

Aan:
Het Ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport,
De Minister voor Medische Zorg en Sport
Mevrouw Tamara van Ark

Groningen, 21 december 2021

Geachte mevrouw van Ark,

De houtskoolschets acute zorg is een inspirerend document, dat uitdaagt om er op te reageren en reflecteren. Deze reactie is geschreven vanuit de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, in een perifere regio: de provincie Groningen.

Die samenwerking van gemeenten en zorgverzekeraars is wenselijk omdat zij een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor de gezondheid van hun inwoners en verzekerden. Gemeenten vanuit het taken op het gebied van publieke gezondheid en preventie; zorgverzekeraars vanuit hun plicht om medische zorg beschikbaar en bereikbaar te houden; medische zorg die mensen helpt om zo lang mogelijk gezond en zelfstandig te leven.

Die samenwerking is ook noodzakelijk omdat de zorgvraag van inwoners zich niet houdt aan de grenzen tussen de verschillende wetten en stelsels. Gemeenten, zorgverzekeraar en zorgkantoor moeten er samen voor zorgen dat er een pakket passende zorg en ondersteuning geboden wordt aan inwoners die dat vanwege problemen met hun gezondheid of welbevinden nodig hebben: de juiste zorg op de juiste plaats.

De omgeving die deze reactie kleur geeft is de provincie Groningen. Een regio met een groot contrast: enerzijds de stad Groningen, met al zijn kennisinstellingen en met zorgaanbieders die het hele spectrum bestrijken, van basiszorg tot topzorg in een academisch ziekenhuis. Daaromheen het Ommeland, waar de bevolking krimpt als gevolg van vergrijzing en ontgroening, waar inwoners met een lage SES zo'n 8 jaar korter in gezondheid leven dan andere Nederlanders. Een regio waar in potentie de meeste gezondheidswinst te halen valt, maar waar het moeilijk scoren is omdat er zoveel gezondheidsbelemmeringen zijn die tegelijk aangepakt moeten worden: levensstijl, armoede, schulden, laaggeletterdheid, opvoedings- en gezinsproblematiek.

Vanuit deze context nodigt de houtskoolschets uit tot een reactie en een aantal adviezen, als aanvullend perspectief op een visie voor het toekomstige acute zorglandschap die we in hoofdlijnen kunnen onderschrijven.

1. Kijk vanuit de inwoners.

De houtskoolschets is vooral een schets van het zorglandschap. We zien minder hoe de bewoners in dat landschap de acute zorg ervaren en welke reis zij afleggen met hun zorgvraag. Het maakt verschil of je een patiëntreis in de 3^e persoon enkelvoud beschrijft, alsof je naar iemand in een film kijkt, of dat die in de 1^e persoon enkelvoud geschreven is, als monologue intérieur.

Vanuit zorgaanbieders en beleidsmakers gezien is het landschap misschien goed te overzien en is acute zorg altijd en overall beschikbaar als dat nodig is. Vanuit het perspectief van de inwoner/patiënt, is informatie niet altijd beschikbaar en begrijpelijk, is niet altijd duidelijk waar je moet zijn en wanneer. Zeker als je niet hoogopgeleid bent, een informatieachterstand hebt of niet digitaal vaardig bent.

Daarnaast zijn er materiële belemmeringen: hoe kom je 's avonds op de dokterspost of de spoedeisende hulp als je geen auto hebt, er geen openbaar vervoer rijdt, je geen taxi kunt betalen of zelfs niet de benzine voor de buurman die misschien wil rijden. Serieuze materiële en psychologische obstakels in deze provincie met nog maar 1 compleet ziekenhuis buiten de stad Groningen, met reisafstanden tot 50 kilometer enkele reis, met veel inwoners met een lage SES. Belemmeringen op het gebied van financiën, mobiliteit en kennis leiden vaak tot zorgmijding. Zorgmijding drijft de kosten van acute medische zorg op en verlaagt de opbrengst omdat al aangerichte gezondheidsschade inmiddels niet meer valt te herstellen. Daarom pleiten we er voor om bij het herontwerp van de acute zorg steeds te zorgen voor een complementair perspectief: tegenover het systemische beeld vanuit de aanbieders staat het beeld zoals de (minder bevoorrechte) inwoner dat ziet en ervaart (ten tijde van Covid zagen we een grote vraaguitval van planbare zorg. Veel patiënten maakten op dat moment de keuze geen gebruik te maken van zorg, ook als die wel veilig en beschikbaar was, met meer gezondheidsschade op een later moment als gevolg).

Als je vanuit het perspectief van de eindgebruiker een zorgroute ontwerpt snapt de gebruiker beter hoe het werkt en is de kans groter dat de zorg zoals die bedacht is in de praktijk ook terecht komt bij degene die de zorg nodig heeft.

