoudelijke kwaliteit. De ervaring in Flevoland is dat de beschikbaarheid en bereikbaarheid van hoog kwalitatieve zorg steeds vaker in het geding is als gevolg van de trend tot specialisatie en verhoging kwaliteit. Kostentechnisch is het verleidelijk om de beschikbaarheid van SEH verder te concentreren, maar de ervaring in Flevoland leert dat dit zijn beperkingen kent. U lijkt kwaliteit voor kwantiteit te stellen, maar in levensbedreigende situaties blijft beschikbaarheid (kwantiteit en daarmee toegankelijkheid) cruciaal (zelfs als de kwaliteit daar een beetje bij inschiet, zo leert ons het inwonersperspectief). Dat is een belangrijke constatering in het licht van de keuzes die u voorstelt. Als we meewegen dat veel inwoners de beschikbaarheid van acute zorg in de huidige situatie als te beperkt ervaren, dan kan het niet anders dan dat in de toekomstige situatie er méér acute zorglocaties, zoals de integrale spoedposten, nodig zijn. Voor het doorvoeren van de voorgestelde visie is een betere beschikbaarheid en bereikbaarheid als het gaat om de minder complexe acute zorgfaciliteiten echt noodzakelijk. Bij de nieuwe inrichting van de acute zorg moet ook, meer dan nu, geredeneerd worden vanuit het patiënten perspectief. Regionale meldkamers kunnen daarbij behulpzaam zijn, wanneer het inwoners helpt om direct op de juiste plaats terecht te komen.

In Flevoland wordt ervaring opgedaan met de spoedpoli in Lelystad (St Jansdal) en spoedpost in Emmeloord (St Antonius) en we ervaren dat het wegvallen van een 24/7 SEH afdeling dichterbij niet zomaar gecompenseerd kan worden. De lange reistijden van ambulances in acuut levensbedreigende situaties (acute geboortezorg, cardiologie, vaatchirurgie en neurologie) in deze regio zijn niet uit te leggen en daar moet bij de nieuwe inrichting een oplossing voor worden gevonden. Minimaal moet de beschikbaarheid van ambulances (en in de toekomst wellicht traumahelikopters) structureel goed geregeld zijn.

Een laatste opmerking: het is cruciaal dat vervangend zorgaanbod aan de basis of in het midden van de keten geregeld is, voordat elders in het acute zorgstelsel voorzieningen worden afgebouwd. De ervaring met het faillissement en daarmee plotselinge sluiting van 24/7 SEH in Lelystad is een negatief voorbeeld van hoe het *niet* moet.

Advies Gezondheidsraad over 45-minuten norm in de spoedzorg:

De recente sluiting of afschaling van een aantal SEH's van ziekenhuizen gaf aanleiding tot vragen over de 45-minutennorm. Is er een medisch inhoudelijke onderbouwing om deze norm te hanteren? In het advies van 22 september jl. is gekeken of Nederland wat kan leren van hoe andere landen omgaan met de spreiding van ziekenhuizen. In geen van de landen die de commissie heeft bekeken

wordt een (vergelijkbare) norm gehanteerd voor de spreiding van ziekenhuizen. In alle bekeken landen wordt nagedacht over hervorming van de spoedzorg en het ziekenhuislandschap. De focus ligt, net als in Nederland, op de doorontwikkeling van diagnostiek en behandeling ter plaatse van het incident, en daarnaast op de juiste zorg op de juiste plaats.

De commissie adviseert dan ook om de invulling van een spreidingsnorm in een bredere context te zien en bij de spreiding van ziekenhuizen naast tijd ook te kijken naar de benodigde expertise in ziekenhuizen en regio's. Voldoende capaciteit van zorgprofessionals, ambulances en voorzieningen in ziekenhuizen is daarbij een punt van aandacht. Hier moet ook rekening gehouden worden met andere factoren die de spoedzorgketen en zo de gezondheidsuitkomst van de patiënt beïnvloeden, zoals nieuwe mogelijkheden op het gebied van diagnostiek en behandeling ter plaatse van het incident. Ook de samenwerking met huisartsen(posten), verloskundigen, professionele hulpverleners van bijvoorbeeld brandweer en politie die vaak het eerst ter plaatse zijn (first responders) en burgerhulpverleners kan de spoedzorgketen versterken.

