

Geacht VWS

Met grote belangstelling heb ik als inwoner van Parkstad kennisgenomen van het Concept - Handreiking voor het gesprek met belanghebbenden bij wijzigingen in het regionale zorgaanbod.

Uw ministerie is erin geslaagd om het huidige Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz, over het algemeen aangeduid als de AMvB en regeling acute zorg aan te scherpen en een concept te ontwerpen, dat beter de belangen van betrokkenen bij een verandering in de acute zorg in een regio kan beschermen.

Teleurstellend is wel het woord “advies”. Ik zou graag een dringend/dwingend karakter toekennen aan deze Handreiking indien deze Handreiking de fase van “concept” voorbij is.

In de “Inleiding” van het concept beschrijft u eigenlijk de situatie voor Parkstad in relatie tot de plannen van Zuyderland. De plannen van Zuyderland leiden nog steeds tot maatschappelijke en politieke discussies, bijna 2 jaar na het via een klokkenluider bekend worden van deze plannen. U mag hieruit concluderen, dat Zuyderland niet juist gemanoeuvreed heeft in dit dossier. Het zou VWS sieren om Zuyderland te overtuigen van het opnieuw doorlopen van de procedure m.b.v. de Handreiking als die de fase van “Concept” na het verwerken van de nodige op-/aanmerkingen van diverse zijden voorbij is. Nu komt deze Handreiking als mosterd na de maaltijd en geeft het gevoel bij mij, dat VWS de put wil dempen nu het kalf al bijna verdrongen is.

De discussies zijn vooral gebaseerd op het feit, dat Zuyderland niet heeft voldaan aan de AMvB en vooral de lokale overheid volledig heeft gepasseerd bij hun besluitvorming, maar ook niet voldaan heeft aan het op tijd en effectief betrekken van belanghebbenden en een besluit zonder transparantie heeft genomen..

De vele Zuyderland gerelateerde moties geven aan, hoe zeer dit onderwerp leeft in de Tweede Kamer.

Ik heb nog een aantal suggesties maar ook kritiekpunten:

1. Suggesties voor invulling van betrokkenheid van professionals

Wat kun je doen als zorgaanbieder

- **Betrek op tijd de regionale huisartsen o.a. in het kader van hun functioneren op de HAP vroegtijdig bij het proces van verplaatsing van een SEH, die gekoppeld is aan hun HAP.**
Reden: deze ontkoppeling zal zeker bij een drukke HAP zoals in Parkstad met circa 75000 consulten bij mensen met veel co-morbiditeit leiden tot een verandering in het functioneren van de huisarts. Het bestaan van de huisarts als poortwachter in de zorg wordt hierdoor minder zeker. Deze zal defensiever gaan optreden met kostenverhoging tot gevolg. Ook zal er een vermindering van zorgkwaliteit ontstaan.

Wat kun je doen als zorgverzekeraar

- **Bezit er gij begint met een fusie! Er is literatuur aanwezig over negatieve effecten van fusie en verplaatsing zorg op personeelsbestand. Schat vooraf aan een fusie in, wat de eventuele gevolgen voor het personeelsbestand zal zijn, zeker als een (dreigend) personeelstekort mede ten grondslag ligt aan het overwegen van een fusie.**
Reden: onduidelijk is nog wel of dit elke verplaatsing betreft, misschien op basis van cultuurverschillen tussen 2 ziekenhuizen/locaties, dat de grootte van de afstand bepalend is, zeker als een locatie slechter bereikbaar is dan de oorspronkelijke werkplaats, waardoor men misschien zich gedwongen voelt om een (tweede) auto aan te schaffen in een gezin, of waardoor de sociale planning van een gezin in de problemen komt door de langere reistijden, waardoor brengen en halen van kinderen naar school, crèches of buitenschoolse activiteiten zoals sport bemoeilijkt wordt. Daarnaast blijkt, dat niet iedereen staat te popelen om een onderdeel te worden van een heel grote afdeling. Zowel een heel groot team als kans op toenemen van werkdruk is niet altijd populair onder zorgpersoneel.

Wat kun je doen als (organisatie van) professionals

- **Waarschijnlijk betekent het samenvoegen van 2 SEH' s en de rest van de hele acute zorg in**

de meeste gevallen voor een deel van de medische staf winst, indien beide SEH' s onderdeel zijn van hetzelfde ziekenhuis: minder diensten, mogelijk meer verdiensten voor aantal vakgroepen door een reductie van benodigde vakgroepsleden. Voor andere personeelsleden kan dat anders liggen (zie vorige item).