2. Meer aandacht voor acute GGZ

De houtskoolschets geeft veel aandacht aan de acute zorg bij levensbedreigende aandoeningen, maar houdt het bij 1 paragraaf van 17 regels tekst over de acute GGZ. Terwijl de impact van acute psychiatrische problematiek groot is, zowel voor de patiënt als voor de omgeving. De gezondheidsschade door psychisch lijden kan ernstig zijn, langdurig of zelfs levenslang. De impact op de omgeving, zowel de naasten als de samenleving kan eveneens groot zijn.

Acute GGZ is nu schaars, vooral buiten kantoortijden en vaak moeilijk bereikbaar. Daarom ondersteunen we het idee om acute GGZ aan te bieden op dezelfde locaties als spoedzorg. Hoe dichterbij huis acute GGZ aan iemand in een crisissituatie geboden kan worden, hoe groter de kans op herstel en op het behoud van binding met de sociale omgeving. Bij voorbeeld door de snelle beschikbaarheid van respijtzorg of een gespecialiseerd wijkverpleegkundige, waardoor een verwarde oudere thuis kan blijven slapen in plaats van opgenomen te moeten worden.

We zouden het waarderen als in de verdere uitwerking van de houtskoolschets er evenveel aandacht besteed wordt aan de acute zorg bij geestelijke problematiek als aan de acute zorg die nodig is bij een falend lichaam.

3. Investeren in gezondheid

De houtskoolschets ademt dat gezondheid een product is. Een gezondheidsproduct dat verkrijgbaar is bij het gezondheidscentrum (de zorgsupermarkt, maar als het acuut nodig is wordt het zorgproduct door een ambulance aan huis bezorgd, net als de koerier een pakje aflevert. Zouden we niet toe willen naar de notie dat gezondheid een duurzaam kapitaalgoed is waar je als eigenaar een leven lang in investeert: door leefstijl, gedrag, door gezonde keuzes te maken. Een investering die net als een goed onderhouden huis op latere leeftijd zijn vruchten afwerpt, in de vorm van meer gezonde jaren, langer behoud van de kwaliteit van leven.

Een aantal knelpunten in de organisatie van de acute zorg die de houtskoolschets beschrijft, worden uitvergroet in een perifere regio als Groningen:

4. Investeren in professionals

De personele tekorten in de zorg zijn in heel Nederland groot, maar in Groningen nog groter, als gevolg van ontgroening en vergrijzing en als gevolg van het imago van vooral Oost- en Noord-Groningen. In de GGZ is de provincie Groningen de op 1 na slechts scorende regio van Nederland, afgemeten in overschrijding van de Treeknorm. En dat is niet iets van de laatste tijd, dit is al jaren het geval. Om huisartsen of psychiaters te verleiden om in Drenthe of Groningen te komen werken, worden er weekendarrangementen met proefwonen en excursies langs huisartsenpraktijken georganiseerd. Dat is nodig, omdat ook de partner of het gezin bereid moet zijn om zich in deze regio te vestigen (en zij hun loopbaan op een vergelijkbaar niveau voort moeten kunnen zetten). De schaarste aan medische professionals als huisartsen en psychiaters maakt dat zij hier vaker ingeroosterd moeten worden voor avond/nacht/weekenddiensten dan in regio's waar meer collega's beschikbaar zijn om het rooster in te kunnen vullen. Dat maakt het extra lastig om vacatures voor deze functies in te vullen.

5. Houd de zorg financieel gezond

In een perifere en dunbevolkte regio is het ingewikkeld om een instelling voor medische zorg financieel gezond te houden. In de reguliere (planbare) zorg valt minder omzet te behalen die financiële ruimte geeft om de acute, onplanbare zorg etmaalrond te kunnen garanderen. Dat zagen we eerder bij het Refaja Ziekenhuis in Stadskanaal. Kort geleden werden we in Groningen opgeschrikt door de berichten over ernstige financiële problemen bij het Ommelander Ziekenhuis in Scheemda, het enig overgebleven ziekenhuis in de provincie buiten de stad Groningen. Een ziekenhuis dat onmisbaar is om als inwoner van Oost-Groningen in een levensbedreigende situatie op tijd de SEH te bereiken.

6. Voorkomen is altijd beter

Acute medische zorg is per definitie dure zorg, vooral in een dunbevolkte regio waar die zorg wel permanent beschikbaar moet zijn, terwijl de frequentie waarin er een beroep op wordt gedaan laag is. Daarentegen is de gezondheidswinst beperkt in verhouding tot de kosten, omdat acute zorg vooral gericht is op beperking of herstel van gezondheidsschade. Alle partijen in het zorglandschap realiseren zich dat er met dezelfde euro's in onze provincie meer gezondheidswinst valt te boeken door in te zetten op preventie dan door het aanbieden van meer curatieve zorg. Op het gebied van collectieve, preventieve en geïndiceerde preventie zouden we veel meer gezondheidswinst kunnen behalen wanneer we zowel de inrichting van het gezondheidslandschap als de budgetten verregaand zouden kunnen ontschotten. Landelijke regelgeving staat dat in de weg.

