

Geacht ministerie,

U biedt belanghebbenden de mogelijkheid te reageren op de houtskoolschets Acute Zorg. De gemeente Stadskanaal maakt hierbij gebruik van deze mogelijkheid.

Het Refaja Ziekenhuis is vanaf januari 2020 getransformeerd van een 24/7 ziekenhuis tot een dag/weekziekenhuis waarin geen acute zorg voor levensbedreigende situaties meer wordt verleend. Er is wel een basisspoedpost gerealiseerd voor de niet levensbedreigende acute zorgvragen. Daarmee is bij ons reeds geanticipeerd op (delen) van de houtskoolschets.

Tijdens dit proces zaten wij als gemeente op het vinkentouw. Samen met de gemeenten Lelystad en Hoogeveen zijn aan minister Bruins (per brief d.d. 18 april 2019) onze zorgen kenbaar gemaakt over het verdwijnen van o.a. de acute verloskunde en spoedeisende hulp in onze ziekenhuizen. Ook zijn aanbevelingen gedaan over wat o.i. nodig is om de (acute) zorgvraag ondanks deze veranderingen op te vangen in perifere gebieden, nu en in de toekomst. Minister Bruins, heeft ons op 4 september 2019 laten weten (brief met kenmerk nr. 1521510-189870-CZ) onze notitie ter harte te nemen bij het opstellen van de houtskoolschets voor de acute zorg. Onze reactie moet u dan ook zien als een aanvulling op onze brief van 18 april. Voor de volledigheid voegen we daarom deze eerdere brief/notitie toe bij onze reactie op de houtskoolschets. Onze daarin beschreven zorgen en aanbevelingen zijn namelijk, in een context van bezuinigingen, krimp, en de sociaaleconomische situatie van onze regio helaas nog steeds actueel.

In de houtskoolschets beschrijft u de gehele SEH-keten met daarin de verbinding met het sociaal domein, met name in de pijlers 1 en 3. De beoogde samenwerking en integraliteit met het gemeentelijke sociale domein ondersteunen wij van harte. Dit komt de kwaliteit van de acute zorg ten goede. Wij zijn dan ook benieuwd op welke wijze u gemeenten en burgers gaat betrekken bij deze opgaven. Temeer omdat, mede door de corona crisis, blijkt dat private ondernemingen (zoals ziekenhuizen) zonder vooroverleg met publiek geld gefinancierde taken (zoals de basisspoedzorg) zomaar tijdelijk kunnen stoppen zonder dat de burgers (de gemeente) er iets aan kunnen(kan) doen. Wij spreken hierover onze verontrusting uit.

Onze opmerkingen over de houtskoolschets, aanvullend op onze brief van 18 april 2019:

Pijler 1 (Voorkomen van acute zorg) en Pijler 3 (Meer Acute Zorg thuis organiseren)

- In deze 2 pijlers komt het sociaal domein van gemeenten nadrukkelijk in beeld om de ambities te realiseren. Voldoende aanbod aan ondersteunende voorzieningen zijn naar onze mening voorwaarden voor goede preventie en om acute zorg meer bij huis te kunnen organiseren. De noodzaak tot goede preventie en de behoefte aan voldoende voorzieningen is groot in een sociaaleconomische zwakke regio met een bovengemiddelde laaggeletterdheid, slechte gezondheid en gezondheidsvaardigheden, en sterke vergrijzing. Maar de werkelijkheid laat zien dat er sprake is van een afnemend voorzieningenniveau en er is geen financiële ruimte meer bij gemeenten om te investeren in het sociale domein. Als de verschuiving plaats gaat vinden naar meer preventie en naar meer acute zorg thuis dan moeten hiervoor wel eerst de randvoorwaarden worden geregeld. Wij lezen in de houtskoolschets niet of /op welke wijze gemeenten daarvoor de mogelijkheden krijgen.
- In onze regio staat de arbeidsmarktsituatie de ontwikkeling naar meer acute zorg thuis in de weg. Huisartsenopvolging blijkt bij ons zeer moeizaam te realiseren en er is een tekort aan specialistische wijkverpleging, psychiaters en specialistische (geriatrische)

ouderenzorg. Een goede basis met voldoende professionals is randvoorwaardelijk voor solide huisartsenzorg, het inrichten van een geïntegreerde spoedpost en voor het organiseren van meer acute zorg thuis. De houtskoolschets maakt niet duidelijk hoe u deze randvoorwaarde gaat realiseren en hoe u de gemeenten en zorgverzekeraars hierin gaat ondersteunen.