Wij concluderen hieruit dat er nog veel nodig is om een eenduidige spreiding van SEH's objectief te kunnen onderbouwen en dat dit nog veel (integrale) aanpassingen vraagt 'lager' in de acute zorgketen. Daarom benadrukken we nog een keer: totdat vervangend aanbod goed ingeregeld is, is het - zeker in perifere gebieden - onverantwoord nog meer SEH's te sluiten of het aanbod te verschraken.

Helder is dat de 15 minutennorm gehandhaafd blijft en dat het gegeven dat binnen 15 minuten na ontvangst van een spoedmelding een ambulance ter plaatse is bij de patiënt en met de behandeling kan starten, gegarandeerd is. Voor Flevoland met een aantal perifere gemeenten/ woonkernen benadrukken we nogmaals het belang van de beschikbaarheid van voldoende ambulances (in de toekomst zo nodig aangevuld met traumahelikopters).

Spreiding van integrale spoedposten

Aanvullende op bovenstaande: Juist in perifere gebieden waar volledige spoedeisende hulp (24/7) al op grotere afstand ligt is de nabijheid van integrale spoedposten heel erg belangrijk. Integrale spoedposten (spoedpleinen) hebben een spilfunctie in de zorg tussen de eerste lijn en de specialistische zorg en daar moeten geen schotten tussen zitten. Huisartsen, SEH-artsen, GGZ en Specialisten ouderenzorg moeten gezamenlijk zich verantwoordelijk voelen voor de hulpvrager. Dit aangevuld met voldoende capaciteit van ambulances (en in de toekomst inzet van traumahelikopters).

Eenduidige toegang voor inwoners

We kunnen niet genoeg benadrukken dat een eenduidige toegang essentieel is voor onze inwoners. Het onderscheid tussen huisartsenposten, spoedposten, spoedpoli's of volledige SEH; waar je moet zijn voor wat, wanneer wat open is en hoe daar te komen is voor de gemiddelde inwoner nu erg ondoorzichtig. We zijn positief over de ontwikkeling naar integrale spoedposten met één integraal spoedplein waar de patiënt terecht kan voor zowel acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en laagcomplexere, niet levensbedreigende acute medisch specialistische zorg. Ook de specialist ouderengeneeskunde is hierbij onmisbaar en moet goed bereikbaar zijn. Het is daarbij belangrijk dat in perifere gebieden deze integrale spoedposten 24/7 open zijn.

In dit verband vraagt de invoering van een landelijk nummer voor niet levensbedreigende acute zorg naast het bekende 1-1-2 voor levensbedreigende spoed een zorgvuldig invoeringstraject en communicatie. Qua systematiek en werkwijze zal de afstemming en onderlinge doorverwijzing tussen het landelijke 1-1-2 nummer en de regionale zorgmeldkamers waar triage/ doorverwijzing plaats vindt voor niet levensbedreigende acute zorg perfect geregeld moeten worden. We vragen ons hierbij af of het niet simpeler kan (moet). We denken dat het onduidelijk is voor mensen als je 112, 0900-8844 en nu een derde nummer moet onthouden en hiertussen onderscheid maken. Vooral als je bedenkt dat er voor acute ernstige psychische nood (suicide) ook een apart nummer is - 113.

Tenslotte

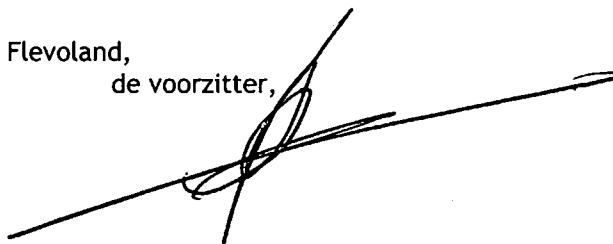
We zijn blij met deze voorzet en noodzakelijke aandacht voor een goede, toegankelijke en betaalbare acute zorg in de (nabije) toekomst. Ook zijn we benieuwd hoe de inzichten uit de huidige Covid-19 crisis worden gebruikt om de organisatie van de acute zorg te verbeteren.

In uw brief aan de Tweede Kamer geeft u aan naast de consultatieronde ook het land in te gaan om het gesprek in de regio te faciliteren en in gesprek te gaan met iedereen die mee wil denken. We willen u uitnodigen ook een keer aan te schuiven bij de regionale Zorgtafel in Flevoland om u te laten voeden met de ervaringen van een breed spectrum aan zorgpartijen, overheden en patiënten/inwoners als het gaat om acute zorg.

Hoogachtend,

Gedeputeerde Staten van Flevoland,
de secretaris,

de voorzitter,



A.C. van Rhee - L. Verbeek