



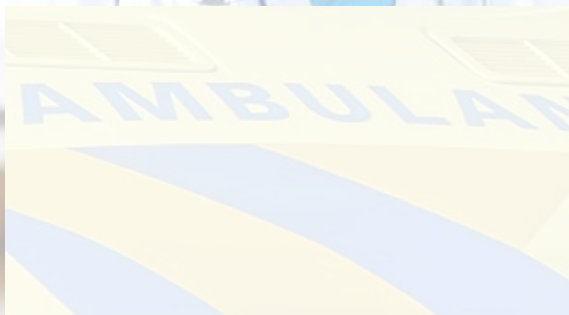
DRENTSE ZORGTAFEL

REACTIE OP HOUTSKOOLSCHETS

ACUTE ZORG



In juli 2020 heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) een houtskoolschets voor de acute zorg gepresenteerd. Dit is een discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap. Het ministerie heeft belanghebbenden uitgenodigd om te reageren.





DEELNEMERS DRENTSE ZORGTAFEL

Namens de Drentse zorgtafel: 12 Drentse gemeenten CMOSTAMM GGD Drenthe GGZ Drenthe Huisartsenzorg Drenthe Icare	Interzorg Isala Meppel NNCZ Provincie Drenthe ROAZ/AZNN Saxenburgh groep Tangenborgh Treant Zorggroep	UMCG UMCG Ambulancezorg Wilhelmina Ziekenhuis Assen Zilveren Kruis Zorgbelang Drenthe ZorgpleinNoord
--	--	---



De deelnemende partijen van de Drentse Zorgtafel hebben het initiatief genomen om namens de regio een zienswijze in te dienen. Aan de Drentse Zorgtafel werken we vanuit verschillende belangen samen aan ons gezamenlijke doel: de inwoners van Drenthe verzekeren van toegang tot goede, toekomstbestendige en betaalbare zorg binnen de directe leefomgeving. In Drenthe hebben wij het ideale klimaat om het anders te doen – de mensen en organisaties voelen de urgentie om op nieuwe manieren om te gaan met de zorg.

Wij vinden het positief dat het ministerie van VWS een verkenning is gestart naar de toekomstige inrichting van het acute zorglandschap, omdat het huidige stelsel doorontwikkeling behoeft. Wij zien een aantal positieve punten terug in deze houtskoolschets. Onderdelen als het werken aan preventie, het versterken van de acute keten, het versterken van de samenwerking tussen het sociaal- en medisch domein, zorgcoördinatie en digitale gegevensuitwisseling zijn belangrijke ontwikkelingen om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de acute zorg te garanderen. Tegelijkertijd vragen wij in deze zienswijze aandacht voor een aantal punten die voor onze regio van belang zijn. We schetsen allereerst de actuele en relevante ontwikkelingen in onze regio. Binnen de context van deze regionale ontwikkelingen staan we stil bij de volgende punten:

- Ruimte voor regionale invulling van het zorglandschap
- Inzet op preventie en het voorkomen van acute zorg
- Verbinding tussen het medisch en sociaal domein
- Overige punten, waaronder de opgave op de arbeidsmarkt en het belang van geëquipeerde inwoners.



Foto's zijn afkomstig van deelnemers aan de zorgtafel en zijn voor de coronaperiode gemaakt.

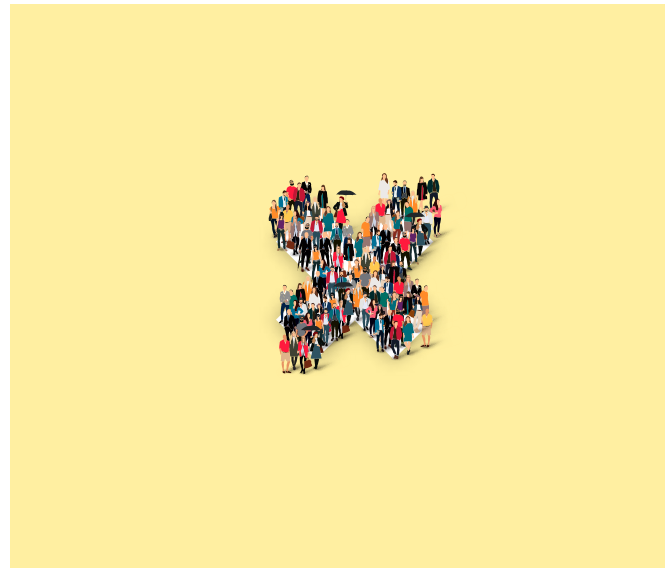
Kenschets van de regio Drenthe

Het platteland van Drenthe is uniek en heeft cultureel, landschappelijk en ruimtelijk een onderscheidende eigenheid: nuchter, authentiek, een tikkeltje voorzichtig en met veel ruimte om te wonen en te leven.