- Om de ambities in pijler 1 en 3 te realiseren bepleit u versterking van de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein waaronder het betrekken van gemeenten bij de veranderingen. Dit kunnen we alleen maar ondersteunen. Wij participeren al jaren in de daarvoor ingerichte bestuurlijke en ambtelijke samenwerkingsverbanden in onze regio. Echter, ook hier spelen de beperkte financiële onmogelijkheden van gemeenten om preventie van acute zorg goed vorm te geven of om medewerkers uit het sociale domein in te zetten bij acute zorg thuis. Een concreet voorbeeld in dit kader van preventie: in een bovengemiddeld vergrijsd gebied zou een masterplan valpreventie voor ouderen ter voorkoming van acute zorgvragen erg goed passen. De wil om dit te realiseren is er wel, maar de financiële mogelijkheden om dit structureel en duurzaam in te richten ontbreken hiervoor helaas.

Pijler 3 (Meer Acute Zorg thuis organiseren)

- Om 'slimme' zorg bij acute zorgvragen in te kunnen zetten is het o.i. noodzakelijk om in te zetten op het versterken van digitale (gezondheids)vaardigheden van professionals en onze inwoners. De huidige populatie ouderen is hierop nog lang niet aangesloten. Terwijl daar wel de meeste acute zorgvragen liggen. Hoe denkt u dit vraagstuk in een vergrijsd gebied waar de laaggeletterdheid hoog en digitale vaardigheden laag zijn is op te lossen?
- Wij missen een belangrijk onderdeel in uw houtskoolschets. Het maakt in Nederland namelijk uit waar je woont hoe je overlevingskansen zijn bij een hartstilstand. Als de acute zorg meer op afstand is neemt het beroep op zelfredzaamheid van burgers toe. Dit is het geval in plattelandsregio's. De eerste 6 minuten zijn bij een hartstilstand letterlijk van levensbelang. De zelfredzaamheid in landelijk gebied is echter veel lastiger te organiseren dan in stedelijke kernen en in toeristische gebieden met veel voorzieningen. Landelijk wordt uitgegaan van minimaal 1 % burgerhulpverleners en streeft men naar minimaal 25 % overlevenden na een hartstilstand. Dat wordt in onze regio helaas niet gehaald. Een oplossing hiervoor is een dekkend aantal AED's realiseren, voldoende burgerhulpverleners opleiden, nazorg en support te bieden en daarin een verbeterde aansluiting op de meldkamers realiseren. Dit verhoogt de zelfredzaamheid, voorkomt gezondheidsschade na een hartstilstand, verhoogt de overlevingskansen. De kosten hiervan zijn in verhouding tot de totale kosten voor acute zorg zeer laag. Voor gemeenten zijn deze echter niet op te brengen. Wat opvalt is dat in uw visie op de acute zorg met geen woord gerept wordt over de noodzaak tot het realiseren (en financieren) van een dekkend aantal AED's en burgerhulpverleners. Iets wat met name in rurale gebieden waar het voorzieningenniveau laag is letterlijk van levensbelang is. Wij vragen hiervoor uw nadrukkelijke aandacht.

Pijler 4 (Integrale spoedposten realiseren) en pijler 5 (Hoog complexe en levensbedreigende acute zorg centraliseren)

- De complexe levensbedreigende acute zorg is in Zuidoost Groningen inmiddels conform pijler 5 op afstand gekomen en in Stadskanaal is in het Refaja ziekenhuis conform pijler 4 een basisspoedpost voor de niet levensbedreigende acute zorg gerealiseerd, met beperkte openingstijden. Deze basisspoedpost is echter nog niet geïntegreerd met de

huisartsenpost, en onvoldoende aangesloten op de acute ouderenzorg en de GGZ. Triage vindt nog gedifferentieerd plaats. Met andere woorden: hier is nog een efficiency-, kwaliteits- en integraliteitsslag te maken. De vraag is hoe u het proces bij ons zodanig gaat bijsturen en faciliteren dat het beoogde doel wordt gerealiseerd. Daarbij willen wij benadrukken dat hiervoor wel voldoende tijd en capaciteit nodig is. Het is een hele exercitie om consensus te krijgen op een andere organisatie van zorg.

- Wij zouden graag zien dat er in Stadskanaal in het verlengde van de maatregelen die vorig jaar onder druk zijn getroffen spoedig wordt gestart met het verder doortonwikkelen van de plannen voor een integrale spoedzorgpost. Dit zou de kwaliteit van de acute zorg in onze regio ten goede en daarmee ook de aantrekkelijkheid om hier te komen werken voor professionals.

Tot slot:

Wij hebben de afgelopen jaren mogen ervaren dat veranderingen in de ziekenhuiszorg een grote impact hebben op de samenleving. Goede bereikbaarheid en kwaliteit van de (acute) ziekenhuiszorg raken namelijk direct het veiligheidsgevoel van burgers, zeker in landelijk gebied waar de bereikbaarheid en mobiliteit slecht is en de beschikbaarheid van allerlei voorzieningen onder druk staat. Wij hebben ervaren hoe belangrijk het is dat gemeente vanaf het begin betrokken wordt bij de veranderingen in de zorg. We adviseren u dan ook met klem om bij de (verdere) implementatie van de veranderingen gemeenten en burgers vanaf het begin goed aan te sluiten.

Met vriendelijke groet,

Namens het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Stadskanaal,

R.H.L. Broens
Beleidsadviseur Maatschappelijke Zaken
Gemeente Stadskanaal

Bijlage bij de reactie op houtskoolschets

Zorgen door het verdwijnen van spoedeisende hulp bij perifere ziekenhuizen

18 april 2019

Diverse gemeenten hebben op dit moment te maken met het geheel of gedeeltelijk verdwijnen van de spoedeisende hulp (SEH) nabij. Een faillissement van perifere ziekenhuizen -of een transformatie ter voorkoming daarvan – verandert de inrichting van de acute zorg binnen een regio drastisch. Dit levert diverse problemen en onveilige situaties op voor inwoners, zorgprofessionals en een gemeente als geheel. Aanpassingen in de bestaande structuren zijn geen oplossing. Er zijn fundamentele veranderingen nodig in de manier waarop we in Nederland nu werken met acute zorg. Onder andere de gemeenten Stadskanaal, Hoogeveen en Lelystad ervaren op dit moment de (dreigende) gevolgen van het verdwijnen van een SEH nabij. Hieronder geven zij gezamenlijk een toelichting op de zorgen die zij hebben voor de gezondheid en veiligheid van hun inwoners. Ook benoemen ze datgene wat nodig is om de (acute) zorgvraag wel goed op te vangen; nu en in de toekomst.

Ontoegankelijkheid leidt tot meer zorgmijding

Kwalitatief goede en toegankelijke medisch specialistische zorg is niet alleen van belang bij een acute zorgvraag, maar werkt door op de gezondheid van inwoners in het algemeen (LaLonde,1974). De drie genoemde gemeenten hebben allen een grote groep kwetsbare inwoners; meer mensen met een lager sociaal economische status, slechtere gezondheid, beperkte gezondheidsvaardigheden, meer laaggeletterdheid dan landelijk gemiddeld. Het is bekend dat gezondheidsproblemen en chronische aandoeningen meer voorkomen onder kwetsbare groepen, waardoor zij vaker een beroep doen op zorg. Wij zien dit terug in de gezondheidsmonitors van de GGD's. Ook is bekend dat deze groep kwetsbare inwoners vaker zorg uitstelt (zorgmijding); onder andere vanwege financiële redenen, problemen rond het vervoer en/of onderschatting van het risico op de gezondheid. Dit is exact wat er nu in Lelystad wordt gezien waar de SEH inmiddels is gesloten; de omliggende SEH-posten zien een forse toename in het aantal patiënten met complexere acute problematiek, ten opzichte van de situatie vóór het wegvallen van de 24/7 SEH in Lelystad. Zonder tegenmaatregelen vrezen Stadskanaal en Hoogeveen met de aankomende sluiting van de SEH in hun ziekenhuizen een soortgelijk effect.

Hoge kwaliteitsnormen zorgen voor grote verschillen in de bereikbaarheid van acute zorg

De nieuwe kwaliteitsnormen voor de acute zorg in ziekenhuizen in combinatie met personele schaarste zijn niet haalbaar en niet betaalbaar voor de streekziekenhuizen. Daar gaat de SEH verdwijnen. In sociaal zwakke regio's met een slechte infrastructuur voor (openbaar) vervoer /mobiliteit komt de SEH post daarmee op afstand te staan. Volgens het theoretisch model voor de spreiding van acute zorg zouden inwoners binnen 45 minuten in een ziekenhuis kunnen zijn. Maar in de praktijk blijkt dit niet haalbaar voor inwoners van de genoemde gemeenten. In Lelystad loopt de totale ritduur van een ambulance op tot gemiddeld 50 minuten en voor Urk is dit zelfs meer dan één uur. Ook in Hoogeveen en Stadskanaal is men langer onderweg. Zonder passende maatregelen ontstaan in ons land grote verschillen in de bereikbaarheid van de acute zorg. Daarmee wordt het veiligheidsgevoel van onze inwoners ernstig aangetast.

Arbeidsmarkt

Veranderingen in de acute zorg keten moeten gepaard gaan met een kwaliteitsslag waardoor het voor medisch personeel (verpleegkundigen, huisartsen, specialisten, etc.) aantrekkelijk is en wordt om in de regio te willen werken.

Wat is minimaal noodzakelijk?

- Kijk regionaal hoe Spoedeisende Zorg in de regio het beste georganiseerd moet worden. Steeds minder ziekenhuizen kunnen aan de hoge kwaliteitseisen voor een SEH voldoen. Er is een fundamentele verandering nodig in de wijze waarop een SEH wordt ingericht en acute zorg wordt aangeboden. Naast kwaliteit zijn ook bereikbaarheid en toegankelijkheid -voor alle inwoners- belangrijke aandachtspunten.
- Er moet een mogelijkheid komen om meer gedifferentieerd en regionaal naar acute zorg en SEH te kijken en daarop acute zorg, die dichtbij inwoners nodig is, te organiseren. Kijk naar innovatieve modellen van spoedzorg, waarbij Spoedeisende hulp, Huisartsenpost (HAP), wijkverpleging, ambulancedienst, vvt-sector en ggz samenwerken, coördineren en afstemmen om de regionale capaciteit en mensen en middelen zo goed mogelijk in te zetten. Zodat patiënten op het juiste moment op de juiste plaats door de juiste zorgprofessional worden beoordeeld.
- Stap over op een regionale inrichting, aansturing en financiering voor de integrale acute zorg.
- Voorkom onnodige ambulanceritten door te investeren aan de voorkant in hoog opgeleide professionals. Daarmee blijft er voldoende ambulancezorg beschikbaar voor werkelijke noodzakelijke acute zorg. Inzet van onervaren krachten vormt een risico. Daar waar de faciliteiten het minste zijn, moeten de meest ervaren en hoogst opgeleide professional ingezet, anders krijg je dit weer ergens anders of op een ander tijdstip in de keten terug.
- Zorg voor beschikbaarheid en samenwerking met de traumahelikopter (MMT: Mobiel, Medisch Team) voor noodzakelijke medische ondersteuning van de ambulanceverpleegkundige bij acute levensbedreigende situaties.
- Zuidoost Groningen en Hogeveen behoren tot de meest vergrijsde gebieden van Nederland. In Lelystad zal het aantal inwoners van 80 jaar en ouder verdrievoudigen in de komende jaren. De grijze druk is enorm. Veel ouderen beschikken niet over eigen vervoer. Draag zorg voor een Huisartsenpost met een specialist ouderengeneeskunde in de nabijheid, en gespecialiseerde verpleegkundigen SEH en/of ouderenzorg die 24/7 acute zorgvragen kunnen beantwoorden.
- Draag zorg voor een 24/7 apothekersfunctie waardoor voorkomen wordt dat cliënten in de nacht een uur heen en een uur terug moeten rijden naar de stad om noodzakelijke medicatie op te halen.
- Zorg voor een dekkend en toereikend aantal AED's die ook in de avond/nacht bereikbaar zijn in alle buurten en wijken en leidt de vrijwilligers op die hiermee kunnen werken.