- Reden: stel een ziekenhuis heeft nu op 2 locaties in avond en nacht een open OK. Hiervoor zijn in principe 2 anesthesisten nodig om veilig te kunnen werken. Bij het sluiten van een SEH kan op 1 locatie de OK gesloten worden. Dit leidt tot halvering van het aantal diensten. Zeker een vakgroep anesthesie kan dan ook het aantal anesthesisten beperken, waarschijnlijk met circa 2 fte bij gelijke inkomsten. **Professionals zullen derhalve meestal voor dit soort samenvoegen. Er kan een verschil optreden qua inzicht tussen medici en verpleegkundig personeel over het samenvoegen: artsen pro en verpleegkundigen tegen. Schat dit goed in van te voren!**

2. Suggesties voor invulling van betrokkenheid van lokaal bestuur

Wat kun je doen als zorgaanbieder

- Het hier genoemde dient eigenlijk wettelijk te zijn vastgelegd: regulier overleg tussen zorgaanbieders in een regio en dan misschien bij voorkeur op instigatie en onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheidszorg, ondersteund door de voorzitter van het ROAZ bij issues op het gebied van acute zorg. Dit punt ondersteunt duidelijk ons gevoel van teleurstelling omtrent het gebruik van het woord "advies", dat wij echt te vrijblijvend vinden. Wettelijke verankering met beschreven sancties indien er niet wordt voldaan aan deze verplichtingen geeft een betere bescherming voor de betrokkenen.
- Reden: door de reguliere aard van het overleg is er meer kans op vroegtijdige informatie van betrokkenen op het gebied van eventuele noodzaak om de aanpak op het gebied van (acute) zorg te veranderen. Alle betrokkenen kunnen dan meedenken en dit kan leiden tot een meer gedragen oplossing.
- Houd in de scenario's ook rekening met een mogelijke verbetering van de arbeidsmarktsituatie in de toekomst en neem bijvoorbeeld de mogelijkheid tot opschalen mee.
- Geldt hier een termijn voor waarop die verbetering van de arbeidsmarktsituatie zich zou moeten voltrekken? En wat wordt verstaan onder "mogelijkheid tot opschalen"?
- Als er eenmaal een voorkeursscenario is gekozen, toets dan bij gemeenten of verdere optimalisatie mogelijk is. Etc.
- Het ontbreken van deze toets zal leiden tot grote weerstand in een regio! Het is wenselijk, dat dit wettelijk strak wordt vastgelegd met duidelijke kritische succesfactoren waaraan de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar aan moeten voldoen om van te voren afgesproken tegenmaatregelen te vermijden.

Wat kun je doen als zorgverzekeraar

- Ook hiervoor moeten strikte regels gelden. Het zou ook passend zijn, als de zorgverzekeraar samen met de zorgverlener berekeningen toont, wat de medische en financiële consequenties voor de betrokkenen van het besluit om de zorg in die regio te veranderen zijn.
- Reden: bij voorbeeld extra kosten op het gebied van WLZ en WMO, verlies van eigen risico en extra zorgkosten door b.v. toename van ambulance-inzet, verandering in de huisartsenzorg, kosten door afnemen van de zorgtoegankelijkheid, extra vervoerskosten, maar ook maatschappelijke kosten op basis van sociaal-economische veranderingen.

Wat kun je doen als ROAZ

- Relevante gemeenten of een vertegenwoordiger van gemeenten uitnodigen bij besprekingen over ROAZ-beeld, ROAZ-plan, de inrichting van de acute zorg en/of ketenimpact-analyses.
- De vraag is, wat hiermee wordt bedoeld: de impact op de acute zorgketen door een verandering in die keten? Meestal zal het gaan om het verbreken van de fysieke eenheid van SEH en HAP met daardoor kostentoeename door andere triage, grotere kans op confrontatie van huisartsen met iets

waarvoor zij niet zijn opgeleid met daardoor kans op een calamiteit met als resultaat kans op schade voor de patiënt, een tuchtzaak voor de patiënt met als gevolg defensievere geneeskunde door de huisartsen, maar ook minder veilige werkomgeving voor de huisartsen en daardoor verlies aan populariteit als vestigingsplaats voor jonge huisartsen en daardoor een tekort aan huisartsen.

Wat kun je doen als lokaal bestuur

- In deze alinea worden items beschreven betreffende de mogelijkheden van het lokaal bestuur op dit gebied. Maar wat als het lokaal bestuur continue probeert conform de vermelde items te werk te gaan, maar continue wordt genegeerd op vaak botte wijze?
- Reden: als een zorgaanbieder/zorgverzekeraar niet voldoet aan de inhoud van deze alinea versterkt dat zeker de weerstand in een regio tegen de plannen. Helaas speelt ook hier weer het karakter van deze Handreiking: het is slechts een advies! Daarom ook gezien de punt een pleidooi voor het wettelijk vastleggen van deze Handreiking met sancties.

Wat kun je doen als DPG

- Breng in het overleg met de zorgaanbieder en in het ROAZ je expertise in op het gebied van crisisbeheersing.
- Het is opmerkelijk, dat de DPG de ligging van Orbis niet als discussiepunt naar voren heeft gebracht vanuit het oogpunt van de GHOR
- Om als enige SEH-faciliteit in de hele Mijnstreek met een adherentie van 430.000 inwoners een faciliteit onder de rook van 3 potentiële chemische grootschalige incidenten (Chemelot, goederentreinen en LPG-tankstation) te hebben, geeft blijk van “plan to fail” in het geval van zo’n incident.

3. Suggesties voor invulling van betrokkenheid van burgers en patiënten

Wat kun je doen als zorgverzekeraar

- Beoordeel de consequenties van een besluit vanuit het perspectief van de verzekerde en de zorgplicht. Is de verzekerde gebaat bij wijzingen die de zorgaanbieder overweegt en kan de zorgverzekeraar blijven voldoen aan zijn wettelijke zorgplicht?
- Dit is te vaag omschreven. Er moeten criteria worden opgesteld, waaraan moet worden voldaan zorginhoudelijk, maar ook financieel voor de betrokkenen. Ook het begrip “wettelijke zorgplicht” moet in dit geval een strakke omschrijving krijgen.
- Reden: Zorgverleners en zorgverzekeraars lijken vaak veel dezelfde belangen te hebben. Zorgverzekeraars kunnen een zorgverlener hogere tarieven geven zelfs als zo’n hulpverlener door eigen schuld in de problemen is gekomen. Dit kan resulteren in het kader van het prijsplafond dat de betrokken zorgverzekeraar elders een zorginstelling opzadelt met lagere tarieven, waardoor zo’n zorginstelling misschien niet die zorg in zijn regio kan verlenen, die men eigenlijk zou kunnen verlenen bij de juiste prijzen. Dit kan in theorie zelfs leiden tot schade bij patiënten in zo’n regio. Dit zou vanuit VWS verboden moeten worden door net als in de tandartsenwereld slechts 1 tarief te hanteren voor ingrepen: tarief voor een liesbreuk is in Groningen, Gorkum, Goes gelijk!

Wat kun je doen als ROAZ

- Ook hier wordt gesproken over ketenimpact-analyses: zie opmerking hierover bovenaan deze pagina.

Verder zouden wij nog wel pleiten voor het eerst starten met het opstellen van een eerlijk nationaal verdelingsplan als basis waaraan dit soort plannen moeten worden getoetst en de eventuele rol hierin van de tijdkritische aandoeeningen. Dit verdelingsplan moet opvolger zijn van de 45 min norm, die achterhaald is en niet wetenschappelijk onderbouwd is. Totdat dit plan is ontworpen en aanvaard mogen er geen veranderingen op het gebied van acute zorg plaatsvinden. Daarnaast is het aanbevelingswaard om de volgende onderwerpen in uw Handreiking op te nemen:

- Neem een verplichting op van een onderzoek naar maatschappelijke kostenaspect van het sluiten c.q. verplaatsen van acute zorg
- Neem een verplichting op van een onderzoek naar zorgconsequenties van het sluiten c.q. verplaatsen van acute zorg zoals het onderzoek GGD Haaglanden over Zoetermeer
- Neem een verplichting op van een onderzoek naar milieuconsequenties over langere termijn
- Neem consequenties voor betrokkenen op als men niet voldoet aan afspraken.

Conclusies

- 1. Geen vrijblijvendheid, maar wet**
- 2. Duidelijke beschrijving van tegenmaatregelen indien men niet voldoet aan het gestelde in de Handreiking**
- 3. Handreiking kan leiden tot een duidelijke verbetering t.o.v. de huidige AMvB. Laat hiervan dan ook betrokkenen profiteren, die recent het slachtoffer zijn geworden van het te laat dempen van deze put!**