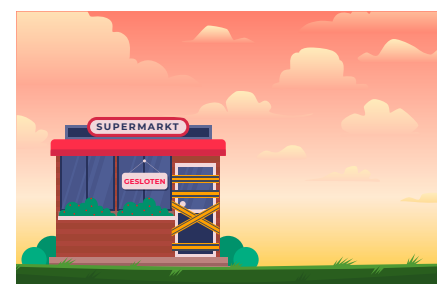
De provincie Drenthe had in december 2019 ruim 493.000 inwoners, met een oppervlakte van 2.680 km².



Ter vergelijking, de Gemeente Amsterdam heeft bijna 873.000 inwoners in 2020, met een oppervlakte van 220 km².



In Drenthe zien we een aantal ontwikkelingen waar we op moeten anticiperen:



Voorzieningen verschraken op het platteland



FOTO: STIJN RADEMAKERS

HET NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORGSYSTEEM IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In Nederland doen we het nog niet zo slecht op het gebied van acute zorg. In een onderzoek van 2018 door het RIVM en het ministerie van VWS is de gezondheid en de gezondheidszorg in Nederland vergeleken met die van elf nabijgelegen Europese landen met een vergelijkbare economie en cultuur. De gezondheid van de Nederlanders komt op hoofdlijnen overeen met die van onze burens. Wel zijn er accentverschillen. Uit het onderzoek blijkt dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de medische zorg in Nederland over het algemeen beter of van een vergelijkbaar niveau is ten opzichte van de andere landen. Nederland, met ongeveer 120 SEH-patiënten per 1.000 inwoners per jaar, behoort stevast tot de landen in Europa met de minste SEH-bezoeken. Dit is een grote verdienste van een sterk toegankelijk georganiseerde eerste lijn. We zien dan ook dat de zorg efficiënt is ingericht in Nederland. De vraag is nu dan ook of we met minder IC-bedden en Spoedeisende hulpen (SEH's) uit kunnen?



WAAR STAAN WE IN DRENTHE?

Met betrekking tot de acute zorg in Drenthe hebben recent een aantal belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden. In 2018 is de acute verloskunde en kindergeneeskunde in Hoogeveen en Stads kanaal gesloten. In 2020 zijn de SEH-posten in Stads kanaal en Hoogeveen basisspoedposten geworden. Dat wil zeggen dat patiënten in een niet-levensbedreigende situatie na verwijzing van de huisarts zich hier kunnen melden tussen 8:00 uur en 22:00 uur. Daarnaast is de SEH in Meppel 24/7 open. Er zijn afspraken met de huisartsen en ambulancediensten over welke zorg op welke plek in Isala (Meppel of Zwolle) geleverd wordt. Dit zijn ingrijpende wijzigingen in ons zorglandschap én belangrijke stappen die in goede samenwerking in de acute zorg zijn gezet. Wij zijn erg tevreden over de manier waarop door partijen in het ROAZ/AZNN aan belangrijke opgaven in onze regio wordt samengewerkt. Daarnaast zijn we ook trots op de opschaling van de spoedzorg en de intensivering van de samenwerking. Zo kent GGZ Drenthe sinds 2017 een spoedpoli; speciaal voor mensen met verward gedrag. Wanneer zij overlast veroorzaken kan de meldkamer Noord-Nederland de psycholance inschakelen. Een deel van de ontwikkelingen uit de houtskoolschets zijn in Drenthe dus al volop gaande. We illustreren dit graag aan de hand van een aantal goede voorbeelden.

ZORG VOOR DE REGIO In februari 2019 is het regionaal plan “**Zorg voor de regio**” gepresenteerd. Onderdeel hiervan is gezamenlijke communicatie naar overheden, zorgprofessionals en inwoners.

2TENTY4 Covid 19 heeft ons geleerd dat de infrastructuur van de acute zorg en de daaraan gekoppelde capaciteit van groot belang is. Wij waren en zijn hierin al een eind op weg zoals in het uitwerken en inzetten van instrumenten zoals 2twenty4. Een gecoördineerd systeem dat direct inzicht geeft op drukte SEH en bedbezetting.

ADVANCED CARE PLANNING Om de druk op de acute zorg te verminderen en onnodige zorginzet te voorkomen wordt in verschillende projecten gewerkt aan het instrument Advanced Care Planning. Het project zorg coördinatie, werken vanuit een virtueel coördinatiecentrum, draagt bij aan snel en actief schakelen in de acute zorg en te werken aan de juiste zorg op de juiste plek.

VOLDOENDE ZORGPERSONEEL Aandacht voor behoud of toename van zorgpersoneel is een randvoorwaarde voor de zorgsector en raakt ook de vitaliteit van de regio. Onze regio kent inmiddels diverse mooie initiatieven en innovaties die ontwikkeld zijn om personeel te behouden dan wel te trekken. Een goed voorbeeld hiervan is de campagne ‘[Ouderenzorg zit in je](#)’.



FOTO: STIJN RADEMAKERS

RUIMTE VOOR REGIONALE INVULLING VAN HET ZORGLANDSCHAP: DRENTHE IS GEEN AMSTERDAM

Een discussie over de organisatie en inrichting van de acute zorg is wat ons betreft ook nodig. Zoals hierboven geschetst werken wij in onze regio al aan een verdere optimalisatie van de acute zorg, maar een doorontwikkeling en versterking is zeker nodig. Wij zien dan ook een aantal positieve punten terug in deze houtskoolschets en staan positief ten opzichte van innovatie in de acute zorg.

De acute zorg staat niet op zichzelf en vraagt om een breder perspectief. Dit vraagt niet alleen om herinrichting van de zorg maar is een breed maatschappelijk vraagstuk. Samenwerking in de regio is noodzakelijk om de complexe opgaven aan te pakken. En dat doen we, we kennen elkaar! Wij pleiten er dan ook voor datgene wat er al is aan netwerken en structuren te benutten dan wel te versterken, in plaats van herinrichten of herorganiseren. Een concreet voorbeeld hiervan is het invoeren van één landelijk telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acute zorg. We zien in onze regio geen toegevoegde waarde van een nieuw landelijk telefoonnummer. Daarnaast vinden wij het van belang om te benadrukken dat Drenthe geen Amsterdam is. Drenthe is in oppervlakte 10x zo groot als Amsterdam maar heeft de helft van het aantal inwoners.

Een blauwdruk vanuit Den Haag over hoe de acute zorg eruit moet zien past niet bij de regionale verschillen die ons land kent. Ons pleidooi is om niet voor dwingende nieuwe structuren te kiezen maar ruimte te bieden voor regionale oplossingen binnen de al bestaande regionale structuren en netwerken (de HOE vraag). Voor Drenthe zou dat inhouden: inzetten op verdergaande verbetering van de samenwerking over zorgdomeinen heen.

Binnen de context van een regio zoals Drenthe brengt dit met zich mee dat zorgaanbieders meer moeten kunnen samenwerken t.b.v. beschikbaarheid en toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Hiervoor geldt dat er ruimte moet zijn in de huidige wet- en regelgeving die deze beweging mogelijk maakt.

In de schets spreekt u over een integrale spoedpost voor acute huisartsenzorg, acute geestelijke gezondheidszorg en een groot deel van de acute medisch specialistische zorg. In Drenthe kan dat nu op twee locaties: in Assen en Emmen. Ook Meppel heeft een SEH, echter complexe spoedzorg en traumazorg vindt plaats in Zwolle. Voor de hoger complexe specialistische zorg voor de Drentse inwoners, is het volgens ons cruciaal dat deze integrale spoedposten in tact blijven. Dit is nodig vanuit bereikbaarheid maar ook voor de overige zorg die ziekenhuizen bieden.

Triage van niet levensbedreigende psychiatrie ligt bij de psychiatrie zelf, dit in nauwe samenwerking met huisartsen als poortwachter voor onze gespecialiseerde ggz.

De integrale geboortezorg is binnen ons acute zorglandschap een belangrijk aandachtspunt. In onze regio hebben zich in de afgelopen jaren ingrijpende wijzigingen voorgedaan; het wegvallen van de verloskunde in Hoogeveen en Stadskanaal. De stappen die in onze regio al zijn gezet en ook zichtbaar zijn: dat er nu al (vroeg)tijdig verwijzing plaatsvindt naar hoogcomplexere centra. Er moeten nu al meer vrouwen thuis bevallen omdat het ziekenhuis te ver weg is. Daarnaast levert dit knelpunten op in het bieden van nazorg en dus pleiten wij nadrukkelijk voor het instandhouden van de huidige voorzieningen (Assen, Emmen).

INZET OP PREVENTIE EN HET VOORKOMEN VAN ACUTE ZORG

De kern van de houtskoolschets is onder andere het voorkómen van acute zorg. Sterk in de opzet vinden wij de focus op het voorkomen dat iemand in de acute zorgketen terecht komt. Dit is een relevant en herkenbaar thema voor onze regio. Tegelijkertijd zit hier een verbeterpunt, namelijk betalen voor preventie is nu nog niet goed belegd in financieringen. Dan wel een omkering, namelijk betalen voor gezondheid in plaats van ziekte. Actieve inzet op preventie betekent dat er voldoende rekening moet worden gehouden met de kenmerken van de bevolking, langere afstanden, acute zorg die niet nabij is en langere aanrijtijden van de ambulances. De situatie in Drenthe vraagt om maatwerk, anders dan in dichtbevolkte gebieden.



Daarnaast vraagt de inzet op preventie om een andere financieringsystematiek. In de praktijk zien we perverse prikkels die productie belonen en geen 'bonus' voor een gezonde leefstijl en verantwoord gedrag opleveren.

AANDACHTSPUNT **Voorkomen van acute zorg, inzet op preventie en belonen van gezond gedrag, vraagt om een andere bekostigings-systematiek**

VERBINDING TUSSEN HET MEDISCH EN SOCIAAL DOMEIN

De houtskoolschets lijkt voorbij te gaan aan het feit dat de acute zorg niet op zichzelf staat. De acute zorg kan niet los worden gezien van de overige zorg in het ziekenhuis, de eerstelijnszorg, het sociaal domein en de caresector. Grote aanpassingen in de acute zorg hebben grote gevolgen voor het zorglandschap en de leefbaarheid van de regio.

De inzet op meer laagcomplexere acute zorg thuis vraagt onder andere inzet van de wijkverpleegkundige, van ambulante geriatri-sche teams of professionals uit het sociaal domein. De noodzakelijke verbetering in de samenwerking tussen het medische en sociale domein kan alleen via een ontschot (financierings)stelsel. Gemeenten zijn momenteel beperkt in hun financiële middelen en zullen beter gefaciliteerd moeten worden om hun taken in het sociale domein uit te voeren. Gemeenten dienen bij de verdere uitwerking van de houtskoolschets goed betrokken te worden. “De samenleving wordt de nieuwe gezondheidszorg”! Integrale samenwerking tussen medische zorg en sociale teams, of wijkteams, mantelzorgers en burgerinitiatieven. In onze regio zien we diverse mooie burgerinitiatieven (www.hollandscheveldverbindt.nl of www.grolloozorgt.nl). Beide burgerinitiatieven leiden ook tot een mooie verbinding tussen informele- en formele zorg en waarbij de formele zorg naar beneden gebracht kan worden.

De verschuiving van de laagcomplexere acute zorg in de thuis-omgeving vraagt om levensloopbestendige woningen. Bij het onderdeel wonen wordt voorbijgegaan aan de complete mismatch op de woningmarkt. De (eigen) woningvoorraad is in meer dan de helft van de gevallen niet levensfase bestendig en nieuwe woningen worden nog steeds niet op die manier gebouwd. Kenmerkend voor Drenthe is dat onze inwoners grotendeels in hun eigen woning (particulier bezit) woont; een wezenlijke verschil t.o.v. andere provincies. Dit maakt de stap naar meer levensloopbestendige woningen uitdagend. Het levensloopbestendig bouwen behoeft meer aandacht.

Naast levensloopbestendig wonen, een geschikte woning, gaat het ook om een passende woonomgeving. Dat wil zeggen aanwezigheid van diverse voorzieningen en mogelijkheden om elkaar te ontmoeten. Dit is belangrijk voor de leefbaarheid van de regio. Bovendien zijn deze voorzieningen voor specifieke doelgroepen, b.v. mensen met dementie, noodzakelijk voor het bieden van een dagstructuur en dragen zij bij aan het ontlasten van mantelzorgers.

AANDACHTSPUNT **Er zijn meer middelen nodig voor preventie. Ontschotting draagt bij aan meer verbinding tussen het medisch en sociaal domein. Daarom roepen wij het Rijk op om gemeenten nadrukkelijk te betrekken bij de uitwerking van de houtskoolschets zodat er een goede verbinding kan worden gelegd met het sociaal domein.**

OVERIGE PUNTEN

Arbeidsmarkt

De regio wil werken aan een gezonde arbeidsmarkt in de zorg en dienstverlening, die nodig is voor een leefbare regio. Met de huidige toenemende complexe zorgvragen is er onvoldoende arbeidspotentieel. We moeten anders werken en anders denken. Wij richten ons op het aantrekkelijk maken van onze regio om er te blijven dan wel te komen werken in de zorg. De sector zorg en welzijn kent krapte. Ook met betrekking tot specialistische functies die binnen de houtskoolschets worden gepositioneerd als sleutel tot vermindering van acute zorg. In onze samenwerking hebben we met elkaar al veel gedaan om instroom en behoud van voldoende en gekwalificeerde medewerkers te vergroten. Er zijn veel extra BBL en (zij)instroom plaatsen gecreëerd. Er is een wezenlijke impuls gegeven aan leren en ontwikkelen in de organisaties, waardoor begeleiding en het opleidingsbeleid een vast onderdeel zijn geworden van veel organisaties. Aantrekkelijk werkgeverschap realiseren we door samenwerking. Onder andere door het gezamenlijk vorm geven van de diensten in de avond-, nacht- en weekend (ANW) diensten. Hierdoor kunnen we de juiste zorg op de juiste plek blijven leveren aan iedereen die dit nodig heeft en bieden we een interessanter pakket aan werkzaamheden voor (specialistische) functies. En met resultaat! Mensen maken gebruik van de extra mogelijkheden om “de zorg” in te gaan. Sinds 2017 groeit het

aantal banen en fte's in Drenthe. Meer mensen van buiten de sector weten we aan ons te binden. En we hebben het tijd weten te keren; de instroom is nu groter dan de uitstroom. Ook neemt de instroom in de opleidingen toe.

Wij zien in de regio ook initiatieven en of creatieve oplossingen over branches en organisaties heen ontstaan, zoals het project “Horeca helpt de zorg”. Waarbij flexibiliteit en ruimte vanuit regelgeving nodig is.

AANDACHTSPUNT Wij roepen het Rijk op ons nog meer te faciliteren en te stimuleren in werving en behoud van passend personeel, maar ook in het anders werken in de zorg.

Daarnaast geldt ook dat voor het arbeidsmarktvraagstuk de acute zorg niet op zichzelf staat. Ook hier hebben we te maken met communicerende vaten tussen acute zorgprofessionals en zorg- en welzijnsprofessionals in de gehele sector. Daarmee leidt herinrichting tot arbeidsmarktvraagstukken in deze (toch al) krappe sector om een gezamenlijke expertiseontwikkeling.

Nu al blijkt dat specialisten en behandelaars bij voorkeur kiezen voor werk in een ziekenhuis; de aantrekkelijkheid



FOTO: STIJN RADEMAKERS



FOTO: STIJN RADEMAKERS

is groot. Centralisatie van zorg zal dit effect nog meer versterken, zeker in de rurale gebieden (bijvoorbeeld zoals nu al het tekort aan SOG-ers, psychologen en huisartsen). Met elkaar, dus ook in samenwerking met het Rijk, moeten we tot oplossingen komen. We willen met elkaar goede zorg borgen voor iedereen! Dat kan alleen met voldoende, goed opgeleid personeel. Werven, boeien en binden.

Het belang van geëquipeerde inwoners; burgerparticipatie

Burgerparticipatie en betrokkenheid van burgers/inwoners is van belang en onderbelicht in de schets. Bij de uitwerking moet hier meer aandacht voor komen. Werken aan een inclusieve samenleving doe je samen met inwoners en maatschappelijke partners. De ervaring is dat hoe

meer via de bevordering van toegankelijkheid van de samenleving geregeld kan worden, hoe minder individuele voorzieningen er nodig zijn. Bij de uitwerking moet hier meer aandacht voor komen. Bij veranderingen in het zorglandschap die grote impact hebben op inwoners is het belangrijk dat zij tijdig en zorgvuldig zelf mee kunnen denken en geïnformeerd worden. Specifiek voor de houtskoolschets verzoeken wij de minister om dit goed vorm te geven; in lijn met de AmvB acute zorg.

AANDACHTSPUNT Wij roepen het Rijk op om te investeren in toegeruste inwoners die tijdig geïnformeerd worden en actief meedenken bij grote veranderingen in het zorglandschap.