Daarom hebben we in Groningen een brede preventiecoalitie gevormd: het Preventie Overleg Groningen. Zorgaanbieders, kennisinstellingen, zorgverzekeraar, GGD, gemeenten en provincie werken hier, vanuit principes van positieve gezondheid, healthy ageing en health in all policies aan meer gezonde jaren voor alle Groningers. Juist in een overzichtelijk gebied als de provincie Groningen zouden we kunnen laten zien wat een grootschalig experiment in ontschotter zorg en preventie oplevert aan bespaarde kosten voor acute zorg en winst in termen van levenskwaliteit en gewonnen jaren.

7. Kijk ook over de grens

Wat wel vanzelfsprekend lijkt maar het niet is, is dat het perspectief van deze houtskoolschets niet verder reikt dan de landsgrens. Vanuit de inrichting en financiering van het zorgstelsel misschien vanzelfsprekend, maar in een provincie die grenst aan Duitsland, met zijn goede zorginfrastructuur, met een aantal ziekenhuizen die een paar kilometer over de grens liggen, met universiteiten in Oldenburg en Bremen waar RUG en UMCG nauwe banden mee onderhouden zou samenwerking en afstemming, vooral vanuit het belang en

het perspectief van de inwoner en patiënt vanzelfsprekend moeten zijn. Juist voor de acute zorg zouden we voor Groningen en Nedersaksen een grensoverschrijdende zorgregio kunnen ontwerpen. Wat op het gebied van brandweezorg gelukt is (door verloopstukken tussen Duitse en Nederlandse brandslangen te maken en mobiele communicatie op dezelfde frequenties te zetten), zou ook op het gebied van acute gezondheidszorg veel voordeel kunnen brengen, aan beide zijden van de landsgrens. Zeker in een situatie waarin elke seconde telt, kan een korte rit naar een ziekenhuis vlak over de grens het verschil maken.

8. Goede en nabije zorg in de wijk kan veel leed voorkomen

Het beleid is er op gericht om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen. Als dat kan, geeft dat ouderen een hogere kwaliteit van leven, vraagt het minder inzet van schaars personeel in de zorg, bespaart het hoge kosten voor intramurale zorg. Langer zelfstandig wonen vraagt wel meer van de omgeving, zelfstandig wonende kwetsbare inwoners leunen meer op mantelzorgers. Als gevolg van vergrijzing en ontgroening zal het per kwetsbare oudere aantal potentieel beschikbare mantelzorgers halveren. Kwetsbare inwoners die langer zelfstandig blijven wonen, met mantelzorgers die schaarser, ouder, kwetsbaarder worden vergroot de kans op een acute crisissituatie die vraagt om acute zorg.

Om dergelijke situaties zo veel mogelijk te voorkomen, is een fijnmazig netwerk van zorg op wijkniveau nodig. Door een intensieve samenwerking van huisarts, wijkverpleging, sociaal wijkteam en GGZ in de wijk zijn ouderen in beeld, is advanced care planning mogelijk en zijn crisissituaties te voorkomen. Daarvoor is het nodig dat deze zorgverleners ruimte en tijd hebben voor multidisciplinair overleg en dat het aantal zorgverleners in een wijk beperkt is. Terug naar het beeld van de wijkzuster die door de wijk fietst, die de ouderen kent, weet wat er achter de voordeur speelt en door iedereen gekend wordt. Marktwerking (aanbestedingsprocedures, open house constructies) in de wijkverpleging en in de Wmo-ondersteuning staat dat vaak in de weg.

Graag zouden wij als vervolg op deze reacties met u in gesprek gaan over de toekomstige vormgeving van de acute zorg in onze regio, samen met andere organisaties in het regionale zorglandschap. Daarvoor nodigen wij u van harte uit voor een bezoek aan Groningen.

Met vriendelijke groet,

Chrétien van den Akker

Regiosecretaris Groninger gemeenten voor de samenwerking met zorgverzekeraars

De reactie van 2 Groningse gemeenten, het Hogeland en Stadskanaal geeft een aanvulling op het provinciebrede beeld:

I. Reactie vanuit gemeente het Hogeland:

Ik ben medewerker beleidsuitvoering bij de gemeente Het Hogeland, o.a. voor gezondheid. Ik heb met een paar collega's dit document met interesse gelezen. Wij willen graag het volgende mee geven en op een later moment meedenken als dat gewenst is.

Vanuit gemeente het Hogeland vinden wij het heel belangrijk dat er een toekomstvisie is op de acute zorg. Wij zijn qua oppervlak de op 1 na grootste gemeente van Nederland, de afstanden en de toegang tot voorzieningen spelen een grote rol. Wij willen graag dat er gekeken wordt vanuit de mogelijkheden en uitdagingen van het platteland.

Goed dat er ingegaan wordt op de ontwikkelingen die nu spelen in de acute zorg en de maatschappij, zoals vergrijzing, personeelstekorten, en ook wat er te verbeteren is.

Het idee voor de nieuwe inrichting van het acute zorglandschap houdt rekening met afstanden

Het document geeft naast een toekomstbeeld ook inzicht in hoe het zorglandschap van de acute zorg nu is georganiseerd, en dat is niet altijd zo logisch. Er zijn verschillende financieringsbronnen hiervoor. Veel mensen volgen de verkeerde route, waardoor tijd verloren gaat. De triage is hierin erg belangrijk.

Het idee om meer inwoners thuis te helpen, spreekt ons erg aan. Je wilt toch de gang naar het ziekenhuis voorkomen, tenzij het natuurlijk nodig is.

Goede voorlichting aan inwoners is hierbij van essentieel belang.

Er wordt bijv. ook gekozen om (zeer) gespecialiseerde zorg niet in elk ziekenhuis te bieden. Dat kan ook niet vanwege personeelstekorten en financiën. Volgens ons willen mensen goed geholpen worden en als het afschalen dan goed geregeld is, hoeft het niet zo'n probleem te zijn. Iemand kan dan van de gespecialiseerde zorg weer doorstromen naar een ziekenhuis in de buurt.

De acute zorg raakt veel andere zorg

In hoofdstuk 4 is o.a. de verbinding gelegd met de geboortezorg, de ggz (mensen met onbegrepen gedrag) en met de professional in het sociaal domein.

Hoe kan bij de triage al meer samengewerkt worden om betere acute zorg te leveren? Dat is goed om verder uit te werken. Op pagina 35 is de schets naar de toekomst duidelijk weergegeven.

Kunnen wij in Het Hogeland de samenwerking al versterken met het medisch domein?

In hoofdstuk 3 wordt de relatie gelegd met het sociaal domein en onze verantwoordelijkheid als gemeente. Ouderen en kinderen tussen 0 – 4 jaar maken veel gebruik van de acute zorg. Wat kunnen we in gezamenlijkheid doen om dat te voorkomen? Wij weten dat er kernteams integrale ouderenzorg zijn binnen de huisartsenpraktijken. In Drenthe is dit concept uitgerold door de Drentse huisartsencoöperatie. Welzijn sluit bij dit kernteam aan vanuit de gedachte dat veel zorgvragen van ouderen geen medische zorgvragen zijn, maar vragen die voortkomen uit meer sociale problemen, zoals een te klein netwerk hebben of eenzaamheid. Hier kan dan ook 'welzijn op recept' aangekoppeld worden. Een voorbeeld is Coevorden, een collega van ons heeft hier jaren gewerkt en kan hier meer over vertellen.

Welke ervaringen hebben we als Hogeland al met de samenwerking met het medisch domein? Een mooie opening bieden de Ondersteuners Jeugd en Gezin die nu in onze gemeente in bijna alle praktijken aan het werk gaan. Misschien is hier de relatie te leggen met de jongste doelgroep van de acute zorg. Ook draait bij ons het project kansrijke start, wat zich richt op de eerste 1000 dagen van een kind.

De acute zorg wordt in de regio vorm gegeven

De inrichting van de acute zorg wordt op regionaal niveau vorm gegeven. Er zijn 11 ROAZ-regio's, waarvan ROAZ Groningen en Drenthe er één is. Het idee is om de grootste zorgverzekeraars er direct bij te betrekken. In Groningen en Drenthe zijn dat Menzis en Zilveren Kruis. Dat is een mooi idee, maar ook een uitdaging want wij als gemeente hebben weinig invloed op de zorgverzekeraar.

Wij zouden graag zien dat er lokaal afspraken worden gemaakt met zorgpartners, bijvoorbeeld ook in NPG verband samen optrekken.

Wij zijn zelf bezig om e-health in onze gemeente verder te ontwikkelen met (zorg)partijen. Denk hierbij een digitaal consult met een specialist uit het ziekenhuis, zodat een oma uit Lauwersoog niet helemaal naar Groningen hoeft te rijden voor een gesprek van 15 minuten. Wij willen dat graag verder ontwikkelen in onze gemeente, maar ook breder in de provincie. Je ziet dat er mede door corona al ontwikkelingen worden versneld in de e-health.

Reactie vanuit de gemeente Stadskanaal:

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 Hogeveen 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 vrezende 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.