

Commissie Toekomstige Zorg Zeeland

Visie op zorg in Zeeland in 2025

ZORG IN ZEELAND



KLAER
COMIC
HOUSE

Voorwoord

De zorg in Zeeland staat al geruime tijd onder druk. De druk op de Zeeuwse zorg in brede zin moet gezien worden in de context van een sterke vergrijzing met bijbehorende veranderingen in de zorgvraag in combinatie met een specifieke geografische setting. Als grootste zorgverzekeraar van de regio wil CZ het voortouw nemen in het zoeken naar oplossingen voor deze brede problematiek en, vooral, in het uitzetten van de lijnen voor een toekomstbestendige zorg in Zeeland.

In dit licht startte op 1 april 2015 de commissie Toekomstige Zorg Zeeland op verzoek van zorgverzekeraar CZ met haar werkzaamheden. Binnen drie maanden diende er een visie te liggen op de toekomstige zorg in Zeeland. Op 7 juli wordt deze visie aan de minister aangeboden. Een krappe tijdsperiode, zeker als gekeken wordt naar soortgelijke projecten elders in Nederland. De commissie heeft het zichzelf vervolgens niet gemakkelijk gemaakt. Gezien de beperkt beschikbare tijd lag het voor de hand om met een synthese van de aanwezige beleidsplannen en visies van alle zorgaanbieders te beginnen. De commissie heeft echter gekozen voor een andere benadering, namelijk vanuit het perspectief van de Zeeuwse burger. Deze keuze is welbewust gemaakt, omdat in de ogen van de commissie de behoeftes van de burger, nu en in de toekomst, leidend moeten zijn voor de vormgeving van de zorg. De vraag en dus niet het (bestaande) aanbod staat voorop. Vanuit de behoeftes van de burger en in samenspraak met de Zeeuwse zorgaanbieders heeft de commissie een visie ontwikkeld. Deze visie is vertaald in een actieplan, verdeeld in drie tijdsgewrichten, om de stap van denken naar doen voor de organisaties te concretiseren. Om uitvoering van het actieplan te borgen, heeft de commissie tevens een advies geformuleerd over de inrichting van het transitieproces in de komende periode.

Met de gezondheid van de Zeeuwen is het op zich goed gesteld. Zeker als de hogere gemiddelde leeftijd en de lagere sociaal economische status dan die van de gemiddelde Nederlander in aanmerking worden genomen. Maar de uitdagingen tot 2025 zijn groot. Het aantal 65 plussers neemt fors toe. Het aantal geboortes neemt sterk af. De Zeeuwse bevolking krimpt de komende 10 jaar op totaalniveau beperkt, maar de demografische verschuiving leidt vanzelfsprekend tot een grote verschuiving in de zorgvraag. Een verschuiving van zorgvraag die vraagt om passende oplossingen. Die oplossingen moeten passen bij het specifieke karakter van Zeeland. Een dunbevolkte provincie, met een kwetsbare infrastructuur, terwijl de twee aanwezige ziekenhuizen concurrentie ondervinden van naburige grote ziekenhuizen, in het bijzonder vanuit België.

De Zeeuwse zorgaanbieders voelen de urgentie om een integrale visie op de zorg in Zeeland te formuleren. Reden daarvoor is niet alleen de huidige nijpende situatie van de twee ziekenhuizen, maar ook de onzekere toekomst met een toenemende vergrijzing, bevolkingskrimp en de door de bewoners uitgesproken behoeftes. Het centrale thema bij het toekomstperspectief is samenwerking. Die samenwerking zal ervoor zorgen dat burgers op een vloeiende manier geholpen worden als ze een gezondheidsprobleem hebben. De commissie hoopt dat de visie, die in dit rapport wordt gepresenteerd, een goede vertaalslag is van de behoeftes van de inwoners, zoals die op 30 mei aan ons zijn geuit. De commissie is verheugd met de actieve wijze waarop de zorgaanbieders deze behoeftes daarna samen hebben opgepakt en hebben vertaald naar een toekomstvisie voor de Zeeuwse zorg.

Tenslotte wil de commissie haar dank uitspreken naar de 125 inwoners van Zeeland die op 30 mei jl. bereid waren een vrije zaterdag te investeren in de toekomstige zorg in Zeeland. Laat deze betrokkenheid inspirerend werken voor de realisatie van de visie!

De commissie Toekomstige Zorg Zeeland,

Victor Slenter, voorzitter

Wim Van der Meeren, lid

George Van Heukelom, lid

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Beschrijving van de huidige situatie van de Zeeuwse zorg	5
3.	Behoeften op gebied van zorg vanuit de inwoners van Zeeland	11
4.	Uitgangspunten voor 2025	13
5.	Stip aan de horizon – zorg en gezondheid in Zeeland in 2025.....	17
6.	Plan van aanpak.....	27
7.	Bijlagen.....	32

1. Inleiding

Aanleiding

De afgelopen jaren bestaat er een aanhoudende zorg over de toekomstbestendigheid van de Zeeuwse zorginfrastructuur. Onder meer de onrust over de ziekenhuiszorg leidt bij (een deel van) de bevolking tot een negatief beeld van de gehele gezondheidszorg in Zeeland. Vanuit dat kader heeft Jos de Beer als 'verkenner' in opdracht van de provincie een inventarisatie gemaakt van de Zeeuwse zorg. Het rapport, uitgebracht in januari 2015 constateert dat de beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg in Zeeland in gevaar komt, door gebrek aan visie en leiderschap en door gebrek aan bereidheid om samen te werken aan een goede zorg en continuïteit van zorg. In februari zijn er Kamervragen gesteld over dit rapport. De minister is gevraagd om CZ te dwingen 'noodzakelijke knopen door te hakken' om de Zeeuwse ziekenhuizen te laten samenwerken. Vervolgens is minister Schippers op 24 februari naar Zeeland gekomen om de situatie te bespreken met de stakeholders. In deze bijeenkomst heeft de minister de ziekenhuizen aangesproken om verder te gaan samenwerken en om voor de zomervakantie te komen met een plan voor de toekomst.

In reactie hierop heeft CZ als grootste verzekeraar van de regio deze vraag opgepakt en aangegeven een 'regiovisie' op te stellen die ingaat op de huidige en toekomstige ontwikkelingen van de Zeeuwse zorg, inclusief de ziekenhuiszorg. De regiovisie is opgesteld door een commissie onder leiding van een onafhankelijk voorzitter, de heer Slenter, arts M&G, MHA. In de commissie namen ook de heer van der Meeren (voorzitter Raad van Bestuur CZ) en de heer van Heukelom (Gedeputeerde provincie Zeeland) zitting. De commissie is in haar taken ondersteund door de heer Rooijmans (CZ), Johan Francke (provincie Zeeland) en adviesbureau KPMG Plexus.

De opdracht aan de commissie

De opdracht aan de commissie was om in drie maanden tijd een visie te formuleren - vanuit de Zeeuw - die het vertrekpunt is om, vanuit ieders verantwoordelijkheid en in samenhang, stappen te zetten voor het toekomstbestendig maken van de Zeeuwse zorg voor de komende 10 jaar. Dit rapport beschrijft deze visie: de "stip aan de horizon" voor Zeeland in 2025.

Als basis hiervoor maakt dit rapport inzichtelijk welke problematiek nu en in de toekomst impact gaat hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Zeeuwse zorg. Het beschrijft een passend toekomstbeeld voor de provincie Zeeland gegeven deze problematiek en beschrijft wat van wie nodig is om de visie in de provincie Zeeland ook daadwerkelijk gestalte te geven.

De commissie heeft geen rol met betrekking tot de huidige precaire financiële situatie van de twee ziekenhuizen. Dit is een korte termijn probleem waarvoor de financiers, ziekenhuizen, overheden en professionals op dit moment werken aan een oplossing. Deze rapportage vormt wel belangrijke input voor de problematiek van de ziekenhuizen in Zeeland, omdat hierin een concrete visie wordt neergelegd op basis waarvan (financiële) afspraken kunnen worden gemaakt.

Proces

De commissie is ondersteund door een begeleidingsgroep die bestond uit een vertegenwoordiging van de grootste Zeeuwse zorgaanbieders en een vertegenwoordiging van de cliënten en patiënten (voor samenstelling van de begeleidingsgroep, zie de bijlage).

Basis voor het werk van de commissie waren twee conferenties. De eerste op 30 mei met een vertegenwoordiging van de Zeeuwse bevolking. De input van de bewonersconferentie is gebruikt om in de conferentie met de Zeeuwse zorgaanbieders (3 juni) de visie op de zorg invulling te geven.

De uitkomsten van de conferenties zijn door deze commissie verwerkt in een aantal voorstellen, die zijn getoetst bij de begeleidingsgroep. Op basis van dit proces is de voorliggende rapportage opgesteld.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven wij een beschrijving van de huidige situatie van de Zeeuwse zorg met de belangrijkste trends die op de Zeeuwse zorg afkomen. Hoofdstuk 3 is een weergave van de behoeftes van de Zeeuwse bevolking zoals opgehaald in de conferentie op 30 mei. Deze behoeftes zijn samen met de zorgaanbieders vertaald in de ontwerpcriteria voor de toekomstige zorg in Zeeland (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 is een vertaling van de ontwerpcriteria naar de concrete stip aan de

horizon voor de zorg in Zeeland opgenomen. De stip beschrijft de organisatie van gezondheid, de zorg dicht bij huis, de inrichting van de medische specialistische zorg en GGZ zorg en de overkoepelende randvoorwaarden die nodig zijn om de Zeeuwse zorg ook 'echt te gaan laten werken'. In hoofdstuk 6 wordt het plan van aanpak beschreven voor de realisatie van de beschreven visie.

2. Beschrijving van de huidige situatie van de Zeeuwse zorg

De opdracht aan de commissie was om een visie op een toekomstbestendige zorg in Zeeland te ontwikkelen. De uitdaging hierin is om een evenwicht te vinden tussen kwaliteit, service, betaalbaarheid en bereikbaarheid van zorg. Verschillende factoren zijn van invloed op de vraag hoe dit evenwicht er nu en in de toekomst uitziet. Deels zijn dit landelijke trends waar heel Nederland mee te maken heeft, maar deels ook specifieke eigenschappen van de provincie Zeeland. Deze bepalen niet alleen de vraag, maar ook de wijze waarop het beste op de ontwikkelingen kan worden ingesprongen. De huidige ontwikkelingen in Zeeland in combinatie met een aantal specifieke factoren die een belemmering kunnen vormen ('beren op de weg') voor het realiseren van de ambities voor Zeeland, maakt dat we een aantal risico's zien voor de zorg in Zeeland.

Vier landelijke trends die ook op Zeeland afkomen

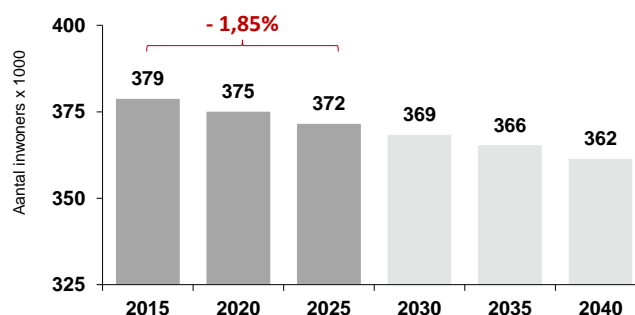
We onderscheiden vier belangrijke landelijke trends die impact hebben op de Nederlandse zorg en dus ook de Zeeuwse, namelijk:

- Demografie;
- Omgeving en sociale waarden;
- Technologie;
- Wetgeving en beleid.

Demografie

In de landelijke demografie zien we parallele trends van vergrijzing, ontgroening en bevolkingskrimp. Dit zien we ook in Zeeland, al verschilt de precieze impact per eiland. Landelijk gezien behoort Zeeuws-Vlaanderen al tot de krimpregio's. In de definitie van VWS is in krimpregio's sprake van bevolkingsdaling én huishoudensdaling, evenals bovenmatige vergrijzing, ontgroening en daling van de beroepsbevolking. Schouwen-Duiveland en Walcheren zijn aangemerkt als anticipeerregio, de tweede generatie krimpgebieden die een goede uitgangspositie hebben om tijdig te anticiperen op de aanstaande demografische veranderingen¹. Dit zorgt voor een krimp in zorgvolume in de toekomst en een verschuiving van het accent in de zorgvraag naar meer laag complexe (chronische) zorg voor ouderen. Ook heeft dit effect op de aanwas van nieuwe professionals in de zorg. De Zeeuwse zorg heeft nu al moeite om bepaalde vacatures goed in te vullen binnen de zorg.

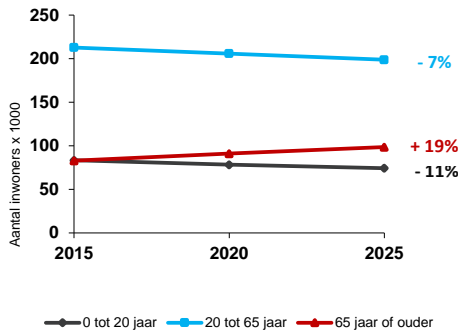
**Demografische ontwikkeling in Zeeland
2015-2040, aantal inwoners x 1000 per regio**



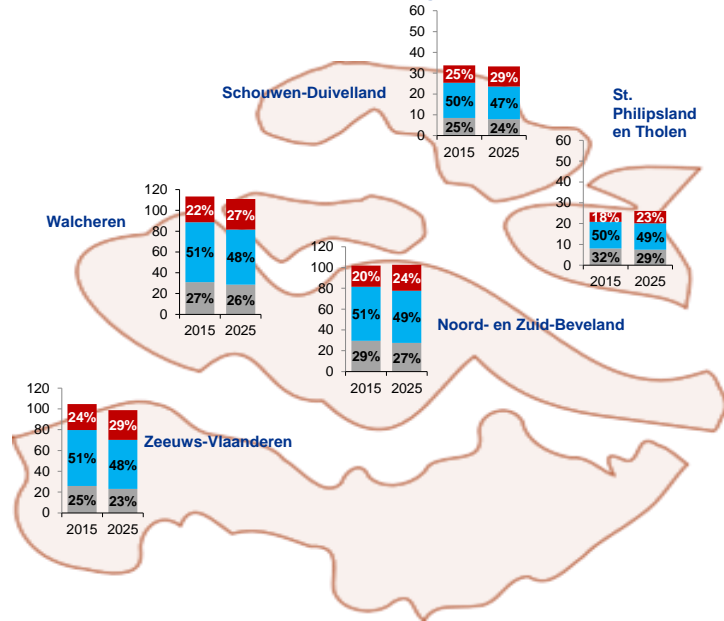
Figuur: ontwikkeling aantal inwoners in Zeeland 2015 – 2040 (bron CBS Statline 2013)

¹ VWS (2014) Tabellen over krimp- en anticipeerregio's, bijlage bij aanbiedingsbrief bij brief aan Eerste Kamer over 'demografische ontwikkelingen voor de komende 20 jaar' en CBS Statline (2013). Tabellen over inwoner aantallen en prognose per gemeente en per leeftijdscategorie.

Ontwikkeling van de leeftijdsopbouw in Zeeland
2015-2025, aantal inwoners x 1000 per regio



Ontwikkeling van de leeftijdsopbouw in Zeeland
2015 en 2025, aantal inwoners x 1000, uitgesplitst per eiland



Figuur: ontwikkeling leeftijdsopbouw in Zeeland 2015 – 2040 (bron CBS Statline 2013)

Omgeving en sociale waarden

De tweede trend is de verandering in sociale waarden. We zien dat inwoners steeds meer belang hechten aan maatwerk, meer eisen stellen aan de beleefde kwaliteit van de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben en daarin ook meer zelfregie willen hebben. Onderdeel daarvan is ook dat men bereid is om verder te reizen, mits dat leidt tot een betere kwaliteit van zorg. Ook zien we dat burgers steeds meer gebruik maken van email, internet en social media voor hun zorg.

Technologie

Een derde trend is technologie. Door technologische ontwikkelingen komen er steeds meer nieuwe innovaties en daarmee ook nieuwe behandelingen beschikbaar. Ook in de ondersteuning van de zorg treedt innovatie op die het zorglandschap verandert. Een belangrijk voorbeeld hiervan is de beweging richting e-health, het op afstand (online of via een device) kunnen leveren van zorg. Hiermee verandert de setting waarin zorg wordt geleverd, tegelijkertijd maakt het samenwerking tussen zorgverleners makkelijker. Onder de trend technologie valt ook de toename van registratie en verzameling van gezondheidsdata. Door het slim koppelen van databronnen kan nieuwe informatie worden ontsloten die transparantie van kwaliteit van zorg bevordert, maar bijvoorbeeld ook de zorg beter voorspelbaar maakt. Elektronische patiënten- en cliënten dossiers zijn ontwikkelingen die van grote invloed op de samenwerking in en de consumptie van de zorg zullen zijn.

Wetgeving en beleid

De laatste belangrijke trend die we zien zijn de veranderingen als gevolg van nieuw wetgeving en beleid. Voorbeelden hiervan zijn de economische ontwikkelingen, waarbij ook de zorgkosten onder druk staan en de afspraken in het hoofdlijnakkoord over macrogroei. Maar ook de decentralisatie van zorg vanuit de AWBZ en de jeugdzorg naar de gemeenten. Hieraan gerelateerd zien we een de beweging richting wijkgerichtheid en zelfregie binnen de zorg, waarbij er meer beroep wordt gedaan op de verantwoordelijkheid van de patiënt en zijn/haar mantelzorgers. Binnen de GGZ is extramuralisering een belangrijk thema en wordt er landelijk gestuurd op een afbouw van bedden. Deze klinische zorg moet in wel het extramuraal circuit goed opgevangen kunnen worden. Ook worden er steeds strengere kwaliteitsnormen gesteld aan de zorg, zoals volumennormen en eisen aan de minimum bezetting, die leiden tot een lateraliseren en concentratie van, met name, complexe zorg in ziekenhuizen.

Geografie, cultuur en specifieke faciliteiten maken Zeeland uniek in Nederland

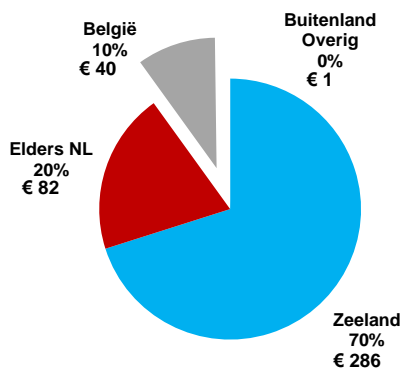
Naast de landelijke trends, heeft de provincie Zeeland ook een aantal specifieke kenmerken en eigenschappen die effect hebben op de inrichting van zorg. Een tweetal belangrijke kenmerken is:

- De geografie van de provincie, namelijk de watergrenzen en de grens met België;
- De aantrekkelijkheid van de provincie voor toeristen.

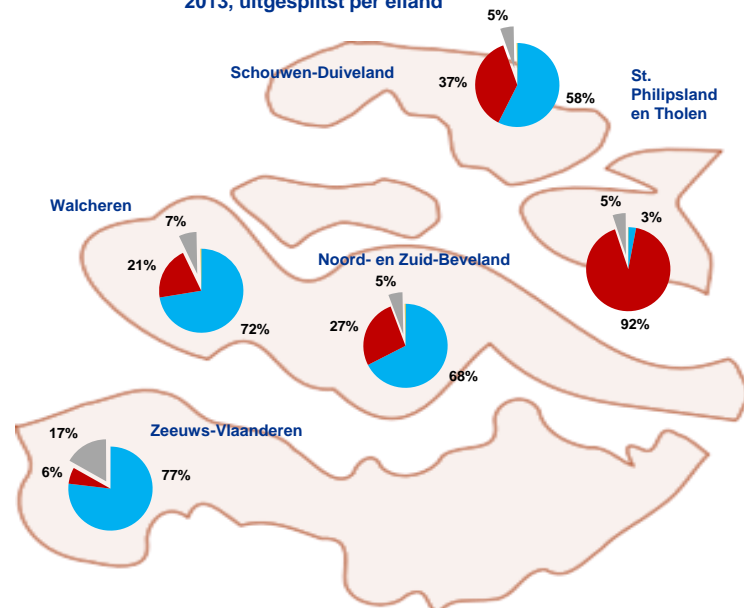
Zeeland kenmerkt zich als een dunbevolkt gebied met duidelijke watergrenzen. Deze watergrenzen maken dat Zeeland bestaat uit een aantal eilanden en gebieden, waar bovendien sprake is van verschillende culturen. Als gevolg van de geografie en de spreiding van de bevolking zijn de openbare voorzieningen in Zeeland beperkt. Voor de zorg uit zich dit in een versnippering van de infrastructuur en de organisatie van zorg. Zeeland kenmerkt zich als een zorgveld met veel spelers in een uitgestrekt gebied met een relatief lage organisatiegraad. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat ongeveer een derde van huisartsen werkzaam is in een solopraktijk. Tevens is het voor instellingen moeilijk om op basis van de huidige verzorgingsgebieden voldoende volumes te behalen voor een acceptabele balans tussen kwaliteit en kostenniveau. Tegelijkertijd is er sprake van historisch bepaald “eiland denken”, waardoor de focus van afspraken tussen aanbieders meestal ligt op het eigen eiland of regio. Dit uitgangspunt voor de zorg bemoeilijkt het garanderen van de bereikbaarheid voor basale zorgfuncties in Zeeland en doelmatige inzet van zorg die eiland overstijgend moet zijn daar waar de volumes laag zijn.

Een ander kenmerk is de ligging van Zeeuws-Vlaanderen tussen de Westerschelde en de Belgische grens. Dichtbij de Zeeuws-Vlaamse grens bestaat een aanzienlijk aanbod van grote tot zeer grote (academische) Belgische ziekenhuizen. Veel Zeeuwen, met name Zeeuws-Vlamingen, maken gebruik van de ziekenhuiszorg in België, die als zeer patiëntgericht wordt ervaren. De opeenstapeling van media-aandacht voor de Zeeuwse ziekenhuizen zorgt ervoor dat inwoners op onderdelen onvoldoende vertrouwen hebben in de Zeeuwse ziekenhuiszorg. Dit wakkert de stap buiten Zeeland voor het gebruik van medisch specialistische zorg bij alle Zeeuwse inwoners verder aan.

Verdeling Ziekenhuiszorg in Zeeland*
2013, in miljoenen €



Verdeling Ziekenhuiszorg in Zeeland*
2013, uitgesplitst per eiland



Figuur: Verdeling van de ziekenhuiszorg in Zeeland, 2013 (bron CZ en CBS Statline)²

Voor gebruik van eerstelijnszorg of langdurige zorg (care) wordt er overigens niet tot nauwelijks gebruik gemaakt van de zorg in België blijkt uit verzekeringsdata van CZ.

² Gebaseerd op declaratiedata van CZ verzekerden, 2013; geëxtrapolleerd naar totaal aantal inwoners in de provincie Zeeland op basis van demografische gegevens (bron CBS).

Tot slot is Zeeland een aantrekkelijke vakantiebestemming. In de zomermaanden verdubbelt tot verdrievoudigt het aantal aanwezige personen in Zeeland. Dit zorgt in de zomermaanden ook voor een behoorlijke piek in de zorgvraag. De ervaring leert dat dit met name effect heeft op de huisartsgerelateerde zorg en de acute zorg in Zeeland. De zorg in Zeeland moet dus voldoende flexibel zijn om deze zomerpiek op te kunnen vangen.

Onvoldoende gezamenlijke visie en samenwerking zijn belangrijke beren op de weg bij het realiseren van toekomstbestendige zorg in Zeeland

De landelijke ontwikkelingen en de Zeeuwse kenmerken betekenen in combinatie een stevige uitdaging om kwalitatief hoogwaardige zorg tegen een betaalbare prijs bereikbaar te houden voor de Zeeuwse inwoner. Dit vereist - meer dan in een gemiddelde provincie in Nederland - onderlinge samenwerking en samenhang.

Op dit moment bestaat er echter (nog) geen gezamenlijk visie op de inrichting van zorg in de toekomst. Men werkt onvoldoende samen en daar waar wordt samengewerkt – bijvoorbeeld in het programma Goedleven in Zeeuws Vlaanderen - gebeurt dit nog in onvoldoende afstemming met andere regio's (lees eilanden) of over de schotten van de verschillende lijnen heen.

Een van de redenen daarvoor is dat er nu geen gemeenschappelijk probleem door de zorgaanbieders ervaren wordt en dat de aanwezige problematiek verschilt per eiland of per sector. De natuurlijke drang tot continuïteit van de eigen organisatie maakt dat eigen belangen vaak bepalend zijn voor het handelen. Dit wordt verergerd als acute (financiële) problematiek de focus verlegt naar de korte termijn. Om samenwerking te kunnen realiseren zal aandacht moeten worden besteed aan het opbouwen van vertrouwen.

Een andere belemmering voor samenwerking zijn de huidige verdienmodellen en de financieringsstructuur. De acute problematiek bij de ziekenhuizen wordt al opgepakt, maar het verdienmodel van meerdere aanbieders in de regio is kwetsbaar. Dit leidt ertoe dat de focus veelal op de korte termijn overleving ligt en er minder aandacht gaat naar nieuwe zorgconcepten en samenwerking op de langere termijn. Door de onhoudbare financiële situatie is er weinig tot geen investeringsruimte. Dit kan leiden tot onvoldoende kwaliteit en service van zorg. De huidige bekostigingsafspraken vanuit zorgverzekeraars en gemeenten stimuleren samenwerking over de schotten heen niet.

Ook het ontbreken van een goede en eenduidige mogelijkheid om gegevens van en over patiënten uit te wisselen vormt, zeker voor de toekomst, een risico voor de Zeeuwse zorg. Ontbreken van die uitwisseling zal leiden tot verzwakking van de noodzakelijke coördinatie van zorg, 'verdwalen' van patiënten, en onnodige dubbeldiagnostiek.

Korte termijn risico's bij handhaving van de status quo

Kijkend naar de ontwikkelingen die op Zeeland afkomen en de huidige belemmeringen en eigenschappen in het zorglandschap, zien we een aantal belangrijke korte termijn risico's die kunnen optreden indien de status quo blijft gehandhaafd. Deze risico's zijn veelal sectorspecifiek. We lichten hier de sectoren uit waar de problematiek het meest urgent is. Een uitgebreide probleemanalyse is opgenomen in het rapport 'Grenzen slechten De zorg in Zeeland' van verkenner J.F. de Beer (januari 2015).

Ziekenhuiszorg

De ziekenhuizen in Zeeland kampen met zware financiële problemen. Het productievolume van de ziekenhuizen neemt af. Enerzijds door een krimpende vraag en een verschuiving van de vraag naar meer laag complexe (chronische) zorg voor ouderen, anderzijds omdat inwoners van Zeeland voor hun zorg steeds vaker buiten de grenzen van Zeeland kijken. De goede ervaringen van de inwoners met medisch specialistische zorg buiten Zeeland, voor Zeeuws-Vlaanderen specifiek in België, zorgen ervoor dat de verwachte krimp en verschuiving in zorgvolumes door demografische ontwikkelingen verder wordt versterkt. Ziekenhuiszorgvolumes in de toekomst zullen - bij onveranderd beleid - nog harder dalen dan op basis van alleen demografie is te verwachten. Ook de opkomst van zelfstandig behandel centra (ZBC's) in Zeeland zorgt ervoor dat ziekenhuizen patiënten verliezen.

De krimpende volumes in de beide ziekenhuizen zorgen ervoor dat er onvoldoende schaalgrootte is, dit bemoeilijkt de organisatie van cruciale acute zorgfuncties (SEH met daaraan gerelateerde

24-uurs OK en IC faciliteiten). Minimum bereikbaarheidsnormen voor de acute zorg zoals de 45 minuten bereikbaarheidsnorm voor medisch specialistische spoedzorg kunnen bij wegvallen van acute faciliteiten niet meer gegarandeerd worden in Zeeland.

Een versterkende factor op bovenstaand probleem is de ontwikkeling en aanscherping van kwaliteitsnormen rondom de meer complexe aandoeningen. Dit zijn aandoeningen waar op dit moment door landelijke brancheverenigingen volumennormen voor worden opgesteld. De afgelopen jaren heeft dit lijstje zich met name in de oncologie steeds verder uitgebreid. De eisen en volumennormen die aan deze aandoeningen worden gesteld worden steeds strenger. Deze kwaliteitseisen vragen een steeds groter wordende schaalgrootte voor de organisatie van complexe zorgvormen. Zonder samenwerking tussen de ziekenhuizen in Zeeland en/of met grotere ziekenhuizen buiten Zeeland zullen deze complexere zorgvormen in de toekomst volledig verplaatst worden naar ziekenhuizen buiten Zeeland. Met als gevolg nog minder schaalgrootte in Zeeland, een verdergaande afkalking van het zorgaanbod en langere reistijden voor patiënten en hun bezoekers.

GGZ

Voor de acute GGZ geldt een soortgelijk risico als bij de acute ziekenhuisfaciliteiten, namelijk dat vanwege de druk op de betaalbaarheid en de kleine schaal van organisatie, de minimum infrastructuur niet langer in de lucht kan worden gehouden. Tevens bestaat in de GGZ het risico op een toename van extramurale problemen als gevolg van de ingezette snelle afbouw van klinische GGZ-capaciteit, zonder dat de extramurale capaciteit hier voldoende op afgestemd is.

Eerstelijnszorg

Vergrijzing zorgt voor een snelle toename van laag complexe zorg voor patiënten met (meerdere) chronische aandoeningen. Deze patiënten zullen in de nabije toekomst een groot beroep doen op de eerstelijnszorg, met name op de huisartsenzorg. Gegeven de hoeveelheid solopraktijken van huisartsen in Zeeland is er een risico dat huisartsen op termijn onvoldoende toegang hebben tot menskracht, en de kennis en expertise van andere disciplines om adequaat deze chronische zorgvragen op te pakken. Daarbij bestaat door de versnipperde zorginfrastructuur en beperkte samenwerking gecombineerd met een gemiddeld hoge leeftijd van eerstelijns professionals, het risico op het ontstaan van gaten in de regionale dekking van de eerstelijnszorg. Uitval van eerstelijnszorg zal de overige zorgvoorzieningen in Zeeland zwaar onder druk zetten. Andersom zal uitval of verplaatsing van de tweedelijnszorg ook de eerstelijnszorg onder druk zetten.

Verpleging, verzorging en thuiszorg

Door de vergrijzing die heel Nederland treft wordt de financiële druk in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T) voor ouderen in de nabije toekomst steeds groter. Ouderen zullen langer zelfstandig moeten blijven en langer thuis blijven wonen. De financiële druk vraagt om een transitie van de huidige ondersteuning van intramuraal naar extramuraal. Tegelijkertijd zorgt de financiële druk voor een korte termijn focus om het hoofd boven water te houden. Weinig investeringen binnen de VV&T kunnen zorgen voor een vertraging in de ingezette transitieontwikkeling ouderenzorg, terwijl snelheid nodig is. Ook kan dit betekenen dat transmurale ketens moeilijk tot stand komen voor de ouderenzorg.

Hier bovenop speelt weer de schaalproblematiek die Zeeland kent: De spreiding van inwoners en de dunbevolktheid in Zeeland zorgen voor een extra uitdaging naast de landelijke bezuinigingen om de zorg aan huis doelmatig te organiseren.

Op de lange termijn staat niet alleen de continuïteit van zorg maar ook de leefbaarheid van Zeeland op het spel

Indien bovengenoemde risico's zich in meer of mindere mate daadwerkelijk voordoen, kan dit op de lange termijn niet alleen significante effecten hebben op de continuïteit van het zorgaanbod maar ook op de leefbaarheid in Zeeland. Als behoud van bepaalde zorgvoorzieningen niet langer mogelijk is binnen de provincie, wordt Zeeland ook een minder aantrekkelijke plek om je te vestigen – zowel als inwoner en gezin als bedrijf. Problemen met de continuïteit van zorg kunnen dus leiden tot afname van economische bedrijvigheid en werkgelegenheid. Vervolgens kan een sneeuwbal effect ontstaan omdat dit naar verwachting leidt tot een onvoldoende aantrekkelijk vestigingsklimaat voor nieuwe aanwas van goede professionals in de zorg. Het niet kunnen vinden van juiste professionals leidt

weer tot verdere versoering van zorg. Problemen met de continuïteit van zorg kunnen op haar beurt ook effect hebben op de aantrekkelijkheid van Zeeland voor toeristen en dus op inkomsten tijdens de vakantieperiodes.

Samenvatting: Er is een visie nodig op verschillende schaalniveaus van zorg in Zeeland

Bovenstaande beschreven risico's op korte termijn laten zien dat er een antwoord nodig is op de vraag hoe de zorg in de toekomst in Zeeland vorm moet krijgen. Duidelijk is dat een integrale aanpak in combinatie met een differentiatie in de verschillende schaalniveaus nodig is. Afhankelijk van de mate van spoed, de zwaarte van de zorgvraag en complexiteit van de aandoening zijn verschillende oplossingen geschikt. Om de risico's in de continuïteit van zorg, en daarmee de leefbaarheid, op korte termijn te beperken is een samenhangende visie nodig. Die visie beschrijft welke zorg op welke schaal georganiseerd moet worden en geeft antwoord op de volgende vragen:

- Welke zorg en ondersteuning kunnen inwoners zelf organiseren?
- Welke zorg moet achter de voordeur of om de hoek beschikbaar zijn om reistijd en/of verplaatsing van de inwoner of patiënt te voorkomen? En hoe organiseren we dit zo rendabel mogelijk gegeven een geografisch gespreid gebied met lage volumes?
- Welke (deel)behandelingen moeten geconcentreerd worden op groter schaalniveau om de juiste kwaliteit, expertise en doelmatigheid nu en in de toekomst te kunnen garanderen?
- Welke faciliteiten moeten in de provincie Zeeland beschikbaar zijn om snelle toegang tot acute zorg voor alle inwoners en toeristen in de zomer te kunnen garanderen? En hoe kunnen we deze faciliteiten gedurende het hele jaar zo goed mogelijk benutten zodat we deze zo rendabel mogelijk organiseren?
- Hoe zorgen we voor verbinding tussen de verschillende schaalniveaus van zorg zodat de verschillende niveaus naadloos op elkaar aansluiten en kennis in de regio door samenwerking optimaal wordt benut?

3. Behoeften op gebied van zorg vanuit de inwoners van Zeeland

Centraal in de benadering van de commissie staat de behoefte van de Zeeuwse burger. Deze behoefte vormt de kernvraag waarop de zorginfrastructuur en leveringsproces moet aansluiten. Om deze behoeften te inventariseren hebben 125 bewoners uit een aselecte steekproef van de CZ verzekerden tijdens een conferentie op zaterdag 30 mei 2015 hun input gegeven op deze vraag. Hieronder staan de acht belangrijkste behoeften die uit deze conferentie naar voren kwamen nader toegelicht.

Deze behoeften van de Zeeuwse inwoner zijn leidend voor de stip aan de horizon voor toekomstige zorg in Zeeland in 2025. Samen met de behoeften van zorgaanbieders zijn deze behoeften vertaald in ontwerpcriteria voor de toekomstige zorg in Zeeland (zie hoofdstuk 4), die weer als uitgangspunt hebben gediend voor de stip aan de horizon.

Nadere uitwerkingen van de beschreven stip aan de horizon, dienen tevens worden geïkt aan deze behoeften. In het plan van aanpak is met deze toetsingstap rekening gehouden (zie hoofdstuk 6).

Holistische benadering van de patiënt

De inwoners vinden het belangrijk dat de zorgverlener verder kijkt dan alleen de specifieke zorgvraag door zowel de persoon als het eventuele zorgtraject als een geheel te zien. Met een holistische benadering kan de zorgverlener de patiënt beter informeren en adviseren. Onderdeel van deze benadering is dat zorgverleners zich bewust zijn van de situatie en de capaciteiten van de patiënt, en daarbij ook het sociale netwerk om de patiënt heen meenemen. Zo kan bijvoorbeeld (te) zware belasting van mantelzorg tijdig worden gesignaleerd door expliciet aandacht te hebben voor het sociale netwerk. Een holistische benadering betekent ook dat het zorgtraject in zijn totaliteit wordt bekeken. Zo geven inwoners bijvoorbeeld aan graag actief geïnformeerd te willen worden over preventie en voeding of mogelijkheden voor ondersteuning bij de nazorg van een behandeling.

Om een holistische benadering tot zijn recht te laten komen wordt aangegeven dat zelfregie essentieel is. Zelfregie betekent dat patiënt zelf zeggenschap heeft over keuzes omtrent levensstijl, zorg en ondersteuning. Een zorgverlener heeft als taak de patiënt hierin zodanig te informeren en adviseren dat hij/zij maximale zelfregie heeft en zelf een weloverwogen keuze kan maken.

Juiste zorg op de juiste plek

Inwoners geven aan het liefste de zorg zo dichtbij mogelijk te willen ontvangen. Specifiek betekent dit dat zij de basisvoorzieningen graag dichtbij zien. Het gaat hierbij om meer zorg en ondersteuning in de dorpen en de eigen huisarts om de hoek. Toegang tot spoedzorg en minder complexe planbare zorg willen ze ook graag dichtbij. Tegelijkertijd beseffen de inwoners ook dat dit niet voor alle zorg mogelijk is. Voor de meer gespecialiseerde zorg geven ze aan verder reizen geen probleem te vinden, zeker indien dit noodzakelijk is om de kwaliteit voor hun behandeling te waarborgen. Verder reizen kan zowel binnen Zeeland als buiten de provincie betekenen.

Snelle toegang tot zorg

Inwoners willen graag snelle toegang tot zorg. Met snelle toegang wordt enerzijds gerefereerd aan laagdrempelig en snel telefonisch contact bij vragen of zorgen. Een ander aspect van snelle toegang is korte toegangstijden, zodat inwoners snel terecht kunnen bij de desbetreffende zorgverlener. Om beter aan te sluiten bij de dagindeling van de inwoners zien ze graag bredere openingstijden, zoals in de weekend- en avonduren. Als een fysiek bezoek op locatie nodig is, geven inwoners aan behoefte te hebben aan een toereikend netwerk van openbaar vervoer en voldoende parkeerplekken. Tot slot zien ze graag een beperking van de wachttijd in de wachtkamer voorafgaand aan de afspraak.

Juiste bejegening van patiënten

Juiste bejegening wordt belangrijk gevonden door inwoners. In de omgang met de zorgverleners hebben de inwoners aangegeven drie punten belangrijk te vinden. Zij wensen een vriendelijke benadering door alle personen waarmee zij in aanraking komen, dit gaat van secretaresse tot zorgverlener. Daarnaast vinden zij het belangrijk dat de communicatie helder en begrijpelijk is. En tot slot is genoemd dat dat in de omgang de zorgverleners voldoende tijd en aandacht dienen te hebben voor de patiënt.

Daarnaast speelt de omgeving waarin de zorg verleend wordt ook een rol bij de zorgervaring van de patiënten. Zij geven aan voorkeur te hebben voor een huiselijke en veilige sfeer.

Bundeling van krachten tussen zorgverleners

Inwoners van Zeeland hebben de wens uitgesproken tot het bundelen van krachten tussen zorgverleners, om zo optimale zorg voor de patiënt te bieden. Het bundelen van krachten start met denken vanuit een gezamenlijke visie die het eigenbelang overstijgt en uitgaat van de beste zorg voor de patiënt. De visie van de inwoners op het bundelen van krachten betekent dat partijen meer en intensiever gaan samenwerken, waarbij met name de samenwerking tussen het ziekenhuis en de huisarts is genoemd. Samenwerking kan bestaan uit een multidisciplinaire behandeling van de patiënt of het maken van afspraken over specialisatie en concentratie van zorg en ondersteuning waar dat nodig is. Tot slot zien inwoners dat bundelen van krachten ook betekent dat slim gebruik wordt gemaakt van bestaande faciliteiten.

Goede coördinatie en heldere regie

Goede coördinatie en heldere regie zijn van belang voor inwoners van Zeeland. Dit is nodig zodat zorg naadloos in elkaar overloopt en de patiënt niet onnodig dezelfde informatie hoeft te verstrekken of diagnostiek hoeft te ondergaan. Ook stelt het de patiënt beter in staat om zelfregie te behouden. Onder de noemer goede coördinatie en heldere regie geven patiënten aan dat zij graag goede kennisdeling tussen de verschillende zorgverleners en partijen zien. Deze kennisdeling betreft ook de kennisoverdracht, waarbij het digitale patiëntendossier als hoeksteen fungeert. Coördinatie houdt ook in dat er heldere ketenafspraken bestaan en de patiënt indien nodig eenduidig en naar de juiste zorgverlener wordt verwezen. Tevens hebben de inwoners behoefte aan één aanspreekpunt waar zij met vragen en zorgen terecht kunnen en die op de hoogte is van de keten- en verwijfsafspraken die gelden.

Eenduidig informatie ontsluiten richting de patiënt

Eenduidig informatie ontsluiten richting patiënt wordt door de inwoners aangegeven als belangrijke behoefte. Informatie is essentieel voor de patiënt om zelf de regie te kunnen voeren. Dit houdt ten eerste in dat zowel de patiënt als de mantelzorg goed is geïnformeerd over de eigen situatie en inzicht heeft in het patiëntdossier. Daarnaast behoren de zorgverleners heldere en eenduidige voorlichting te geven richting de patiënt en omgeving. Ten derde hoort daar ook bij dat transparantie bestaat over het beschikbare aanbod en de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de regio. Tot slot, ziet de patiënt graag duidelijkheid omtrent de financiële afhandeling, zonder dat hij/zij voor verrassingen komt te staan. Alleen met al deze elementen kan de patiënt weloverwogen keuzes maken en zoveel mogelijk zelf de regie voeren.

Efficiëntie stimuleren en verspilling tegen gaan

Inwoners geven aan dat zij het belangrijk vinden dat de zorg betaalbaar is en daarom zo efficiënt mogelijk georganiseerd is en zo min mogelijk verspilling optreedt. Enerzijds bedoelen ze dat ze tijd en geld dat zij zelf direct kwijt zijn aan de zorg en ondersteuning willen beperken. Hierbij kan worden gedacht aan het invullen van formulieren en eigen betalingen die zij moeten doen. Anderzijds bedoelen ze beperking van tijd en geld die organisaties en zorgverleners kwijt zijn aan de zorg en ondersteuning. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het tegengaan van verspilling van medicatie en andere middelen, het voorkomen van dubbele of overbehandeling en het beperken van onnodige managementlagen in de organisaties.

4. Uitgangspunten voor 2025

De zorgvraag en behoeftes van de bewoners vormen, tezamen met de specifieke Zeeuwse situatie en problemen, de basis voor het ontwerp van de toekomst van de zorg in Zeeland. Omdat de visie van de commissie gericht is op de stip aan de horizon voor 2025 is daarbij niet alleen gekeken naar het hier en nu. Ook de toekomstige situatie (denk aan demografie en ontwikkeling technologie) is meegewogen. Voor de vormgeving van de Zeeuwse zorg is tevens gekeken naar inspirerende voorbeelden binnen én buiten Zeeland, zoals Friesland Voorop. Ook visie en concepten zoals ontwikkeld in de rapportage 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren'³, dienden als inspiratie voor het ontwerp van de stip aan de horizon. Op basis van alle bovenstaande bronnen van input zijn de onderstaande uitgangspunten voor de Zeeuwse zorg in 2025 geformuleerd.

De opbouw van de uitgangspunten volgt de lijn van een aantal algemene uitgangspunten, naar gezondheid, zorg dicht bij huis en de medisch specialistische zorg en GGZ zorg (onderverdeeld in verschillende categorieën: chronisch, complex, acuut en electief). Tot slot is nog een aantal uitgangspunten ten aanzien van ondersteuning geformuleerd.

De behoefte van de patiënt als basis

Kern: "Holistische benadering van de patiënt"

- De patiënt en zijn of haar zorgvraag staan centraal in de zorg. Eigen regie en een zo groot mogelijke zelfredzaamheid zijn daarbij het leidende principe.
- De zorg is niet alleen gericht op het genezen van afzonderlijke aandoeningen. Het bevorderen van functioneren, veerkracht en participatie in de samenleving staan voorop. Professionals werken samen aan dit doel. Waar mogelijk gebeurt dat door het bieden van zorgarrangementen⁴ voor specifieke doelgroepen.
- Op basis van die doelgroepen zijn er eenduidige werkwijzen en protocollen (eventueel samengebracht in zorgarrangementen) gekoppeld aan patiënten- en doelgroepen over professionals en organisaties heen.
- De werkwijzen en protocollen (zorgarrangementen) zijn erop gericht dat patiënten en mantelzorgers zo goed mogelijk de eigen regie over leven en gezondheid kunnen voeren.

De Zeeuw is (ook) zelf verantwoordelijkheid voor zijn of haar eigen gezondheid

Kern: "De Zeeuw draagt eigen verantwoordelijkheid voor zijn of haar eigen gezondheid en investeert in gezonde leefstijl en preventie"

- Voor de organisatie van gezondheid is het van belang dat de betrokkenheid van de inwoners hoog is. Deze betrokkenheid betekent dat de inwoners eigen verantwoordelijkheid hebben en zelf initiatieven ontplooiën om zichzelf en de omgeving gezond te houden. Dit kan juist buiten het formele circuit van zorg plaatsvinden.
- Er wordt een zo beperkt mogelijke mate van institutionele regie gevoerd op de organisatie van gezondheid. Het is namelijk van belang dat er ruimte is voor individuele initiatieven van inwoners en gemeenten en dat gezondheid vooral niet wordt geïnstitutionaliseerd.
- Partijen (scholen, werkgevers, zorgverzekeraar, gemeente, zorgcentra) committeren zich aan gezondheidsdoelstellingen voor de Zeeuwse populatie. Dit commitment is niet vrijblijvend, om te voorkomen dat gezondheid te laag op de prioriteitenlijst komt te staan.

³ Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren, Zorginstituut Nederland, april 2015

⁴ Onder zorgarrangement verstaan we een pakket van zorg en ondersteuning voor een specifieke cliënt- of patiëntgroep met een (min of meer) gelijklopende zorgvraag, geleverd door verschillende zorgprofessionals en mogelijk over verschillende zorgaanbieders heen. Binnen het arrangement worden het aanbod, de te hanteren werkwijze en protocollen beschreven.

Langdurige (ouderen)zorg vindt thuis plaats zolang dat kan

Kern: “Gericht op zo lang mogelijk thuis blijven wonen en bevorderen van de welzijn”

- De patiënt wordt zoveel mogelijk dicht bij huis geholpen zodat onnodig opschalen van zorg en reizen door de patiënt wordt voorkomen. Technologie wordt gericht ingezet om meer zorg in de thuissituatie te leveren.
- Waar mogelijk wordt eerst informele hulp ingeschakeld, dit kan bijvoorbeeld door het inschakelen van het sociale netwerk van de patiënt of gebruik maken van mantelzorgvoorzieningen in de dorpen. Indien formele hulp nodig is, zijn zorg en ondersteuning uit het formele circuit aanvullend op de informele ondersteuning.
- Er is aandacht voor mantelzorgers. Mantelzorgers spelen een belangrijke rol in de zorg zo dichtbij mogelijk te leveren en het inschakelen van het formele circuit zo lang mogelijk uit te stellen of te beperken. Elke zorgverlener betreft de mantelzorg in het zorgarrangement dat de patiënt doorloopt, zij worden gezien als integraal onderdeel van de patiënt en omgeving.
- De zorg en ondersteuning die de patiënt / inwoner ontvangt is maatwerk. Maatwerk houdt in dat de zorg wordt afgestemd op de patiënt in plaats van andersom:
 - Er wordt niet alleen gekeken naar de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt, maar ook naar de specifieke situatie van de patiënt. Zo spelen bijvoorbeeld het netwerk rondom de patiënt en de gewenste individuele doelen ook een rol in de zorg of ondersteuning die nodig is. Op deze manier wordt zorg geleverd die aansluit bij de wensen en doelen van de patiënt en kan zowel over- als onderbehandeling en ondersteuning voorkomen worden.
 - Dit betekent ook dat niet alleen een behandelplan wordt gemaakt voor de eerste jaren, maar ook op de langere termijn wordt gekeken wat er nodig en wenselijk is (advanced lifecare planning). Dit stimuleert zelfregie en voorkomt onnodige zorg en ondersteuning in de toekomst.
 - Het maatwerk kan worden vastgelegd in een zorgarrangement voor de patiënt waar meerdere professionals uit verschillende organisaties in samenwerken om passende zorg te leveren.
- Er is één vast aanspreekpunt voor de patiënt. Op deze manier heeft de patiënt snelle toegang bij vragen, kan zorg en ondersteuning beter worden overzien en op elkaar afgestemd worden en kan hij/zij direct worden doorverwezen naar de juiste persoon. Dit aanspreekpunt kan een zorgprofessional zijn, maar dit kan afhankelijk van de situatie ook een mantelzorger zijn.
- Wanneer zorg thuis of dicht bij huis niet (langer) mogelijk is, is adequate opschaling van zorg beschikbaar en snel toegankelijk.

Zoveel mogelijk expertise dicht bij huis voor chronische zorg

Kern: “Samenwerking in de keten en een naadloze overgang tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg”

- Zelfmanagement van de patiënt staat centraal. Technologie wordt gericht ingezet om zelfzorg voor chronische zorg te faciliteren.
- Alle partijen werken met elkaar samen om een sluitende keten te vormen. Dit kan door middel van netwerken, ketenafspraken of samengaan van organisaties. Door nauwe samenwerking van partijen kan de zorg rondom de patiënt worden georganiseerd in plaats van rondom het aanbod en/of de zorgverleners. Tevens is samenwerking noodzakelijk voor een groot aantal andere ontwerpcriteria die we verderop toelichten, zoals regie/coördinatie en naadloze informatie-uitwisseling.
- Niet de instellingen, maar de zorgprofessionals rond een aandoening of zorgvraag staan centraal in de organisatie van zorg. De vastlegging hiervan kan in zorgarrangementen voor (groepen van) patiënten, plaatsvinden. Dit betekent dat in eerste instantie wordt gekeken wie er nodig is en hoe de professional de patiënt zo dichtbij mogelijk kan zien. Tevens betekent het dat de verschillende activiteiten zoveel mogelijk worden geclusterd en dat de betrokken professionals bij elkaar gebracht worden, al dan niet fysiek.

- Er is sprake van overstijgende regie op het zorgtraject dat de patiënt doorloopt. De regisseur maakt het mogelijk dat zorg en ondersteuning beter wordt afgestemd tussen partijen. Dat draagt bij aan de gewenste overkoepelende resultaten van het traject die zijn vastgesteld in overleg met de patiënt. In het geval van zorg of ondersteuning waar meerdere disciplines of organisaties bij betrokken zijn, is er sprake van afstemming tussen de spelers over de taken, de behandeling en de benodigde informatie.

Toegang tot acute zorg binnen wettelijke normen

Kern: “De cruciale acute zorgfuncties zijn er en aanbieders werken samen om de benodigde faciliteiten zo goed mogelijk te benutten”

- Inwoners hebben binnen 45 minuten toegang tot acute medisch specialistische zorg. Specifiek voor de (acute) verloskunde geldt dat - indien dit op een veilige manier kan - vrouwen de mogelijkheid behouden om thuis te bevallen.
- Cruciale spoed- of crisisfaciliteiten in Zeeland, worden optimaal benut om doelmatigheid te stimuleren. Hierbij wordt verder gekeken dan eigen zorginstelling en wordt de samenwerking met andere zorgverleners op gezocht.
- De aanbieders van (medisch) specialistische spoedzorg werken intensief samen in een spoedketen, en dragen daarbij gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor optimale acute zorg op meerdere locaties.
- Kwaliteit, toegankelijkheid en een goede geleiding naar de juiste setting wordt gerealiseerd door te werken met een integrale telefonische triage, die voor alle Zeeuwen snel toegankelijk is.

Schaalvergroting voor complexe⁵ zorg

Kern: “Concentratie van complexe aandoeningen voor hoogstaande kwaliteit, echter voor- en nazorg zo dicht mogelijk bij huis”

- Alle inwoners van Zeeland, ongeacht de woonplaats, hebben toegang tot state-of-the-art zorg en ondersteuning. Afhankelijk van de zorgvraag moet worden bekeken waar deze zorg en ondersteuning het beste wordt geleverd.
- De behandelingen waarvoor nu of in de nabije toekomst volumenormenten zijn vastgesteld (zie bijlage A) worden geconcentreerd om de kwaliteit te verhogen. Concentratie is in eerste instantie binnen Zeeland, maar indien het dan om onvoldoende aantallen gaat, kan concentratie ook buiten Zeeland gebeuren. Voor de meer complexe zorg kan dit bijvoorbeeld betekenen dat de diagnostiek en het voortraject in een regionale setting geleverd kunnen worden, de behandeling bovenregionaal of zelfs buiten de provincie plaatsvindt, en de nazorg in de thuissituatie.
- Alleen de activiteiten binnen een zorgtraject waarvoor opschaling noodzakelijk is, worden verplaatst naar een opgeschaalde setting. Wanneer er sprake is van opschaling van zorg, wordt bijvoorbeeld gekeken in hoeverre het scheiden van voor- en nazorg en behandeling mogelijk is. Op deze manier wordt ook binnen een zorgtraject zoveel mogelijk dicht bij huis geleverd.
- De aanbieders van complexe zorg werken intensief samen, zowel in de keten van zorg (voor- en nazorg in relatie tot interventies) als in de optimale benutting van faciliteiten.

Kwaliteit, service en doelmatigheid centraal bij electieve zorg

Kern: “Uitvoering in servicegerichte centra, met voor- en nazorg zo dicht mogelijk bij huis”

- Kwaliteit van zorg en service staan centraal bij de inrichting van de electieve zorg. Inrichting van het proces is erop gericht dat voor de diverse te onderscheiden patiëntgroepen (bijvoorbeeld cataract en heupvervangende) een goed samenhangend aanbod met een hoge servicecomponent en korte wachttijden geboden wordt.
- Uit oogpunt van doelmatigheid wordt electieve zorg die gelijkvormig in proces is, zoveel mogelijk geconcentreerd zodat schaalvoordelen optimaal benut kunnen worden. Hierbij geldt dat voor- en

⁵ Onder complexe zorg verstaan we zorg die specifieke kennis, ervaring en/ of faciliteiten vereist. Dit is vaak laag volume zorg. Voor de medisch specialistische complexe zorg zijn dit minimaal de aandoeningen opgenomen in bijlage A.

nazorg en interventie gescheiden kunnen zijn. Voor- en nazorg gebeuren zo dicht mogelijk bij huis, interventies zijn geconcentreerd in een 'focussed factory' setting.

Verbinding in de volle breedte van de Zeeuwse zorg door eenduidigheid

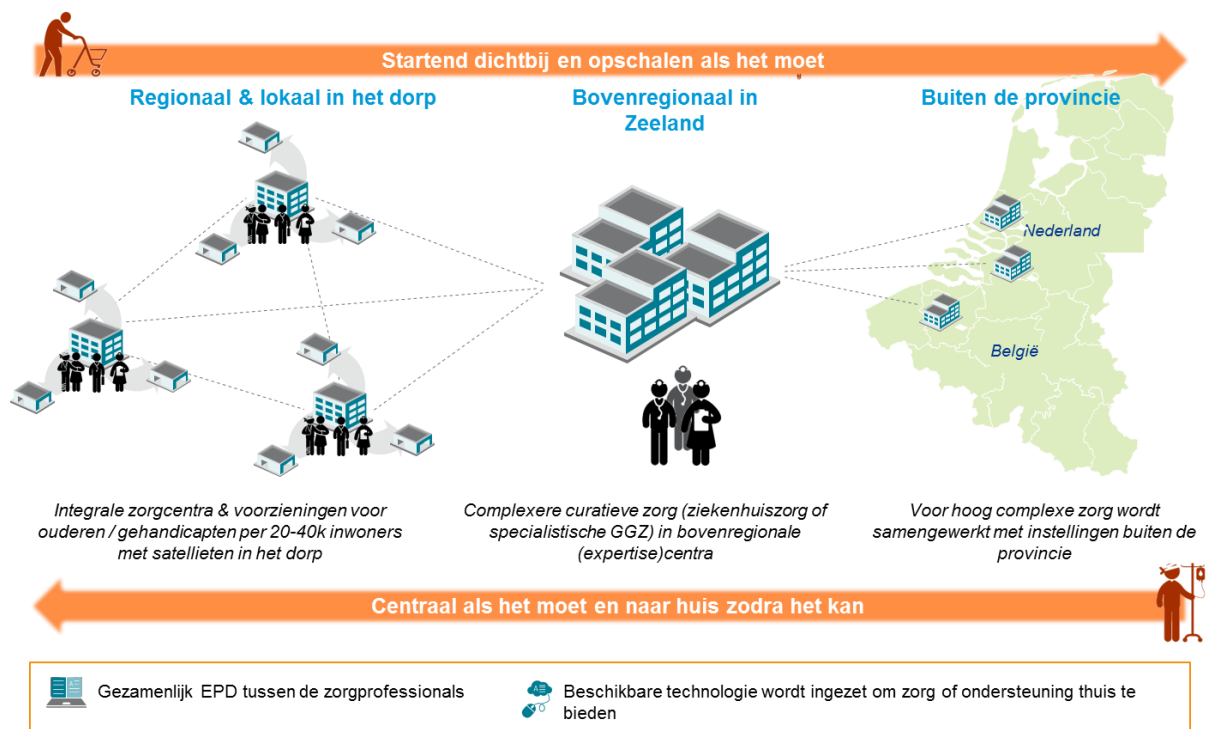
Kern: "Bundelen van krachten en toegankelijke informatie uitwisseling"

- Er zijn eenduidige protocollen en werkwijzen gekoppeld aan patiënten- en doelgroepen over instellingen heen. Voor de verloskunde betekent dit bijvoorbeeld dat de huisarts, gynaecoloog, eerste- en tweedelijns verloskundigen en kraamzorg door heel Zeeland een samenhangend zorgarrangement aanbieden, gebaseerd op een eenduidig protocol en werkwijze.
- Alle betrokken zorgverleners, mantelzorger én de patiënt zelf hebben op ieder moment inzicht in de patiëntgegevens, die up-to-date zijn. Door toegang van deze gegevens wordt enerzijds de zelfregie van de patiënt vergroot en anderzijds draagt het bij aan de samenwerking tussen zorgverleners en het voorkomen van onnodige zorg (bijvoorbeeld dubbeldiagnostiek).
- Indien de patiënt wordt doorverwezen naar andere partijen of een gezamenlijke behandeling nodig is, bestaat er naadloze informatieoverdracht tussen partijen. Naadloze overdracht houdt in dat de informatie begrijpelijk en eenduidig is en de overdracht tijdig gebeurt. Op deze manier hoeft de patiënt niet hetzelfde verhaal meerdere keren te vertellen, treedt er geen vertraging in het zorgarrangement op en voorkomt het onnodige zorg (bijvoorbeeld dubbeldiagnostiek).
- Naast informatie tussen de professionals is ook eenduidige en tijdige informatieverstrekking richting de patiënt en mantelzorger van belang. Informatieverstrekking is essentieel voor de patiënt om zelfregie te kunnen voeren.
- Er wordt in Zeeland optimaal van elkaar geleerd en kennis wordt optimaal benut. Bv. goed werkende initiatieven op kleine schaal worden op grotere schaal toegepast.
- Sturings- en bekostigingsmechanismen bevorderen zoveel mogelijk de uitkomst voor de patiënt en de onderlinge samenwerking ook over schotten en wetten heen. Alle partijen zetten zich in om prikkels die samenwerking in de weg staan daar waar mogelijk op te lossen.

5. Stip aan de horizon – zorg en gezondheid in Zeeland in 2025

Inleiding

Om te kunnen voldoen aan de genoemde behoeften en uitgangspunten in een gebied als Zeeland met haar specifieke geografische kenmerken dient er intensiever samengewerkt te worden door de zorgverleners. Hiertoe gaan we de zorg organiseren in netwerkstructuren. Door de organisatie van netwerken op verschillende schaalniveaus worden aanbieders met elkaar verbonden en kan een continue balans worden gezocht in concentratie en spreiding van zorg. Die balans sluit aan bij de bestaande zorg in de huidige reguliere structuur, die vaak voor de lager complexe zorgvraag al goed voldoet, en de noodzaak om voor de ouder wordende, en vaak multimorbide patiënt met complexere vragen, in het netwerk meer coördinatie en communicatie te organiseren. In de netwerken wordt de zorg rondom de patiënt georganiseerd. De patiënt staat dus centraal en heeft zoveel mogelijk de regie over de eigen zorg. Indien de patiënt dit niet zelf kan, wordt gekeken naar de mogelijkheden van de directe omgeving en anders wordt er een regievoerder benoemd in het professionele netwerk. Binnen deze netwerken vindt kennisdeling plaats, kwaliteitsborging en waar mogelijk worden faciliteiten gedeeld om zo doelmatiger de beschikbare middelen te gebruiken. Onderstaand figuur geeft een visuele representatie hiervan.



Om dit goed te kunnen organiseren is een aantal factoren van belang. De kwaliteit van de netwerken en daarmee de zorg is afhankelijk van het gedrag van de zorgverleners die onderdeel zijn van dat netwerk. Om een goed functionerend netwerk op te bouwen is er vertrouwen, kennis, gunnen en afspraken tussen partijen nodig. Met name voor gunnen en vertrouwen zullen partijen over hun eigen schaduw moeten stappen, waarbij het algemene belang leidend is en niet het belang van de organisatie. Om het gedrag in de voor de toekomst noodzakelijke richting te veranderen zijn ook prikkels en voorwaarden van buiten nodig. Denk dan aan een bekostigingsstructuur met lange termijn afspraken, en samenwerking doordat goede informatie uitwisseling is vastgelegd in een gezamenlijk (of goed communicerend) IT-systeem.

Organisatie van gezondheid

De inwoners van Zeeland spelen een belangrijke rol in de organisatie van gezondheid. Van hen wordt een hoge betrokkenheid verwacht, hetgeen betekent dat zij op eigen initiatief activiteiten ontplooiën om de gezondheid te bevorderen. Daarnaast spelen ook verschillende partijen zoals scholen,

werkgevers, zorgverzekeraars, gemeenten en zorgcentra een rol. In Zeeland willen we dat deze rol niet vrijblijvend is en partijen zich committeren aan een bepaalde verantwoordelijkheid. Daarnaast willen we de betrokken partijen bij de organisatie van gezondheid verbinden door middel van een (fysiek en virtueel) netwerk. Onderdeel van het netwerk is een simpel en overzichtelijk online platform. Het platform fungeert als plek voor kennisdeling tussen betrokkenen (inwoners en overige partijen).

De kern van het zorgen voor de gezondheid ligt bij de burgers zelf. Maar om ook zaken als een platform goed te organiseren zal een beperkte mate van regie gelegd worden bij de gemeenten (en via hen de GGD). Deze regiefunctie houdt onder andere in dat de GGD zorgt voor kennisdeling tussen initiatieven (bijvoorbeeld via een (virtueel) gezondheidsplatform), een adviesfunctie voor de initiatieven vervult en borgt dat er voldoende initiatieven zijn, verdeeld over de provincie. Daarnaast organiseren gemeenten en GGD het commitment van de partijen (in welke vorm dient nader bepaald te worden). Echter, er moet voorkomen worden dat de organisatie van gezondheid geïnstitutionaliseerd wordt. De regie zal dus licht moeten zijn en gericht op de eigen rol van burgers.

De zorg dichtbij huis: netwerken van integrale zorgcentra en servicepunten

Het uitgangspunt is om de zorg dichtbij huis te organiseren waar mogelijk en pas op te schalen indien dat echt noodzakelijk is. Hiertoe wordt een netwerkstructuur opgezet met integrale zorgcentra op regionaal niveau en diverse (virtuele) servicepunten in de dorpen.

Servicepunten voor zorg en ondersteuning in de dorpen

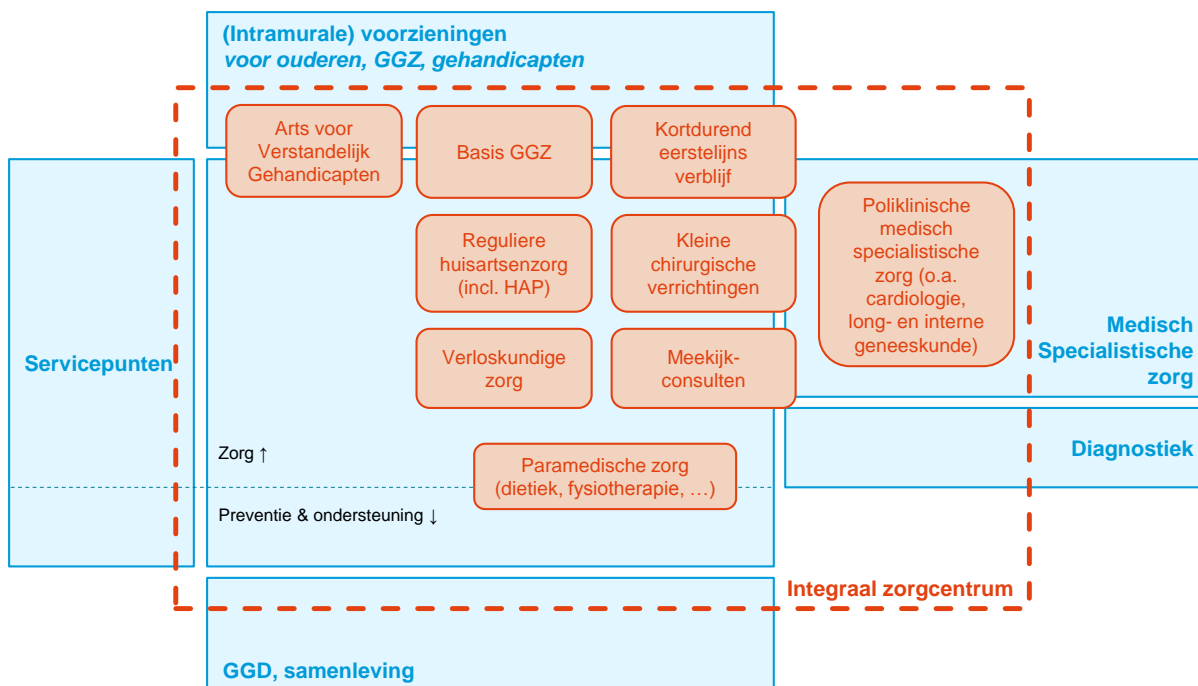
Dichtbij huis is zorg en ondersteuning mogelijk door het inrichten van (virtuele) servicepunten, waar wijkteams nauw samenwerken met thuiszorg, extramuraal GGZ en huisartsen om zo een holistische benadering van de inwoners te garanderen. Deze servicepunten zijn allen gelieerd aan één van de (regionale) integrale zorgcentra zodat kennisdeling en opschaling snel en eenvoudig geregeld kan worden. Ook kan het mogelijk gemaakt worden dat zorgverleners verbonden aan het integrale zorgcentrum, op specifieke momenten aanwezig zijn in het servicepunt om daar spreekuur te houden. De integrale zorgcentra kunnen ook facilitaire support leveren aan de servicepunten (denk aan IT-ondersteuning, financieel administratieve support, inkoop etc.).

We zien in Zeeland reeds verschillende initiatieven die zorg- en ondersteuningsvoorzieningen bieden in de dorpen. Maar ook de bestaande aanbieders zoals huisartsen en apothekers fungeren vaak al als centraal punt voor de bewoners. Uitgangspunt is dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van reeds aanwezige voorzieningen en initiatieven. Zo zijn er bijvoorbeeld in verschillende dorpen buurtplekken ingericht. Deze buurtplekken kunnen enerzijds ingezet worden om vrijwilligers, mantelzorgers en inwoners met een hulpbehoefte samen te laten komen voor sociale activiteiten of maatschappelijke participatie. Anderzijds kunnen zorg- en dienstverleners van de ruimtes in deze buurtplekken gebruik maken om diensten dicht bij huis mogelijk te maken op flexibele tijden. Zo'n buurtplek kan tevens ingezet worden om inwoners te faciliteren bij het opzetten van een eigen gezondheidsinitiatief (zie paragraaf over gezondheid).

Door gebruik te maken van reeds bestaande initiatieven en infrastructuur zullen de servicepunten niet in heel Zeeland hetzelfde zijn maar verschillende vormen gaan aannemen. Daarmee kunnen ze beter op de lokale situatie en vragen van de inwoners aansluiten.

Integrale zorgcentra op regionaal niveau

Op regionaal niveau wordt een aantal zogenaamde integrale zorgcentra (vergelijk dit met anderhalvelijns centra) ingericht. Het integrale zorgcentrum bevat zorg- en ondersteuningsfuncties en onderhoudt nauwe relaties met de servicepunten (in de dorpen), de ziekenhuizen, thuiszorg, ouderenzorg- en GGZ instellingen. Ook wordt hier verbinding gemaakt met de Wmo vanuit de gemeenten. Onderstaande figuur geeft een mogelijk denkmodel voor deze centra schematisch weer.



Figuur: Denkmodel invulling integraal zorgcentrum

Dit denkmodel is bedoeld als voorbeeld. In Nederland bestaan er inmiddels al een aantal varianten op dit model. Voorbeelden hiervan zijn Blauwe Zorg in Zuid Limburg en Sunenz in Drachten. Nadere uitwerking is nodig voor de daadwerkelijke inrichting, invulling van de governance structuur, de regierol en het bepalen van het aantal benodigde zorgcentra en de locatie van deze centra. Hierbij moet worden uitgegaan van bestaande faciliteiten en initiatieven en geformuleerd worden op basis van logische kernen van inwoners en een rendabele schaal. De integrale zorgcentra dienen te voorzien in de behoeften van de inwoner van de specifieke regio's, daarnaast zullen ze ook aansluiten op bestaande initiatieven. Hierdoor zullen ze wellicht niet allen exact dezelfde invulling krijgen.

Binnen het integraal zorgcentrum worden verschillende functies onderscheiden waarbinnen professionals nauw samenwerken. Hierbij kun je denken aan:

Huisartsenzorg inclusief meekijkconsulten en kortdurend eerstelijnsverblijf: Alle huisartsen in Zeeland zijn gelieerd aan een integraal zorgcentrum. Deze samenwerkingsstructuur sluit zo goed mogelijk aan bij de huidige samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, zoals de zorggroepen. Huisartsen zullen hierin, naast de servicepunten, deels ook fysiek spreekuur houden. Daarnaast is het voor huisartsen mogelijk om bij twijfel (eenmalig) een specialist te consulteren. Het doel van deze consultatie is om overbodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen. De huisarts kan patiënten insturen voor deze consultatie en patiënten worden na afloop terugverwezen naar de huisarts of doorverwezen naar de tweede lijn. In het centrum komen ook een aantal kortdurend eerstelijnsverblijf bedden. Deze bedden bieden een tijdelijk verblijf aan inwoners (voornamelijk ouderen) die ondanks maximale inspanning niet te behandelen zijn in de thuissituatie. De maximale opnameduur is 3 weken en het doel is om ziekenhuisopname te voorkomen. Het streven is uitstroom naar huis, maar sporadisch zal ook doorstroom naar het verpleeghuis of de tweede lijn tot de mogelijkheden behoren. Dit concept is vergelijkbaar met de al bestaande seniorenkliniek in Hulst, georganiseerd door Curamus samen met de huisartsengroep Pallion.

Medisch specialistische poliklinische spreekuren: In het centrum wordt medisch specialistische poliklinische zorg geleverd die past bij de zorgvraag in de regio. Naast consulten kunnen ook kleine ingrepen worden uitgevoerd. Kortdurend eerstelijns verblijfsbedden zijn – indien de schaalgrootte het toelaat - beschikbaar om patiënten tijdelijk op te vangen voor of na een dergelijke ingreep.

HAP: Het integrale zorgcentrum biedt op enkele locaties ook ruimte aan de HAP. Bewoners van de regio kunnen hier 24/7 met hun lager complexe spoedvragen terecht (na telefonische triage via de centrale triage dienst). Op specifieke locaties en/of in de zomermaanden is op basis van de bevolkingssamenstelling en potentiële zorgvraag de HAP te upgraden naar een HAP+. Dit biedt

functies zoals als extra beeldvormende diagnostiek (röntgen), bloedafnames en bepalingen en aanvullende kleine interventies en behandelingen, zoals gipsen, in de integrale zorgcentra. De HAP is hiervoor eventueel uit te breiden met een SEH-verpleegkundige en eventuele andere ondersteunende functies.

(Eerstelijns) diagnostiek: Binnen het integrale zorgcentrum zullen ook verschillende diagnostiek functies geboden worden. Denk aan functie-onderzoek, bloedafnames en –bepalingen. Wat er precies nodig is aan diagnostiek in het integrale centrum hangt af van de keuzes rondom het aanbod.

Preventie en mobiliteit: In het integrale zorgcentrum zal ook ruimte zijn voor activiteiten gericht op gezondheid en preventie waarvoor schaalgrootte noodzakelijk is. Hieronder noemen we een aantal mogelijke activiteiten:

- Informatie en adviespunt voor burgers: mantelzorgondersteuning; vrijwilligersinzet en contact; aanvragen Wmo, WLZ, ZVW; aanvragen, inzet en gebruik van hulpmiddelen (inclusief een winkel voor verhuur en verkoop van hulpmiddelen);
- Centraal loket voor wijkverpleging en gebiedsteams;
- Activiteiten gericht op het tegengaan van eenzaamheid: dagbesteding of restaurantfunctie;
- Specifieke modules om inwoners zelfredzaam te houden, zoals: eigen regie, zelfredzaam thuis, FACT programma voor ouderen met lichte cognitieve problemen, yoga en dansen voor Parkinsonpatiënten, paramedische behandeling zoals fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, psycholoog.

Bij het inrichten van het integrale zorgcentrum wordt waar zinvol en mogelijk gebruik gemaakt van nieuwe en innovatieve vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld E-health. De integrale zorgcentra vormen met elkaar een netwerk om kennisdeling en scholing te stimuleren. Door de nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders is gerichte opschaling mogelijk indien nodig. De verschillende betrokken partijen maken gezamenlijke verwijfsafspraken over specifieke doelgroepen en zorgen voor terugkoppeling hierop. Door deze terugkoppeling kunnen professionals van elkaar leren door de informatie-uitwisseling over de doorgestuurde patiënten (fysiek in het integrale zorgcentrum of telefonisch/digitaal middel het EPD). Hiermee is verdere ontwikkeling van doelgroepgerichte behandeling mogelijk.

(Intramurale) voorzieningen voor gehandicapten en ouderen

Op regionaal niveau zijn (intramurale) voorzieningen voor gehandicapten en ouderen beschikbaar. Deze voorzieningen werken nauw samen met de integrale zorgcentra. Zorg en ondersteuning die niet meer vanuit de integrale zorgcentra geboden kan worden wordt opgeschaald naar de voorzieningen voor ouderen en gehandicapten. De intramurale voorzieningen maken niet alleen door opschaling onderdeel uit van de zorgnetwerken. Zij leveren waar relevant ook de capaciteit (mensen en middelen) om bepaalde functies in de integrale zorgcentra te leveren. Denk bijvoorbeeld aan de inzet van verpleegkundigen en/of de specialist ouderengeneeskunde voor geriatrische problematiek en de beddenfunctie in het integrale zorgcentrum of een spreekuurfunctie voor de AVG (Arts voor Verstandelijk Gehandicapten).

Farmaceutische zorg buiten openingstijden

Er komt voor heel Zeeland één dienstdoende apotheker met één centraal nummer gedurende de nacht- en weekenduren. Deze doet de bereidingen en uitgiftes van de medicatie. Voor distributie zal apart vervoer worden ingezet. Er dient nader onderzocht te worden of dit gecombineerd kan worden met ambulance en/of HAP vervoer.

Een alternatieve optie voor één dienstdoende apotheker is om de dienstdoende ziekenhuisapotheek middels aparte overeenkomsten met de overige apothekers ook de (publieke) dienstdoende apothekersrol te laten vervullen. Daarmee ontstaan er twee bereidings- en uitgiftepunten in Zeeland. Deze kunnen de huidige dienstdoende apotheker vervangen. Ook hier is combinatie met ambulance en/of HAP-vervoer voor de distributie nodig. Op dit moment staat de huidige wet- en regelgeving dit model (nog) niet toe. Vanuit doelmatigheidsoverwegingen is herbezinning op deze wet- en regelgeving wenselijk.

Op termijn zijn bovenstaande modellen te combineren met de uitlevering van medicatie in HAP's en integrale zorgcentra door robots, die vanuit de dienstapotheek beheerd worden. Randvoorwaarde

voor alle opties is dat er sprake is van één database waarop huisartsen ook kunnen inloggen en dat de apothekers inzicht hebben in de benodigde patiëntgegevens (EPD).

Medisch specialistische zorg vanuit twee ziekenhuizen met een gedifferentieerd profiel

Gezien de infrastructuur, bevolkingsdichtheid en steeds scherper wordende volume- en kwaliteitsnormen voor meer complexe ingrepen is het kwalitatief en financieel niet langer mogelijk om twee ziekenhuizen met een volledig functiepakket te behouden. Behoud van twee volledige ziekenhuizen zou betekenen dat een steeds groter wordend deel van de (complexe) medisch specialistische zorg weglekt uit Zeeland waarmee er twee uitgeklede ziekenhuizen overblijven en de beschikbaarheid van acute spoedzorg 24/7 niet meer adequaat gefinancierd kan worden.

Om te komen tot een optimalisatie van de bedrijfsvoering, ondersteunende diensten en een optimale taakverdeling en schaalgrootte van de meer complexe medische specialistische zorg is er in de toekomst intensieve samenwerking nodig tussen de twee huidige ziekenhuizen.

Twee ziekenhuizen met gedifferentieerd profielen op de complexe medisch specialistische zorg⁶

In de toekomst zal er sprake zijn van twee algemene ziekenhuizen in Zeeland, maar wel met een gedifferentieerd profiel. Gelet op ontwikkelingen in volume- en kwaliteitsnormen en bevolkingssamenstelling zal de complexe zorg via een transitieperiode geconcentreerd worden op één van de ziekenhuislocaties, waarbij beide ziekenhuizen hierbij wel direct betrokken blijven. Niet-vrijblijvende samenwerking is dus nodig en hiervoor dienen verschillende mogelijkheden verkend te worden het komende jaar. Op deze locatie zijn de voorzieningen aanwezig die nodig zijn voor het verlenen van deze complexe zorg waarbij we minimaal de zorg verstaan waarvoor volumenormen gelden (zie bijlage A voor de volledige lijst). Het voor- en na-traject voor de betreffende interventies kan op de andere ziekenhuislocaties plaatsvinden en daarmee dus laagdrempelig toegankelijk. Ook moet bekeken worden welke zorg mogelijk in de integrale zorgcentra kan plaatsvinden. Om dit goed te laten verlopen zijn nauwe (niet vrijblijvende) samenwerking tussen de partners in de keten en gezamenlijke – regionale - zorgarrangementen en protocollen noodzakelijk.

Om de taakverdeling op het gebied van de complexe zorg mogelijk te maken is een intensieve samenwerking tussen én de beide ziekenhuisorganisaties en de medisch specialisten nodig. Medisch specialisten kunnen daarbij op meerdere locaties werkzaam zijn. De vorm van samenwerking van ziekenhuizen en medisch specialisten is daarbij volgend op de functionele vereisten.

Verwijzing of samenwerking buiten Zeeland wanneer in Zeeland niet aan kwaliteitseisen kan worden voldaan

Er moet goed gekeken worden welke zorg binnen Zeeland aangeboden wordt. Daar waar binnen Zeeland niet aan de kwaliteitseisen en volumenormen kan worden voldaan, is verwijzing naar ziekenhuizen buiten Zeeland of een intensief samenwerkingsverband met deze centra nodig. Daarbij valt met name te denken aan academische of topklinische ziekenhuizen in bijvoorbeeld Rotterdam (Erasmus MC), Breda (Amphia ziekenhuis) en Gent (o.a. UZ Gent). Voor de hoog specialistische zorg die slechts op enkele plekken in Nederland wordt aangeboden, kan dit zelfs nog verder weg zijn.

Acute ziekenhuiszorg wordt op beide ziekenhuislocaties geleverd

Op beide ziekenhuislocaties wordt acute zorg geleverd, om zo voor de inwoners van Zeeland aan de 45-minuten bereikbaarheidsnorm te kunnen voldoen. Zowel ADRZ locatie Goes als ZorgSaam locatie Terneuzen zijn door het RIVM aangemerkt als gevoelige SEH's⁷. De twee locaties hebben in samenhang met de differentiatie van de complexe zorg ook een gedifferentieerd profiel ten aanzien van de acute zorg. Complex acute zorg vindt plaats op de locatie waar ook de complexe interventies

⁶ Onder complexe zorg verstaan we (minimaal) de zorg waarvoor volumenormen gelden (oncologische interventies, een aantal cardiovasculaire en overige interventies). Zie bijlage A voor een volledige lijst van deze aandoeningen.

⁷ G.J. Kommer et al. Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van spoedeisende hulp in Nederland. Analyse gevoelige ziekenhuizen. RIVM briefrapport 2015-0077.

worden geleverd zodat optimaal gebruik wordt gemaakt van de beschikbare infrastructuur. Triage en reguliere acute zorg vindt op beide locaties plaats. Overigens vraagt het model van differentiatie om een goede opvang én vervoer van patiënten in een acute situatie. Dit goede vervoer is beschikbaar, waar noodzakelijk kan een helikopter voor vervoer worden ingezet. Ook het kunnen beschikken over één EPD is cruciaal voor het op kwalitatief goede wijze kunnen borgen van de differentiatie.

Op de twee acute locaties is ook een huisartsenpost (HAP) aanwezig. De SEH en HAP worden geïntegreerd zodat zij een gezamenlijke triage hebben en als één organisatie werken. De acute locaties hebben ook een nauwe samenwerking met de huisartsenposten die niet fysiek gekoppeld zijn aan de SEH maar bijvoorbeeld gelegen zijn in een integraal zorgcentra. Met die locaties wordt ook 'achter de voordeur' samengewerkt als één organisatie. Dit houdt onder andere in dat er duidelijke verwijzingsafspraken zijn.

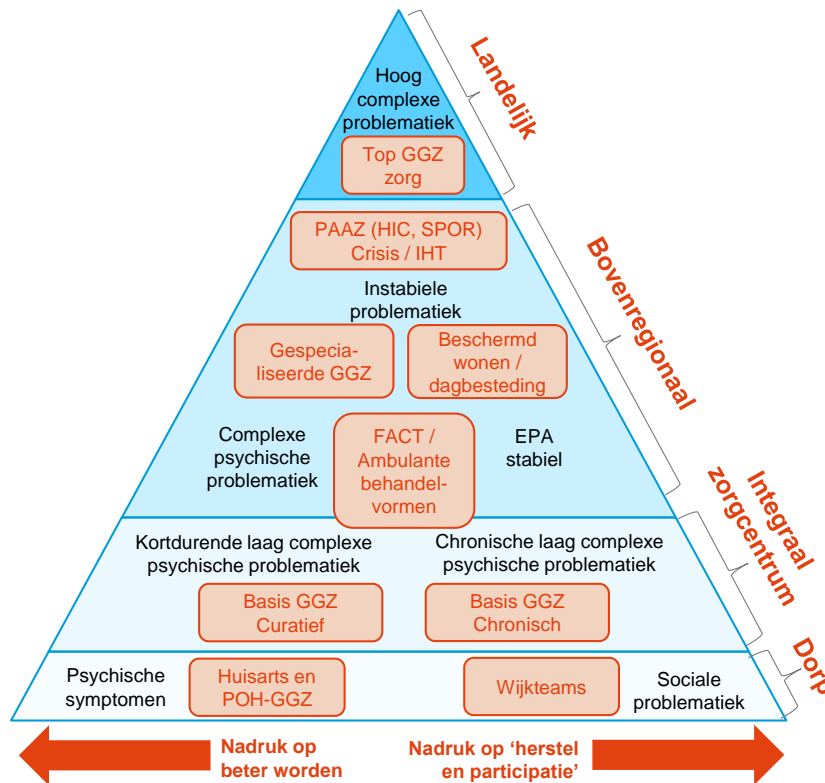
Voor alle (sub)acute zorgvragen, zowel doordeweeks als in de ANW-uren, komt bij voorkeur één triagenummer voor heel Zeeland, de 'centrale zorgmeldkamer Zeeland'. Los van het centrale alarmnummer 112, kunnen inwoners en passanten met een acute zorgvraag (inclusief acute GGZ) dit nummer bellen voor medisch advies en worden zij - indien nodig - doorverwezen naar een HAP, SEH, ambulance, thuiszorg, verpleeghuisachterwacht of crisis GGZ.

Minder complexe klinische medisch specialistische zorg wordt op beide ziekenhuislocaties geleverd

De minder complexe klinische medisch specialistische zorg wordt geleverd vanuit beide ziekenhuisorganisaties. Dit gebeurt waar mogelijk vanuit het one-stop-shop principe, waarbij op één dag alle onderzoeken/ gesprekken rondom (groepen van) zorgvragen worden geclusterd. Dit is met name interessant voor de chronische patiënten. Waar mogelijk wordt gekeken of onderdelen van het traject dichtbij de patiënt geleverd kunnen worden, bijvoorbeeld vanuit een buitenpolikliniek of integraal zorgcentrum waar de medisch specialist ook spreekuur houdt. Waar dit vanuit het oogpunt van service en doelmatigheid wenselijk is, kan de electieve zorg over de locaties gelateraliseerd worden. Dit gebeurt dan onder meer op basis van behoefte van de bevolking en beschikbare infrastructuur. De electieve medisch specialistische zorg kan ook plaatsvinden in Zelfstandig Behandelcentra (ZBC's), echter alleen zolang dit niet ten koste gaat van de kernfuncties van de ziekenhuizen.

Geestelijke gezondheidszorg

Het uitgangspunt is om GGZ zorg dichtbij huis te organiseren waar mogelijk en pas op te schalen indien dat echt noodzakelijk is. Hiertoe sluit de GGZ zich zoveel mogelijk aan bij de netwerken van integrale zorgcentra en servicepunten. Onderstaand figuur laat het denkmodel zien voor de GGZ zorg in de toekomst voor Zeeland.



Figuur: Denkmodel organisatie van geestelijke gezondheidszorg

Gespecialiseerde GGZ wordt bovenregionaal georganiseerd

De gespecialiseerde GGZ wordt bovenregionaal georganiseerd. Bovenregionaal georganiseerd betekent dat kennis en expertise op bovenregionaal niveau gebundeld en aan elkaar verbonden is.

De gespecialiseerde zorg en ondersteuning wordt echter *daar waar mogelijk* zo dicht mogelijk bij huis uitgevoerd. Dit betekent dat er in de klinische GGZ faciliteiten zoveel mogelijk wordt ingezet op extramuraal ondersteuning en afbouw van bedden. Er moet op bovenregionaal niveau gezamenlijke afspraken gemaakt worden over het aantal af te bouwen bedden. Klinische afbouw wordt opgevangen door beschikbaarheid van goede extramuraal ondersteuning, dit betekent:

- Voor de gespecialiseerde GGZ zorg die gericht is op beter worden (curatief) gaat dit om de beschikbaarheid van goede ambulante behandelingen.
- Voor gespecialiseerde GGZ zorg gericht op herstel en participatie (met name de ernstig psychische aandoeningen, de EPA doelgroep) gaat dit om ondersteuning thuis door FACT teams. De FACT teams werken ambulante en hebben korte lijnen met wijkteams. Zij worden centraal aangestuurd en georganiseerd.
- Acute instabiele GGZ cliënten kunnen gebruik maken van Intensive Home Treatment- teams (IHT). IHT teams zijn in staat om crisis behandelingen thuis uit te voeren en maken crisisopname zoveel mogelijk overbodig.

Een aantal gespecialiseerde faciliteiten zijn *alleen bovenregionaal beschikbaar*.

- Er is één PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) in Zeeland. Hier is een High & Intensive Care (HIC) en een Spoedeisende Psychiatrische OnderzoeksRuimte (SPOR) aanwezig.
- Met betrekking tot andere faciliteiten wordt er gekeken hoe gezamenlijke – ook doelgroep overstijgend – kennisbundeling mogelijk is en/of beter gebruik gemaakt kan worden van bestaande faciliteiten:
 - Creëren van een integrale voorziening op bovenregionale schaal voor patiënten met zowel een licht verstandige beperking (gedragsproblemen) als een GGZ aandoening. Op het snijvlak van drie doelgroepen namelijk ghz, jeugd en GGZ komt er één integrale voorziening met tijdelijke opvang, observatie en flexibel verblijf.

- Creëren van een integrale voorziening op bovenregionale schaal voor de ouder wordende patiënt met verslavingsproblematiek. Op het snijvlak van GGZ en ouderenzorg komt ook hier één integrale voorziening met tijdelijke opvang, observatie en flexibel verblijf.
- Beter gebruik maken van de beschermd wonen faciliteiten in Zeeland: combinatie verblijf en activiteiten beschermd wonen.

De gespecialiseerde GGZ verwijst eventueel door naar super specialistische GGZ topzorg die is geconcentreerd in Nederland.

Basis GGZ zorg is beschikbaar via de integrale zorgcentra

De GGZ zorg moet aansluiting vinden bij de lokaal ingerichte zorgstructuren, dit betekent dat basis GGZ zorg beschikbaar is via de integrale zorgcentra. Dit is de basis GGZ zorg voor chronische patiënten en de basis GGZ zorg gericht op beter worden (curatief).

Dagbesteding doelgroep overstijgend georganiseerd

De dagbesteding voor chronische stabiele GGZ patiënten wordt doelgroep overstijgend georganiseerd wat betekent dat waar mogelijk de dagbesteding voor GGZ patiënten samen georganiseerd wordt met de dagbesteding van gehandicapten en ouderen. Nader onderzoek – in nauw overleg met gemeenten, die vanuit de Wmo hiervoor verantwoordelijk zijn - is nodig om dit per regio verder vorm te geven.

Dorpsniveau via servicepunt

GGZ zorg gericht op beter worden of stabiliseren met medicatie is beschikbaar via huisarts, POH GGZ en e-health (o.a. behandeling, medicatie en vinger aan de pols)

GGZ zorg gericht op herstel en participatie is georganiseerd via wijkteams (deze zorg betreft o.a. schuldhulpverlening, begeleiding, dagbesteding). Zij hebben nauwe samenwerking met huisarts, POH en FACT teams. Vanuit de wijkteams wordt tevens de verbinding gelegd tussen de verschillende GGZ doelgroepen: GGZ, jeugdzorg, Wmo zorg, verslavingszorg en forensische zorg.

Overkoepelende randvoorwaarden voor de stip aan de horizon

Om de levering van goed passende zorg in de netwerkstructuren te kunnen realiseren, zal ook een aantal overkoepelende randvoorwaarden goed op orde moeten zijn. Hieronder geven wij een 1^e overzicht van deze randvoorwaarden. Deze lijst is niet uitputtend. Uitwerking in een later stadium is nodig. Hieronder geven we een paar eerste hoofdlijnen weer.

Netwerkorganisatie rond doelgroepen

De inrichting van de zorginfrastructuur in Zeeland moet geënt zijn op de zorgvraag en behoeften van de burgers en patiënten. De benodigde behoefte aan coördinatie en afstemming is niet alleen te vinden in het herinrichten van de –fysieke- zorglocaties. In de toekomst zijn netwerken rondom de verschillende doelgroepen (denk aan oncologie, cardiovasculair, moeder/kind zorg, kwetsbare ouderen) een belangrijk onderdeel van infrastructuur. Binnen de netwerken worden zorgarrangementen ontwikkeld, vindt afstemming tussen aanbieders plaats, maar kunnen ook patiëntenfora en online zorg worden geboden. De netwerken zijn overstijgend aan de fysieke infrastructuur maar vormen het –virtuele- verzamelpunt voor professionals die samenhangende zorg voor onderscheiden doelgroepen leveren. Professionals in het netwerk werken samen om het zorgarrangement dat bij een bepaalde vraag hoort te leveren, maar zijn daarnaast ook bezig met het verder ontwikkelen van de zorg passend bij de vraag en nieuwe inzichten en mogelijkheden (zorglevering en –ontwikkeling voor doelgroepen). Medisch leiderschap en het vermogen om tot consensus te komen over behandelaanbod, staat hierbij centraal. Patiënten met vergelijkbare aandoeningen en zorgvragen vinden in het zorgnetwerk een op hun behoefte afgestemde setting en aanbod. In het netwerk staat de patiënt centraal.

Eén coördinator / regisseur

Bewoners met meer complexe aandoeningen of multipale zorgvragen hebben behoefte aan een regisseur die hen helpt 'om het juiste moment en tijd de zorg te krijgen waar dat nodig is. De

regisseur is de navigatiehulp van de patiënt in zijn zorgtraject. Afhankelijk van de behoefte en situatie van de patiënt is te denken aan: het helder krijgen van de zorgvraag, de coördinatie van zorg en begeleiding, het realiseren van zorg zo dicht mogelijk bij huis, de nazorg en waar nodig het begeleiden van de mantelzorgers. Wie de regisseur is hangt af van de aard en complexiteit van de zorgvraag. Dit kan variëren tussen wijkverpleegkundige, huisarts, verpleegkundige of medisch specialist. De regisseur heeft een duidelijk en herkenbaar eigen gezicht voor patiënt en mantelzorgers.

Eén gemeenschappelijk EPD

De informatie over zorgvrager en patiënten in Zeeland is via één systeem (of een aantal goed onderling communicerende systemen) naadloos aan elkaar gelinkt. Hierdoor hebben alle betrokken zorgverleners en de patiënt zelf toegang tot hetzelfde patiëntendossier (EPD). Eigen inzicht in het EPD draagt bij aan de zelfregie en daarnaast kan de patiënt ook de eigen mantelzorg om hem heen toegang tot dit patiëntendossier verlenen. De komst van één systeem of gelinkte systemen voor dossiers faciliteert naadloze aansluiting van zorg en samenwerking tussen partijen. In het EPD vindt directe rapportering plaats, waardoor de informatie in het EPD altijd up-to-date is. Verschillende zorgverleners hebben inzicht in elkaars informatie en uitslagen, hierdoor wordt vertraging door overdracht geminimaliseerd, hoeft de patiënt niet onnodig hetzelfde verhaal te vertellen en wordt onnodige zorg (bijvoorbeeld dubbeldiagnostiek) voorkomen. Onderlinge verwijzingen en kennisuitwisseling kunnen ook plaatsvinden via het EPD.

Bestaande systemen en reeds aanwezige koppelingen vormen zoveel als mogelijk de basis voor de totstandkoming van het ene EPD voor Zeeland. Zeker ook de beschikbaarheid van het al functionerende LSP wordt meegenomen.

Inzet technologie om zorg op afstand te leveren en zelfregie te bevorderen

Technologie wordt ingezet om zorg op afstand te leveren in de thuissituatie. Dit kan bijvoorbeeld door het inrichten van e-consulten, waarbij vanuit de eigen locatie een videoverbinding (via computer, telefoon of tablet) tot stand wordt gebracht met de benodigde zorgverlener. Een voorbeeld van een doelgroep waar dit toegevoegde waarde heeft, is palliatieve patiënten in de laatste levensfase. Deze patiënten kunnen vragen stellen aan de relevante zorgverleners zonder dat zij hoeven reizen naar een andere locatie. Zorg op afstand is geschikt wanneer de zorgverlener de patiënt niet fysiek hoeft te zien. Van moderne oplossingen wordt ook gebruik gemaakt om zelfregie te bevorderen, dit kan bijvoorbeeld door gebruik van applicaties op de tablet of mobiele telefoon die de patiënt helpt de eigen conditie te monitoren of ondersteuning in de behandeling te bieden (bijvoorbeeld voor het bijhouden van medicatie inname). Een ander voorbeeld van nieuwe technologie is point of care testing waarbij in de thuissituatie bepaalde diagnostiek kan plaatsvinden, in plaats van elders. Point of care testing is reeds beschikbaar voor het meten van bloedglucose, bloedstolling of hemoglobine.

Slim gebruik maken van bestaande faciliteiten

Door reistijden en de lage bevolkingsdichtheid is flexibiliteit in de inzet van faciliteiten noodzakelijk. Inzet voor meerdere doeleinden en gebruikers kan bijdragen aan een financieel gezonde exploitatie van de benodigde voorzieningen. Samenwerking tussen zorgaanbieders en andere partijen in en rondom de zorg zal hiervoor nodig zijn (denk bijvoorbeeld aan de combi van wijkcentra en integrale zorgcentra, ambulance en medicatievervoer)

Contractering en financiering

De wijze van zorgcontractering biedt een belangrijke basis én incentive om bij te dragen aan hoogwaardige en samenhangende zorg. Niet alleen aanpassing van de organisatie van de zorg, maar ook een aanpassing van de wijze van zorgcontractering is nodig om ervoor te zorgen dat er ook daadwerkelijk in netwerken kan worden samengewerkt. Naast of – als nodig en mogelijk – in plaats van de reguliere contractering, zal daarom de contractering gebaseerd moeten zijn op bijvoorbeeld:

- het bieden van samenhangende zorg aan doelgroepen (doelgroepbekostiging);
- de uitkomsten die zorgaanbieders – samen – voor de deze doelgroepen realiseren (outcomebased contracting);
- hoofdaannemerschap en onderaannemerschap in combinatie met shared savings.

Daar waar substitutie van zorg van de 2^e naar de 1^e lijn plaats vindt, of waar concentratie van complexe zorg plaats vindt, moet er – indien noodzakelijk – ruimte zijn voor een financiële transitieperiode die het mogelijk maakt om afbouw van voorzieningen mogelijk te maken. Indien er wettelijke beperkingen zijn (bijvoorbeeld mededingsrechtelijk ten aanzien van samenwerking met andere zorgverzekeraars), dan moet dit besproken worden met betrokken instanties.

6. Plan van aanpak

Het realiseren van de stip aan de horizon voor de zorg van Zeeland bevat verschillende uitdagingen. Een gedegen plan van aanpak, waarin de verschillende partijen écht samenwerken om de gezamenlijke visie te verwezenlijken, is van belang. Dit hoofdstuk beschrijft het plan van aanpak voor de komende twee jaar, waarin de eerste acties zijn gericht op de grootste uitdagingen.

Transitie aan de hand van de vier grootste uitdagingen

Het plan van aanpak is gestructureerd in vier grote werkstromen. Deze vier werkstromen zijn gekozen op basis van de vier grootste uitdagingen voor de zorg in Zeeland én op de belangrijkste behoeftes van de bewoners. Op deze manier wordt gericht toegewerkt naar een stabiel zorglandschap van de toekomst dat aansluit bij de behoeftes van de bewoner. De vier werkstromen bestrijken daarmee ook de gebieden waar de grootste transitie nodig is. Van andere punten uit de stip aan de horizon verwachten we dat deze in kleiner verband kunnen worden uitgewerkt en krijgen niet de focus in het plan van aanpak. Onderstaand een toelichting op de vier werkstromen:

- 1. Integrale zorgcentra & servicepunten** – Deze werkstroom richt zich op het vormgeven van de integrale zorgcentra en servicepunten en het opzetten van de netwerkstructuur hiertussen. Het organiseren van eerstelijnszorg in combinatie met gehandicapten, GGZ- en ouderenzorg en medisch specialistische expertise in integrale zorgcentra is een grote uitdaging voor Zeeland.
- 2. Medisch specialistische zorg** – Deze werkstroom richt zich op de intensivering van de samenwerking tussen de twee ziekenhuizen in Zeeland. De volledige breedte van de medisch specialistische zorg dient daarbij bekeken te worden: van electief laag complex tot acute en complexe zorg. Het accent zal daarbij zeker in eerste instantie op de complexe zorg liggen.
- 3. GGZ** – Deze werkstroom richt zich op de inrichting van een toekomstbestendige GGZ infrastructuur. Het gaat hier om de inrichting van deze zorg op (boven)regionaal niveau en het organiseren van een goede afstemming met de integrale zorgcentra.
- 4. IT** – Deze werkstroom richt zich op de implementatie van een Zeeland-breed gezamenlijk EPD. Zorgaanbieders gebruiken op dit moment een grote diversiteit aan verschillende systemen die niet of onvoldoende met elkaar communiceren. Samenwerking binnen netwerkstructuren vraagt om gedeelde informatie voorziening, het liefste via een gedeelde IT-infrastructuur. Hier is specifieke kennis van zowel de zorginhoud en IT voor nodig. Tevens vergt dit pragmatisch denken om gebruik van bestaande IT-infrastructuur zo veel mogelijk te benutten.

In de onderstaande tabel is de samenhang op hoofdlijnen tussen de werkstromen en de behoeftes van de bewoners, weergegeven:

	Integrale zorgcentra & servicepunten	Medisch specialistische zorg	GGZ	IT
Holistische benadering van de patiënt	✓		✓	
Juiste zorg op de juiste plek	✓	✓	✓	
Snelle toegang tot de zorg	✓		✓	
Juiste bejegening	✓	✓	✓	
Bundeling van krachten tussen zorgverleners	✓	✓	✓	✓
Goede coördinatie en efficiënte regie	✓	✓	✓	✓
Eenduidige informatie ontsluiten				✓
Efficiëntie stimuleren		✓		✓

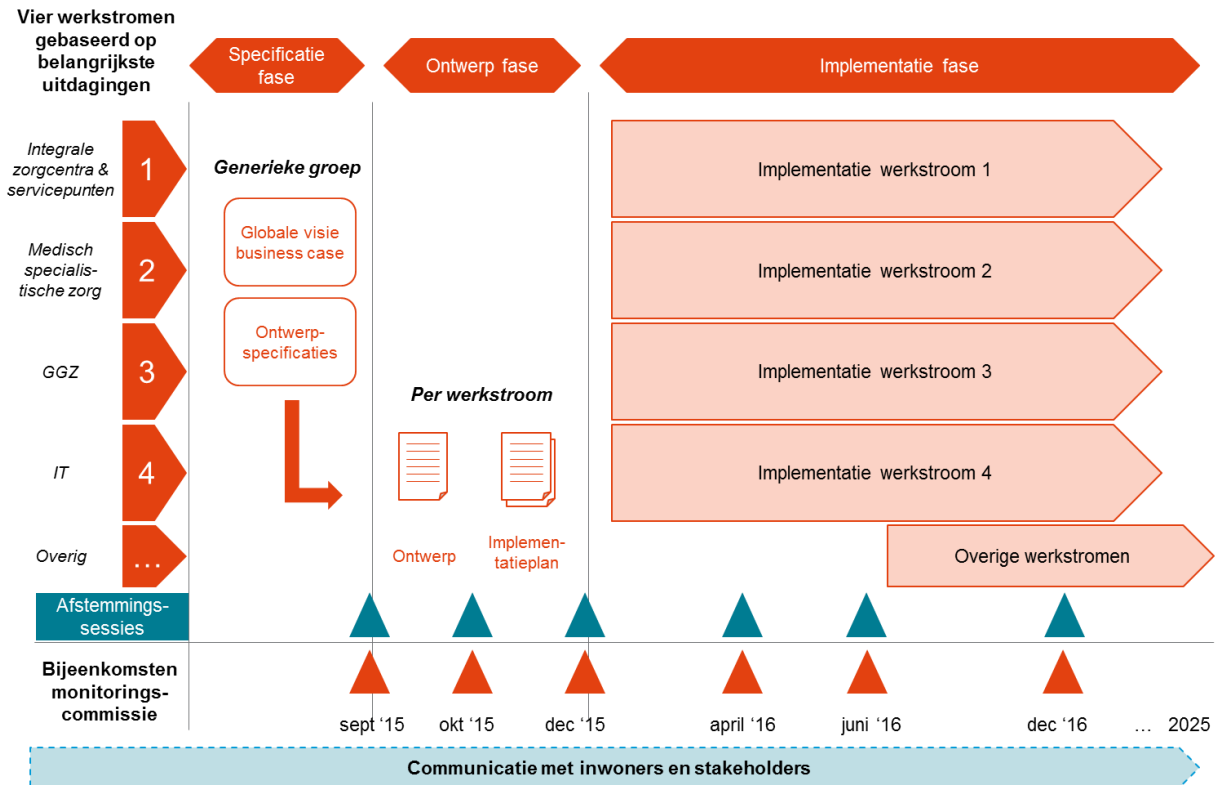
Naast deze werkstromen die betrekking hebben op de directe zorgvoorzieningen in de provincie, is het ook cruciaal dat de noodzakelijke –externe- randvoorwaarden aanwezig zijn om de plannen ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren. Onderwerpen die in dat kader om uitwerking vragen zijn:

- De beschikbaarheid van investeringsruimte om zowel de noodzakelijke transities als benodigde innovaties (denk aan EPD en e-health) vorm te kunnen geven.
- Een transitieplan voor het zorgvastgoed in de provincie waarbij een transitie van oude voorzieningen naar nieuwe voorzieningen mogelijk wordt gemaakt; uiteraard zal daarbij zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande voorzieningen
- Uitwerking van een passende vorm van contractering voor betrokkenen.

- Passende randvoorwaarden waarbinnen vorm en inhoud gegeven kan worden aan noodzakelijke vernieuwingen (denk bijvoorbeeld aan passende ACM regelgeving)

In drie fases aan de slag met het realiseren van de toekomstvisie

Voor de uitwerking denkt de commissie aan een plan van aanpak zoals dat in hoofdlijnen in onderstaande figuur visueel is weergegeven. Dit plan van aanpak bevat drie fases: een specificatiefase (zomerperiode 2015), een ontwerpfase (september tot december 2015 / 1^e kwartaal 2016) en een implementatiefase (eerste maanden van 2016).



Figuur: schematische weergave van het plan van aanpak

Per fase denkt de commissie aan de volgende elementen:

De specificatiefase: de basis leggen voor de werkstromen

Het doel van de specificatiefase is om een stevige gezamenlijke basis te leggen voor de vier werkstromen. In deze fase wordt de visie van de commissie 'Toekomstige Zorg Zeeland' vertaald naar een globale business case en ontwerpspecificaties.

De globale business case bevat een kwantitatieve en financiële onderbouwing van de stip aan de horizon. Deze business case bevat een impact analyse van de verschillende voorgestelde maatregelen zowel op het gebied van zorgvraag en benodigde faciliteiten, als een analyse van het aantal benodigde integrale zorgcentra inclusief de locatie, én globale financiële implicaties (inclusief inzicht in benodigde (des)investeringen). Hierbij wordt de zorg als geheel bekeken: veel maatregelen hebben niet alleen gevolgen voor de sector of instelling zelf, maar ook voor aanpalende zorg en ondersteuning.

De ontwerpspecificaties vormen de basis voor het ontwerp per werkstroom. De ontwerpspecificaties worden opgesteld aan de hand van verdiepende analyses per werkstroom. Dit betekent bijvoorbeeld voor werkstroom 2 – medisch specialistische zorg – dat er een analyse van het zorgvolume en de zorgbehoefte-ontwikkeling wordt uitgevoerd. Voor werkstroom 1 – integrale zorgcentra – vindt onder andere een nadere inventarisatie plaats van bestaande proeftuinen (zoals bij 'Goedleven' in Zeeuws-Vlaanderen) rond dit thema, inclusief lessons learned. Als basis voor stevige implementatieplannen voor de GGZ wordt de huidige crisisinfrastructuur in relatie tot reistijden en zorgvraag in kaart

gebracht. Voor de IT is het relevant om een scan uit te voeren op de huidige IT infrastructuur waarin de 'gaps' tussen systemen zichtbaar worden én waarin de gap tussen huidige systemen en aangegeven vereisten zichtbaar wordt. De analyses leiden tot een opzet van de belangrijkste vereisten waaraan de ontwerpen voor de vier werkstromen moeten voldoen (denk bijvoorbeeld aan een functieverdeelpunten voor de complexe zorg en aan een 'ondernemingsplan' integrale zorgcentra).

De bovenstaande stappen worden (deels) werkstroom-overstijgend uitgevoerd om een gezamenlijke basis voor de werkstroomplannen te garanderen. Met name de ontwerp-specificaties zullen ook per werkstroom aangegeven worden.

De specificatiefase zal ook de basis moeten leggen voor de uitwerking van randvoorwaarden van de zijde van bijvoorbeeld zorgverzekeraar en gemeentes om de toekomstplannen tot een succes te maken. Denk dan onder meer aan hoofdlijnen voor opzet investeringsruimte, hoofdlijnen vastgoedplan en hoofdlijnen nieuwe contractvormen.

De ontwerpfase: ontwerp en implementatieplan per werkstroom

Het doel van de ontwerpfase is om op basis van de ontwerp-specificaties per werkstroom een gedetailleerd ontwerp te maken en een implementatieplan op te stellen. Het ontwerp is een verdieping van de stip aan de horizon per werkstroom. Globaal komen in het ontwerp de volgende onderwerpen naar voren:

- **Specificatie van de doelgroep** – De zorgvraag en zorgaanbod per doelgroep, de expertise die nodig is om de zorg en/of ondersteuning te leveren inclusief bijbehorende functies en de gewenste organisatie van samenwerking tussen aanbieders.
- **Governance** – Op hoofdlijnen de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgaanbieders en zorginkopers en de regievoering per doelgroep.
- **Faciliteiten- en huisvestingsplan** – Benodigde faciliteiten om de zorg te leveren en, indien er herinrichting van zorg nodig is, een globaal huisvestingsplan per (soort) instelling.
- **Benodigde informatievoorziening / EPD-platform** – Dit onderdeel vormt onder andere input voor werkstroom 4 (IT). Werkstroom 4 levert vervolgens weer input voor het implementatieplan per werkstroom op het gebied van IT.

Op basis van het ontwerp wordt het implementatieplan voor de werkstroom opgesteld. Het implementatieplan beschrijft hoe de stip aan de horizon wordt gerealiseerd door middel van concrete acties en verantwoordelijkheden. Het implementatieplan bevat bijvoorbeeld een business case (werkstroom specifiek), een financieel overbruggingsplan en een HR plan. Slimme inzet van mensen en middelen vormt de basis van het implementatieplan.

Op basis van het implementatieplan wordt mede bepaald hoe over de sectoren en instellingen heen medewerkers, waaronder medische professionals, en vastgoed het beste kunnen worden ingezet. Ook is de basis is gelegd voor een goed communicerend IT-systeem en passende contractvormen. Het implementatieplan vormt directe input voor de inkoop-specificaties voor 2017 en 2018.

Omdat er sprake is van één samenhangend toekomstperspectief voor de zorg in Zeeland en de werkstromen onderling verweven zijn (denk aan inzet IT, samenwerking medisch specialistische zorg en integrale zorgcentra) zal er tijdens de ontwerpfase op een aantal momenten afstemming tussen de werkstromen plaatsvinden. Patiëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, zorgverzekeraar en gemeentes zullen hierbij betrokken zijn. Naast afstemming hebben deze ontmoetingsmomenten ook de functie van informeren, bijpraten, monitoren en enthousiasmeren voor een gezamenlijk vervolg.

De implementatie fase: transitie naar stip aan de horizon

In de eerste maanden van 2016 start de implementatie fase, met als doel om stapsgewijs de stip aan de horizon voor 2025 te realiseren. De plannen die in de ontwerpfase zijn opgesteld worden dan uitgevoerd. Belangrijk is dat ook tijdens de implementatie fase intensief contact is tussen de verschillende aanbieders binnen een werkstroom, maar dat er ook voldoende afstemming is tussen

de werkstromen. Zo heeft het vormgeven van de IT (in werkstroom 4) veel raakvlakken met de andere werkstromen. Ook al bestaande samenwerkingsvormen als bijvoorbeeld 'Goedleven' in Zeeuws Vlaanderen kunnen bijdragen aan de implementatie van de plannen.

Naast de afstemming tussen zorgaanbieders onderling is ook het beleid van zorginkopers cruciaal in de implementatiefase. Hierbij wordt gestreefd naar een congruent inkoopbeleid over de verschillende zorgverzekeraars en gemeenten heen. In die zin zal de transitie gepaard moeten gaan met een bijpassend integraal zorginkoopplan.

Wat in deze visie benoemd staat is ambitieus en vergt forse aanpassingen, die niet in 1 jaar te realiseren zijn. De implementatie zal dan ook doorlopen na 2016. Wel is het doel om uiterlijk eind 2016 onomkeerbare stappen te hebben gezet in de besluitvorming en de realisatie, waardoor de begeleiding door een monitoringscommissie niet meer nodig is.

Een monitoringscommissie bewaakt het proces en toetst de uitwerkingen

Monitoring van de voortgang en een kritisch toets van de plannen is essentieel in dit traject. Om dit te borgen wordt er een monitoringscommissie aangesteld om de voortgang van de visie te monitoren. Deze wordt vormgegeven vanuit de huidige commissie Toekomstige Zorg Zeeland, met een aantal personele wijzigingen. Deze commissie komt in een zestal bijeenkomsten samen om de voortgang te bespreken en de resultaten van de verschillende fasen te toetsen aan de visie.

Bewaken van de voortgang en de verantwoordelijkheden

Om de voortgang adequaat te kunnen monitoren worden per fase duidelijke doelen geformuleerd. Ook voor de implementatieplannen geldt dat deze zo concreet mogelijk worden uitgewerkt waarbij per implementatiestap de acties en verantwoordelijkheden zijn weergegeven.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de acties ligt primair bij de stakeholders zelf. De commissie monitort dit en signaleert wanneer de acties niet correct of niet tijdig worden uitgevoerd. Indien aanpassing van de totaalplanning nodig of gewenst is wordt dit tevens aan de commissie voorgelegd die hier een besluit over neemt.

Toetsen van uitwerkingen aan behoeftes inwoners

Om de kwaliteit van de verschillende plannen te garanderen worden de plannen op verschillende momenten getoetst aan de acht behoeften van de inwoners. In de specificatiefase worden de ontwerp-specificaties langs deze 'meetlat' gelegd, in de ontwerp-fase het ontwerp en de implementatieplannen. Indien de plannen onvoldoende aansluiten bij de behoeften van de inwoners zal de monitoringscommissie een aanpassing van de plannen verzoeken.

Zo zal bij uniformering van de behandelprotocollen worden gekeken of voldoende tegemoet wordt gekomen aan de behoefte van 'bundeling van de krachten van zorgverleners'. Eén van de acties die wordt uitgezet is het inventariseren van mogelijkheden voor avondsprekuren en weekendsprekuren voor niet acute klachten door de huisarts om zo 'betere toegang' voor inwoners te garanderen. Bij het opzetten van de integrale zorgcentra en servicepunten wordt gekeken of binnen de nieuwe netwerkstructuur 'de juiste zorg op de juiste plek' geleverd wordt.

Besluitvorming gebeurt met inachtneming van ieders verantwoordelijkheden

In het proces zoals aangegeven is afstemming tussen de werkstromen en de partijen die daarin betrokken zijn essentieel, tegelijkertijd zullen er ook knopen moeten worden doorgehakt. Doel is om te komen tot een goed afgestemde transitie van de zorg waar alle betrokken partijen ook echt achter staan. