



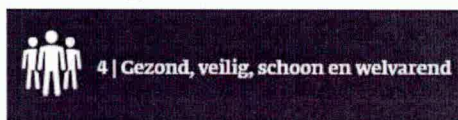
ontvangen op
- 1 NOV. 2019
Provincie Gelderland

Provincie Gelderland
College van Gedeputeerde Staten
Postbus 9090
6800 GX ARNHEM

i.a.a.: Provinciale Staten Gelderland
Rekenkamer Oost-Nederland
CDA-fractie in de Tweede Kamer

Arnhem, 01 NOV 2019
Ons referentienummer: 2019-032

Betreft: Nota Kamerfractie CDA 'Zorg in de regio'



Geacht College,

Graag stuur ik u de initiatiefnota "Zorg in de regio" van het Tweede Kamerlid Joba van den Berg (CDA) toe (*bijlage 1*). De PSP'92 is van mening dat de provincie Gelderland een rol moet innemen in dit thema. Zorgvoorzieningen zijn belangrijk voor het bevorderen van de leefbaarheid.

Wij hebben een reflectie geschreven op deze nota waarin wij een drietal aanbevelingen formuleren (*bijlage 2*). Graag vernemen wij uw reactie. Deze zullen wij ook aan de drie Veiligheidsregio's doen toekomen. Wij bevelen aan om over dit onderwerp met de Veiligheidsregio's te spreken.

Eerder heeft u in reactie op Statenvragen aangegeven het belangrijk te vinden dat er zorgfaciliteiten in de provincie Gelderland voor handen zijn (PS2018-356). In het Drents Parlement is op 13-12-2017 een motie aangenomen waarin GS is opgedragen een Drentse Zorgtafel in te richten. Informatie hierover is bijgevoegd (*bijlage 3*). We geven u in overweging om een soortgelijk gremium in te richten.

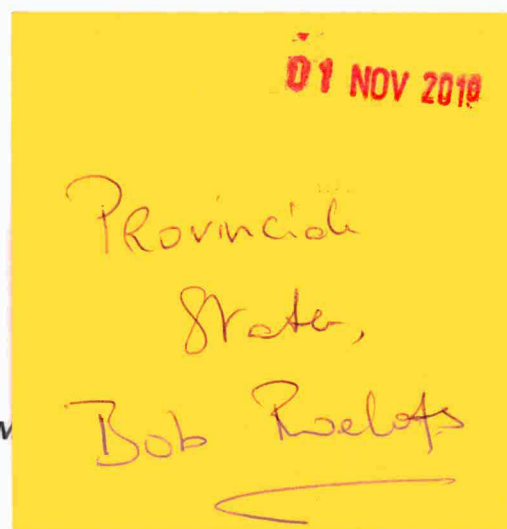
Ik verzoek u om uw antwoord in afschrift te sturen aan de drie Gelderse Veiligheidsregio's en aan Provinciale Staten van Gelderland. Uiteraard ga ik ook graag met u in gesprek over dit onderwerp.

Met vriendelijke groeten,

Ramon Barends
PSP'92

Bijlagen: 3.

PSP'92 Gelderland
Mierlostraat 43 • 6844 DW • ARNHEM



35 138

Initiatiefnota van het lid Van den Berg over zorg in de regio

Nr. 2

INITIATIEFNOTA**1. Inleiding**

Goede zorg in de buurt is voor steeds meer Nederlanders steeds minder vanzelfsprekend. Het is belangrijk dat in alle regio's een goed regionaal netwerk van zorg, met daarbinnen goede ziekenhuiszorg, gewaarborgd wordt, nu en op termijn. Met name buiten de Randstad volgen de negatieve berichten over sluiting van ziekenhuisafdelingen, huisartsenposten, avond- nacht- en weekenddiensten van apotheken en spoedeisende hulpposten. Maar ook sluiting van regionale ziekenhuizen binnen de Randstad is niet wenselijk. Algemene ziekenhuiszorg (dat is 80% van de totale ziekenhuiszorg) kan veel beter plaats vinden in regionale ziekenhuizen. Daar hebben de zorgprofessionals korte lijnen met de huisartsen en andere zorgverleners in de regio. Wat de indiener betreft moet dit proces van sluiting zonder dat er een goed alternatief is, gestopt worden. Bewoners van heel Nederland hebben namelijk recht op goede zorg die beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar is. De leefbaarheid van een regio komt onder druk te staan als er geen zorgaanbod meer is.

Er zijn meerdere partijen die een eigen verantwoordelijkheid hebben voor het behoud van de zorg in de regio. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgopleidingen en regionale bestuurders. Maar ook de landelijke overheid heeft een verantwoordelijkheid waar zij niet voor weg mag lopen. De Minister voor Medische Zorg kan er wellicht niet voor zorgen dat alles altijd bij het oude blijft. We moeten immers ook beseffen dat het zorglandschap en de zorgvraag continue in beweging is zoals de verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg en de invloed van E-health. De inzet van digitale technieken voor zelfzorg en thuismonitoring is van groot belang om de groei van de zorgkosten te beperken. Maar nu zien we dat de zorg in grote delen van Nederland dreigt te versralen en op steeds grotere afstand van onze inwoners komt te staan. De Minister heeft naar de mening van de indiener wel degelijk een verantwoordelijkheid om dat proces tegen te gaan. Dat gaat dan vooral om meer regie nemen, partijen bij elkaar brengen, knellende regels voor samenwerken wegnemen en de juiste randvoorwaarden scheppen. Dit betekent dat we moeten kijken hoe zorg zo georganiseerd kan worden dat deze ook in de

regio bereikbaar blijft en dat is een permanent proces dat regie vraagt. Op die wijze kunnen tijdig scenario's worden gemaakt en besproken worden zodat de benodigde aanpassingen geleidelijk worden ingezet. Dat voorkomt dramatische situaties zoals recentelijk het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen en Slotervaart. Dramatisch en stressvol voor alle betrokkenen: patiënten, familieleden, mantelzorgers en werknemers. En het voorkomt dat alle Nederlanders meer moeten betalen dan nodig is. Immers, faillissementen kosten de samenleving altijd geld en de zorg betalen we samen.

In deze initiatiefnota stelt de indiener een aantal concrete voorstellen voor waarmee de regionale zorg structureel versterkt kan worden. De focus ligt in deze initiatiefnota met name op de tweedelijnszorg. Maar de belangrijkste boodschap van deze nota is dat we niet langer achterover moeten leunen en moeten afwachten hoe de (tweedelijns)zorg er in de toekomst uit ziet in ons land. Meer regie is nodig om toe te werken naar een goede verdeling van zorg in alle regio's. Er moet een maatschappelijk debat komen over de zorg in de toekomst. Door gesprekken in de regio moet dat maatschappelijke debat ontstaan over hoe we de zorg in de toekomst organiseren. Zodat mensen in heel Nederland er op kunnen vertrouwen dat – niet alleen nu maar ook in de toekomst – goede zorg beschikbaar, betaalbaar en dichtbij bereikbaar is.

2. Achtergrond

Goede zorg is wat de indiener betreft zorg die *beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar* is. In de regio staat het zorgaanbod echter steeds vaker onder druk. Vaak worden kosten of gebrek aan bekwaam personeel als reden genoemd voor het verdwijnen van zorg. Maar te veel focus op een eenduidige organisatie van de zorg speelt daarbij ook een grote rol. Zo komen in een stadsziekenhuis veel mensen naar de eerste hulp zonder doorverwijzing van een huisarts. Bij HMC Westeinde in Den Haag is dat tientallen procenten; in een regionaal ziekenhuis zoals ADRZ in Goes is dat slechts 3%.¹ Dat vraagt om een andere inrichting van de eerste hulp.

Vaak wordt vergeten dat meer dan 50% van de inwoners van Nederland buiten de Randstad woont en dat de afstanden in de regio anders zijn dan in de Randstad. De breedte van Walcheren en Zuid-Beveland (provincie Zeeland) is de afstand tussen de zee bij Den Haag en Utrecht. In Zeeland is in dat gebied slechts één ziekenhuis (ADRZ). Bovendien blijkt uit onderzoek van het CPB «*Groeiers buiten de Randstad*», dat van de snel groeiende regio's er drie in de Randstad en acht buiten de Randstad liggen. Zo is Flevoland juist een groeigebied qua bevolking en structurele economie.²

Daarnaast is de zorgvraag in de ene regio vaak niet hetzelfde als de zorgvraag in een andere regio. Zo is de opbouw en leeftijd van de bevolking veelal verschillend. Vergrijzing in de regio en vooral in de krimpggebieden is anders dan in grote steden zoals Amsterdam of Utrecht. Ook binnen een regio kunnen er weer verschillen zijn in vergrijzing maar ook in sociale klassen. Beide hebben invloed op hoeveelheid en aard van benodigde zorg. Dit blijkt ook uit de NIVEL *Zorgmonitor Krimpgebieden*.³ Daaruit blijkt ook dat de zorgvraag in krimp- en anticipeergebieden systematisch hoger is voor een groot aantal eerstelijnsvoorzieningen.

¹ Gegevens verkregen van ADRZ en Westeinde ziekenhuis

² <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2018/10/groeiers-buiten-de-randstad>

³ <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgmonitor-krimpgebieden>

Dat verschil blijkt tevens uit het CBS onderzoek *Ervaren Gezondheid*.⁴ Deze kan zeer verschillen per regio. Zo wordt in het onderzoek geconcludeerd, «*De ervaren gezondheid hangt samen met leeftijd, migratieachtergrond, inkomen en opleidingsniveau. De bevolkingsopbouw van een gemeente is daarom van invloed op het gemiddelde van de ervaren gezondheid. Dat gemiddelde is lager in gemeenten met veel oudere inwoners, veel inwoners met een migratieachtergrond, veel inwoners met een lager inkomens- of opleidingsniveau, en in gemeenten waar relatief veel mensen wonen met een aandoening of beperking. In krimpregio's zijn veelal meer mensen ouder en lager opgeleid en in dunbevolkte gebieden kan men eerder te maken hebben met eenzaamheid*».

Uit het overzicht «*gevoelige ziekenhuizen*» van juni 2018 blijkt dat 33.000 mensen in Nederland niet binnen 45 minuten met een ambulance bij een eerste hulp afdeling kunnen komen. Echter, uit die lijst blijkt ook het belang van behoud van regionale ziekenhuizen om te voorkomen dat het aantal mensen buiten de 45-minutennorm stijgt.⁵

3. Voorstellen

In deze initiatiefnota worden voorstellen gedaan die er aan bijdragen dat zorg ook in de regio bereikbaar blijft. De indiener is van mening dat de overheid op een aantal punten meer regie moet nemen om een goede verdeling van zorgaanbod over de regio's tot stand te laten komen, zowel voor nu als in de toekomst. De Minister kan meer leidend zijn dan wel een meer regisserende en stimulerende rol vervullen.

3.1 Zorg voor meer samenwerking

De Minister kan op sommige punten meer samenwerking afdwingen en op andere punten stimuleren dat deze tot stand komt.

3.1.1: Geef regionale overheden en patiëntenverenigingen rol bij de organisatie van de zorg

Overleg binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) vindt vooral plaats door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Nu kunnen anderen aangeven te willen aansluiten, maar ze hebben geen recht op een plaats aan tafel. In het ROAZ worden besluiten genomen over de verdeling van acute zorg (van ambulance tot aan SEH's) in een regio.

Door regionale bestuurders daarbij ook een rol te geven, kan in een vroeger stadium gewerkt worden aan creatieve oplossingen. Als er bijvoorbeeld een tekort aan bepaald zorgpersoneel in de regio is, dan kan de regionale politiek een faciliterende rol daarbij spelen. Maar dan moeten ze wel aan tafel zitten. Ook is het belangrijk patiëntenverenigingen een rol te geven, want daardoor kan de behoefte aan zorg duidelijker in kaart worden gebracht.

3.1.2: Stimuleer samenwerken en werken in netwerken

Iedereen wil graag behandeld worden door een zorgverlener met ervaring. Dus dat er aan artsen volume-eisen worden gesteld (minimaal aantal operaties die een arts moet verrichten) is begrijpelijk. En dat mede daardoor complexe zorg niet op alle locaties beschikbaar is, is ook begrijpelijk. Echter, het is belangrijk dat basiszorg en voor- en nazorg dichtbij blijft; 80–90% van de acute zorg is namelijk niet complex.

⁴ <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2018/35/gemeentelijke-verschillen-in-ervaren-gezondheid>

⁵ <https://www.zorgvisie.nl/top-tien-gevoelige-ziekenhuizen-blijft-hetzelfde-als-vorig-jaar/>

Topklinische en academische ziekenhuizen zouden zich minder op de basiszorg moeten richten, maar zullen deze zorg moeten verschuiven naar de regionale ziekenhuizen. «*Topklinische ziekenhuizen zouden zich meer moeten specialiseren in plaats van groter te worden ten koste van algemene ziekenhuizen. Het is prettiger voor de patiënt en maakt de zorg goedkoper*». Jaap van den Heuvel, bestuursvoorzitter Rode Kruis Ziekenhuis beschrijft dat glashelder.⁶

Ook VGZ-topman Ab Klink stelde recentelijk in «*Zorgvisie*» dat kleine ziekenhuizen steeds meer hoogcomplexe zorg moeten afstaan aan academische en topklinische ziekenhuizen. Maar de grote ziekenhuizen weigeren tegelijkertijd de basiszorg af te stoten aan regionale ziekenhuizen.⁷

Een mooi voorbeeld van (zelfs grensoverschrijdende) samenwerking tussen een regionaal ziekenhuis en een topklinisch ziekenhuis geeft ZorgSaam in Terneuzen met urologie. In geval van een operatie gaat de uroloog met de patiënt mee naar het ziekenhuis in Gent waar een robot aanwezig is om de operatie te ondersteunen.⁸ Maar alle voorzorg en nazorg gebeurt op locatie Terneuzen. Werken in netwerken en artsen die naar de patiënten gaan in plaats van andersom zorgen ervoor dat mensen het grootste deel van de zorg dichtbij huis kunnen krijgen. Een ander mooi voorbeeld is ziekenhuis ADRZ in Goes. Dankzij de samenwerking met MC Erasmus hoeven kankerpatiënten die immunotherapie krijgen nu niet meer elke week, of vaker, naar Rotterdam, maar kunnen dichtbij huis terecht. Daarnaast wordt het werk voor specialisten in regionale ziekenhuizen aantrekkelijker, omdat men direct verbonden blijft met de nieuwste technologieën en inzichten. Door op dezelfde wijze resultaten/uitkomsten vast te leggen wordt ook een lerende cultuur bevorderd. De Minister kan bij zorgverzekeraars erop aandringen dat alle zorgverleners in netwerken samenwerken als voorwaarde voor financiering.

Maar het gaat niet alleen om netwerken van ziekenhuizen. Het gaat ook om samenwerking van ziekenhuizen met GGZ en met eerstelijnszorg en nieuwe initiatieven zoals de wijkkliniek in Amsterdam. In de regio moeten mensen gemiddeld verder reizen om bij een ziekenhuis te komen. Het is daarom van extra belang dat er na ziekenhuisopname goede opvang is, want men kan niet zomaar even terug. Goede terugkoppeling naar de huisarts en wijkverpleging is daarvoor essentieel. Zo krijgen patiënten zo veel mogelijk de beste nazorg dichtbij huis door hun huisarts of wijkverpleging.

En het gaat om samenwerking met het sociale domein. Zoals eerder gesteld, is de zorgvraag in krimpregio's en anticipeerregio's vaak anders dan in de rest van Nederland. Maar ook de psychosociale problematiek zoals obesitas, schulden, verslaving zijn anders. Het sociale domein moet daarom onderdeel zijn van het netwerk. Te vaak wordt er onnodig gemedicaliseerd waardoor kosten onnodig hoog oplopen, het probleem niet wordt opgelost, en alleen aan symptoombestrijding wordt gedaan. Daarvan zijn voorbeelden te over.⁹

⁶ <https://www.skupr.nl/blogs/id3699-nee%2C-meneer-bos%2C-kleine-ziekenhuizen-zijn-juist-goedkoper.html>

⁷ «Grote ziekenhuizen roven de kleine ziekenhuizen leeg», door Ab Klink in *Zorgvisie* op 6 november 2018.

⁸ <https://www.omroepzeeland.nl/nieuws/107177/Den-Haag-moet-meer-rekening-houden-met-streekziekenhuizen-als-ZorgSaam>

⁹ nummer 0 van G (*voor een gezonde gemeenschap*), maart 2018: De winst van ontkokering

Een ander mooi voorbeeld van regionale samenwerking is de coöperatie die Twentse apothekers zijn gestart in hun regio. Vijftig van de zestig apotheken hebben zich intussen aangesloten ongeacht hun achtergrond, dus zelfstandige apothekers, apothekers in een maatschap en apothekers in loondienst van een keten.¹⁰

3.1.3: Zorg voor stages in algemene (regionale) ziekenhuizen

Naar aanleiding van de discussie over kindergeneeskunde in Drenthe zei voorzitter Károly Illy van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde dat ze nu stages organiseren in streekziekenhuizen voor kinderartsen in opleiding. «Want het is ook een kwestie van onbekend maakt onbemind. Als je niet weet hoe mooi het werken is in een streekziekenhuis staat het ook niet boven aan je verlanglijstje om daar naar toe te gaan».¹¹

Dit zou een verplichting moeten worden waarbij de algemene ziekenhuizen ook een gedeelte van de opleidingsgelden moeten ontvangen. Medisch specialisten in opleiding kunnen voor veel voorkomende ziektebeelden hun opleiding volgen in een algemeen ziekenhuis.

De verplichting zou niet alleen toegepast moeten worden voor artsen maar ook voor bijvoorbeeld de zogenaamde CZO-opleidingen (o.a. IC-verpleegkundige, SEH-verpleegkundige etc.). De Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap kan dat als voorwaarde stellen voor de financiering van een opleiding.

3.1.4: Zorg voor gebruik wettelijke inspraakmogelijkheden en creatie van zorgtafels

In het debat over regionale ziekenhuizen op 13 juni 2018 heeft de Minister toegezegd de wet te willen aanpassen. Een zorginstelling wordt verplicht betrokkenen in de regio te consulteren indien zij het aanbod van acute zorg wil wijzigen. Dat betekent ook dat er meer transparantie en openheid moet komen over capaciteit, mogelijkheden en de kosten van de zorg. Het is belangrijk dat de Minister bij de implementatie van de wet het gebruik daarvan stimuleert bijvoorbeeld door de organisatie van een *Zorgtafel* zoals in de provincie Drenthe te promoten.¹² De *Zorgtafel* in Drenthe is georganiseerd door het provinciebestuur dat zich goed realiseert dat bereikbare zorg van groot belang is voor de leefbaarheid van een regio.

3.2 Meten is weten en gissen is missen

Als je niet weet wat de zorgbehoefte is en hoe deze zich ontwikkelt, dan is de kans zeer groot dat niet het juiste zorgaanbod voorhanden is. Weten is meten en gissen is missen. Zorg daarom dat de gegevens beschikbaar zijn en met elkaar verbonden.

3.2.1: Laat in kaart brengen welke zorgbehoefte er in iedere regio is

Data zijn nog geen informatie. Er zijn veel websites, rapporten en cijfers over de zorg. Echter, het is nu per regio niet bekend wat de zorgbehoefte is en hoe deze zich ontwikkelt. Zo is het vaak onvoldoende helder hoeveel bedden in eerstelijnsverblijf of hotelopvang in een regio nodig zijn.

¹⁰ Pharmaceutisch weekblad 31/32, 2018 <https://www.pw.nl/achtergrond/2018/twentse-apothekers-verenigen-zich-massaal-in-cooperatie>

¹¹ <https://www.rtvdrenthe.nl/nieuws/138648/Kinderartsen-in-opleiding-moeten-stage-lopen-in-een-streekziekenhuis>

¹² <https://www.dvhn.nl/drenthe/Drentse-politiek-wil-%E2%80%98zorgtafel%E2%80%99-om-problemen-Treant-en-zorg-in-toekomst-te-bespreken-22743438.html>

In de Hoofdlijn Akkoorden wordt alleen gesproken over *regiobeelden*. Dat is te vrijblijvend, omdat het onvoldoende laat zien wat de werkelijke zorgbehoefte in de regio's is. Zorgverzekeraars moeten zorgen voor regionale plannen en scenario's. Gemeenten moeten deze vervolgens met hun inwoners bespreken. En die plannen moeten vergelijkbaar zijn in hun basisstructuur. Alleen op die wijze kan er van elkaar worden geleerd.

3.2.2: Laat in kaart brengen wat het zorgaanbod is per regio

Het Capaciteitsorgaan heeft voor vele zorgberoepen onderzocht wat de stand van zaken is en wat de verwachte ontwikkelingen zijn zoals leeftijdsopbouw en daarmee het verwachte verloop.¹³ Het is van belang dat af te zetten tegen de behoefte zodat tijdig ingezet kan worden op opleiding, werving en (sociale) innovatie.

3.3 Regio-impact analyse

Voor de zorg zou er een regio-impact-analyse moeten komen bij alles wat wordt opgesteld of het nu wet- of regelgeving is of een kwaliteitskader.

3.3.1: Stimuleer bij kwaliteitskaders dat regio's ruimte krijgen bij de invulling

Het kwaliteitskader intensive care schrijft voor dat ziekenhuizen zeven dagen per week op iedere IC-afdeling overdag een intensivist aanwezig hebben die exclusief beschikbaar is voor patiëntenzorg op die IC. Deze moest aanvankelijk exclusief beschikbaar zijn voor intensive care. Een financieel onmogelijke opgave voor regionale ziekenhuizen. Er is nu via een addendum op het kwaliteitskader alsnog afgesproken dat de intensivist ook ingezet mag worden op de acute-as in een ziekenhuis en dat als blijkt dat na het lopen van visite en het opstellen van behandelplannen er tijdens weekend- en feestdagen geen instabiele patiënten op de IC liggen, de intensivist overdag niet aanwezig hoeft te blijven. Het had veel onrust gescheeld als al bij het opstellen van het oorspronkelijke kwaliteitskader meer rekening was gehouden met de gevolgen voor regionale ziekenhuizen.

Bij kwaliteitskaders wordt sinds kort een budget impact analyse uitgevoerd waarbij meerwaarde en financiële gevolgen in kaart worden gebracht. De Kamer heeft in juni 2018 een motie aangenomen waarmee de regering wordt verzocht daarnaast ook een (leefbaarheids)analyse te betrekken bij het kwaliteitskader spoedzorg.¹⁴ De regering heeft het Zorginstituut daarop verzocht zich ervan te verzekeren dat partijen bij het opstellen van het kwaliteitskader spoedzorgketen voldoende aandacht besteden aan de effecten van dit kwaliteitskader op de kwaliteit en de toegankelijkheid (waaronder: de bereikbaarheid) van de zorg in de regio's, inclusief de afweging tussen kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.¹⁵ Een dergelijke afweging, waarbij rekening gehouden wordt met de impact op het zorglandschap in de regio, zou standaard onderdeel moeten zijn bij het opstellen van kwaliteitsstandaarden die van toepassing zijn in de acute zorgketen. Pas daarna dient een besluit te worden genomen of het zinvol is het kwaliteitskader toe te passen en hoe dat kan. Zo kan het praktisch zijn de HAP (Huisartsen Post) en de SEH (Spoedeisende Eerste Hulp) fysiek dicht bij elkaar te hebben. Transitiegelden van de Hoofdlijnenakkoorden zouden daarvoor gebruikt kunnen worden.

¹³ Capaciteitsorgaan diverse onderzoeken <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/>

¹⁴ Tweede Kamer, 2017–2018, 27 295, nr. 167

¹⁵ Tweede Kamer, 2018–2019, 27 295, nr. 168

3.3.2: Rol van de Autoriteit Consument en Markt

Laat de ACM niet alleen toetsen op mededinging bij fusies maar ook op de gevolgen voor de beschikbaarheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Geef als ACM voorlichting over welke vormen van samenwerking mogelijk zijn zonder problemen met de mededingingswet te krijgen. Deze zouden breder moeten zijn dan voor ondernemingen, want zorg is geen markt, omdat het bijna geheel gefinancierd wordt met publieke middelen. Daar past ook een andere visie bij van de ACM.

4. Financiën

De in deze initiatiefnota genoemde voorstellen hebben geen wezenlijke budgettaire consequenties voor de begroting van VWS (Volksgezondheid, Welzijn & Sport). De voorstellen gaan uit van meer regie door VWS, meer samenwerking tussen zorgverleners en zorginstellingen, beter overleg en debat in de regio.

5. Beslispunten

In deze initiatiefnota zijn acht voorstellen geformuleerd. De initiatiefnemer vraagt de Kamer haar steun uit te spreken voor deze voorstellen en de regering te verzoeken de uitvoering daarvan te bevorderen. Hieronder worden de beslispunten nogmaals bondig opgesomd.

1. Geef regionale overheden en patiëntenverenigingen een rol bij de organisatie van de zorg

Zorg er voor dat regionale bestuurders en patiëntenverenigingen eerder in de besluitvorming over de inrichting van de zorg in de regio worden betrokken. Dit kan bevorderd worden door regionale overheden en patiëntenorganisaties meer te betrekken bij de overleggen binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). De regering wordt verzocht dit te bevorderen. Dit kan bijvoorbeeld door te verplichten dat het ROAZ regionale bestuurders en patiëntenorganisaties betreft bij overleggen waarin gesproken wordt over de toekomst van het zorglandschap in de regio.

2. Stimuleer samenwerken en werken in netwerken

Stimuleer dat zorgverzekeraars en zorgverleners meer inzetten op samenwerken in netwerken. De regering wordt verzocht met zorgverzekeraars in gesprek te gaan of in de voorwaarden voor financiering voldoende mogelijkheden zitten om samenwerking in netwerken (zowel tussen ziekenhuizen als met GGZ, huisartsen en het sociaal domein) te bevorderen.

3. Zorg voor stages in algemene (regionale) ziekenhuizen

Stimuleer dat stages vaker tijdens de opleiding in algemene (regionale) ziekenhuizen worden aangeboden. De regering wordt gevraagd te onderzoeken of in de financiering van opleidingen voor bijvoorbeeld medisch-specialisten en verpleegkundigen als voorwaarde opgenomen kan worden dat (een deel van) de stage wordt gevolgd in een algemeen ziekenhuis.

4. Zorg voor gebruik wettelijke inspraakmogelijkheden en creatie van zorgtafels

De regering wordt verzocht bij de implementatie van de algemene maatregel van bestuur waarmee consultatie wordt verplicht als een zorginstelling het aanbod voor acute zorg wijzigt, er zorg voor te dragen dat er goed toezicht wordt gehouden op de uitvoering van deze verplichting. Daarnaast wordt de regering verzocht daarbij regio's zo goed mogelijk te ondersteunen als het onderlinge gesprek in de regio onvoldoende op gang komt.

5. Laat in kaart brengen welke zorgbehoefte er in iedere regio is

De regering wordt verzocht regio's proactief te ondersteunen bij het in kaart brengen van de zorgbehoefte in de regio, zowel nu als in de nabije toekomst, want dit is een continue proces.

6. Laat in kaart brengen wat het zorgaanbod is per regio

De regering wordt verzocht regio's proactief te ondersteunen bij het in kaart brengen van de huidige stand van zaken van het zorgaanbod in de regio.

7. Stimuleer bij kwaliteitskaders dat regio's ruimte krijgen bij de invulling

De regering wordt verzocht te monitoren hoe het Zorginstituut de (leefbaarheids)analyse uitvoert.

8. Rol van de Autoriteit Consument en Markt

De regering wordt verzocht in overleg met de Autoriteit Consument en Markt te gaan om bij fusies in de zorg beter te toetsen op beschikbaarheid, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg in de regio.

Van den Berg



Notitie
Initiatiefnota CDA over Zorg in de regio

Datum: 05 OKT 2019

Ramon Barends

Bylage 2

Inleiding

Het Kamerlid Van den Berg (CDA) heeft een initiatiefnota over 'Zorg in de regio' bij de Tweede Kamer aanhangig gemaakt (Kamerstuk 35 138, nrs. 1-2). Deze is op 9 september 2019 in een notaoverleg behandeld (35 138, nr. 8).

Aanleiding van de nota

Het CDA stelt dat met name buiten de Randstad met regelmaat de negatieve berichten opkomen over de sluiting van ziekenhuisafdelingen, huisartsenposten, avond-, nacht- en weekenddiensten van apotheken en spoedeisende hulpposten. Omdat volksgezondheid een van de Grondwettelijke basistaken is, is het naar onze mening goed om hierbij stil te staan. Het CDA stelt dat de sluiting alleen getolereerd kan worden als er een goed en volwaardig alternatief voor in de plaats komt. De landelijke overheid heeft een taak samen met de regionale bestuurders. Vandaar deze notitie gericht aan provincie Gelderland en de Gelderland regio's.

Het CDA stelt dat de zorg in grote delen van het land op grotere afstand dreigt te staan en roept de Minister voor Medische Zorg op om de dialoog op te starten met alle partners die het aangaat.

De PSP'92 onderschrijft de aanleiding van de nota ten volle.

Achtergrond

Volgens Van den Berg (CDA) is goede zorg die 'beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar' is. Van den Berg constateert aan de hand van CBS-studies dat diverse regionale ziekenhuizen zo ver van kernen verwijderd zijn dat de 45-minutennorm voor ambulancevervoer niet gehaald wordt. 33.000 mensen zouden buiten deze reikwijdte wonen. Ambulancevervoer was tot voor de invoering van de kerntaken van de Commissie-Lodders een verantwoordelijkheid van de provincie. Er ligt vanuit de kerntaak 'Leefbaarheid' nog wel een rol voor de provincie.

Reflectie op de CDA-voorstellen

Er is een Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) dat gevoerd wordt door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Anderen kunnen te kennen geven aan te willen sluiten, maar dat hoeft niet toegestaan te worden. Regionale bestuurders moeten een rol krijgen. Ik stel me voor dat het van toegevoegde waarde kan zijn als een vertegenwoordiger van de Veiligheidsregio en van de Provincie aan kan sluiten. Immers, in het ROAZ wordt gesproken en besloten over de acute zorg (ambulances en SEZ's).

Samenwerking bij opnames en operaties is een topic waar aan gedacht kan worden. Op het moment dat een operatie niet gedaan kan worden in het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan de operatie in een ander ziekenhuis worden uitgevoerd. Hierbij kan ook grensoverschrijdend gedacht worden. Goede voor- en nazorg moet dan goed verzorgd zijn. In de initiatiefnota staan diverse suggesties en initiatieven genoemd die lezenswaardig zijn.

De Minister voor Medische Zorg heeft in een Kamerdebat op 13 juni 2018 toegezegd dat zorginstellingen wettelijk verplicht gaan worden om betrokkenen in de regio te consulteren over het aanbod van (acute) zorg en wijzigingen te bespreken. De provincie Drenthe heeft hiertoe een Zorgtafel ingesteld met als taak te bevorderen dat er goede en bereikbare zorg zal zijn in de regio's omwille van de leefbaarheid.

Er worden regio-impact analyses en leefbaarheidsanalyses aangekondigd. Hier zouden de regio's bij betrokken moeten worden om deze ook daar te laten landen (27 295, nr. 167).

Reactie van Minister Bruins

De Minister voor Medische Zorg, Bruno Bruins, heeft gereageerd op de initiatiefnota (35 138, nr. 3).



Hij onderschrijft de wens om het ROAZ open te stellen voor de regionale overheden en geeft aan dat inwoners en gemeenten ook betrokken moeten worden.

Aanbevelingen van de PSP'92

1. Laat een vertegenwoordiger van de Veiligheidsregio en van de Provincie aanschuiven bij het ROAZ.
2. Stuur de Commissaris van de Koning en Provinciale Staten jaarlijks een rapportage met betrekking tot ambulancezorg.
3. Onderzoek of in de provincie Gelderland het nuttig is om een Zorgtafel naar Drents model in te stellen.

Arnhem,

10/5 OKT 2019

Aan:
de voorzitter en leden van
Provinciale Staten van Drenthe

Assen, 10 juli 2018
Ons kenmerk 28/5.1/2018001755
Behandeld door mevrouw A.A. Bosch (0592) 36 54 11
Onderwerp: Voortgang motie zorgtafel (M2017-27).
Staus: Ter informatie

Geachte voorzitter/leden,

Hierbij informeren wij u tussentijds over de uitwerking en voortgang van de motie van 13 december 2017 over 'Het organiseren van een zorgtafel met betrokken partijen'.

Stand van zaken

In de afgelopen periode zijn vier zorgtafel overleggen geweest. De provincie faciliteert de zorgtafel overleggen en de tafel deelnemers leveren constructieve bijdragen.

Gestart is met een vertegenwoordiging vanuit ziekenhuizen, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten- en consumentenorganisaties. Een korte samenvatting. In het eerste zorgtafel overleg is met name aandacht geweest voor de knelpunten van de ziekenhuiszorg in de noordelijke regio. Hieruit kwam naar voren dat:

- kleinere ziekenhuizen kwetsbaar zijn om aan de toenemende kwaliteitseisen en verdergaande specialisatie te voldoen;
- wij meer moeten gaan inzetten op het beter benutten van technologie en nieuwe zorgconcepten.

In dit eerste overleg is aangegeven het tweede zorgtafel overleg te verbreden met huisartsen, wijkverpleging, dagbesteding, thuiszorg, verpleging en GGD Drenthe.

Het tweede verbrede zorgtafel overleg heeft geleid tot drie thema's en is in drie werkgroepen uitgewerkt. De thema's zijn preventie, arbeidsmarkt/werkklimaat en herstructurering brede zorg. In het derde zorgtafel overleg zijn de uitkomsten van de drie thema's gedeeld en zijn vragen of statements opgesteld om aan het kabinet voor te leggen. Het vierde zorgtafel overleg was in aanwezigheid van minister De Jonge van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit overleg is benut om hem te informeren en zijn



hulp en ondersteuning in het zorgtafel proces te vragen. Onderstaand volgt de uitwerking hiervan.

De drie uitgewerkte aandachtspunten nader toegelicht

1. Preventie

Bij preventie staat het wijkgericht werken centraal en ontwikkelingen rond preventie zijn dus met name gericht op het lokale niveau. Daarnaast raakt preventie ook aan leefstijl vraagstukken/gezondheid: hier ligt de verbinding naar de GGD. De huisarts neemt in deze ontwikkeling een centrale rol in: steeds meer chronische zorg speelt zich thuis af, dan wel op het niveau van de wijk. Preventie stond al hoog op de Drentse agenda's maar wordt nu opnieuw gemarkeerd. Er wordt in Drenthe al veel ondernomen op het gebied van preventie (bijvoorbeeld Jongeren op Gezond Gewicht), deze inzet is echter nog te versnipperd en vraagt om meer coördinatie. De zorgtafel deelnemers vragen dan ook van het Rijk een hoger ambitieniveau op preventie, qua inhoud maar ook financieel. Drenthe heeft daarin veel te bieden. De zorgtafel heeft aan het kabinet voorgelegd om te gaan werken aan een preventie-akkoord, waar Drenthe bij uitstek als proefgebied kan fungeren. In Drenthe kan een preventie-akkoord verder ontwikkeld en geïmplementeerd worden via het bestaande netwerk Drents Zorglandschap (samenwerking twaalf Drentse gemeenten, zorgverzekeraar Zilveren Kruis en provincie).

2. Werkklimaat/arbeidsmarkt

De vraag is hoe wij in de noordelijke regio (hoger) opgeleiden kunnen trekken dan wel vasthouden. Van werkgevers wordt een inspanning gevraagd om mensen aan te trekken en/of te behouden. Voor partners van (zorg)professionals kunnen kansen benut worden door intersectorale samenwerking te zoeken in Noord-Nederland. Een deel van het arbeidspotentieel past niet in het 'standaard stramien' van opleidingen. Door ruimte te geven, ook financieel, om via andere of nieuw gekwalificeerde maatwerktrajecten potentiële zorgmedewerkers in te kunnen zetten, realiseren wij meer ontplooiingsmogelijkheden voor de inwoners en werken wij aan meer en noodzakelijke instroom in de zorgsector. In Noord-Nederland is meer opleidingscapaciteit voor mbo- en hbo-verpleegkundigen nodig omdat veel jongeren na hun opleiding wegtrekken. Vanaf 2016 is er een project gestart met het grensoverschrijdend uitwisselen van Duitse en Nederlandse studenten in de zorg. Ongeveer 350 studenten zijn op stage geweest in Duitsland en ongeveer 250 Duitse studenten hebben excursies gemaakt naar Noord-Nederland, waar zij samen met Nederlandse studenten hebben gewerkt aan opdrachten. Daardoor is een grensoverschrijdend zorg (en onderwijs) netwerk ontstaan, dat kan bijdragen aan de vraag naar voldoende stageplaatsen. De zorgtafel deelnemers hebben aan het kabinet de vraag voorgelegd om meer mbo en hbo opleidingscapaciteit in Noord-Nederland te krijgen.

3. Meerjarige herstructurering brede zorg inclusief nieuwe zorgconcepten

Net als in de rest van Nederland vindt er in de zorgsector in Drenthe een herstructurering plaats. Een goed perspectief, een verhaal over de zorgtransitie, is nodig. De zorgtafel deelnemers willen gezamenlijk werken aan het verhaal over de toekomst van de zorg in Drenthe. Centraal staat het herinrichten van de zorg in plaats van het verdwijnen. Het bieden van perspectief en mogelijkheden. Door middel van digitalisering, zorg op afstand, werken aan het efficiënter en effectiever inzetten van middelen en menskracht. De zorgtafel deelnemers hebben aan het kabinet voorgelegd com-

mitment te verkrijgen bij het maken van een gedeeld beeld in de regio en vragen het kabinet dit te ondersteunen met middelen uit de tijdelijke transformatiegelden. De deelnemers aan de zorgtafel werken momenteel aan het verkennen van mogelijkheden om burgers te betrekken en in gesprek te gaan over de transitie in de zorg in Drenthe.

Actualiteit

Op 13 juni 2018 heeft in de Tweede Kamer een plenair debat plaats gevonden over de positie van regionale ziekenhuizen. Belangrijk voor onze regio is onder andere de aangenomen (gewijzigde) motie over het betrekken van een (leefbaarheids)analyse bij het kwaliteitskader spoedzorg en de motie over het organiseren van netwerkbijeenkomsten en zorgtafels in krimpregio's. Wij gaan de afdoening van de moties met belangstelling volgen.

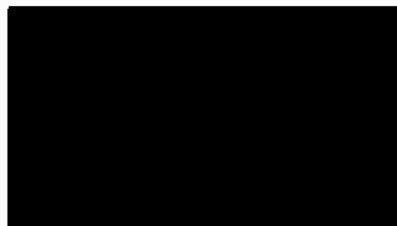
In september 2018 vindt het volgende zorgtafel overleg plaats. Wij informeren u via deze weg alvast over de volgende werkconferentie zorglandschap Drenthe op donderdagmiddag 27 september 2018 in Veenhuizen. Wij houden u op de hoogte van de voortgang van het zorgtafel overleg.

Hoogachtend,

Gedeputeerde Staten van Drenthe,



, secretaris a.i.



, voorzitter

km/coll.



AANGENOMEN



GROENLINKS



M 2017-27

Motie Vreemd aan de orde, sluiting Kinderafdeling en afdeling Verloskunde Scheperziekenhuis Emmen (Treant)

Provinciale Staten van Drenthe, in vergadering bijeen op 13 december 2017

Constaterende dat

- Het besluit van de Raad van Bestuur van Treant om de Kinderafdeling en de afdeling Verloskunde in Emmen te sluiten tot onrust onder de bevolking heeft geleid;
- Op middellange termijn problemen worden voorzien in het vervullen van vacatures voor medisch specialisten
- Het positief is, dat sindsdien zoveel energie vrij is gekomen en er (in ieder geval tijdelijk) een oplossing gevonden lijkt te zijn;
- Het inmiddels duidelijk is geworden dat deze oplossing niet duurzaam is

Overwegende dat

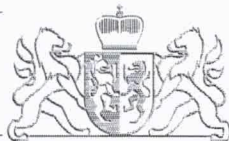
- Deze voorgenomen sluiting van deze afdelingen een grote impact heeft op de Regio en de inwoners;
- Beschikbaarheid van kwalitatief goede en bereikbare zorg belangrijk is voor de inwoners van Drenthe
- Toegankelijke zorg onder meer onderdeel is van onze visie Krimp en Leefbaarheid;
- Het bestuur van Treant en de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het garanderen van zorg voor inwoners in Drenthe;

Verzoekt het college

- Een zorgtafel te organiseren met betrokken partijen en
- Treant en zorgverzekeraars te stimuleren om te werken aan een gezonde zorginfrastructuur en toekomstperspectief voor personeel en inwoners van de regio

En gaan over tot de orde van de dag.

H.H. Veldsema CU
B. van Dekken, CDA
M. Berends, PvdA
H. Kuipers, GL
F. Duut, 50 plus
H. Bronts, PVV



Antwoord op Statenvragen PS2018-356

Arnhem, 26 juni 2018
zaaknr. 2018-007501

De leden van
Provinciale Staten

Beantwoording schriftelijke Statenvragen statenlid T. Poortinga
(Groep Poortinga) over Artikel in Trouw "Regioziekenhuizen
dreigen spoedhulp en intensive care te verliezen"

Ingevolge het bepaalde in artikel 39 van het Reglement van Orde Provinciale Staten van Gelderland 2017 doen wij u hieronder het antwoord van ons college op de vragen van het statenlid T. Poortinga toekomen.

Inleiding

In het dagblad *Trouw* van 26 mei 2018 staat een alarmerend artikel over een rapport in opdracht van de Vereniging Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (Saz). De conclusie van dit rapport is dat wanneer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd vanaf 1 juli actief de nieuwe richtlijnen voor de intensive care gaat controleren dit voor 40% van de algemene regionale ziekenhuizen betekent dat deze afdelingen moeten sluiten. Deze ontwikkeling gaat regelrecht tegen het Rijksbeleid "Zorg zo dichtbij mogelijk". De Groep Poortinga wil dit onderdeel van het kabinetsbeleid graag onderschrijven en zou graag zien dat de algemene ziekenhuiszorg in de provincie Gelderland op peil blijft.

Vraag 1 :

Deelt uw College de door ons geschetste zorgen en wens?

Antwoord:

Wij volgen de ontwikkelingen maar hebben als Provincie geen formele rol, positie en expertise over het veld van de zorg. Wij delen uw zorgen en vinden het belangrijk dat ook in de minder druk bevolkte regio's in Gelderland de benodigde zorg beschikbaar is en blijft.

Vraag 2

Is het College op de hoogte van eventuele sluitingen van IC's en SEZ-afdelingen in Gelderland? Zo nee, zou uw College navraag kunnen doen bij de betrokken instanties?

Antwoord:

Wij zijn niet op de hoogte van eventuele sluitingen. We zullen navraag doen bij de betrokken instanties over deze problematiek.

Gedeputeerde Staten van Gelderland

C.G.A. Cornielje - Commissaris van de Koning
P.G.G. Hilhorst - secretaris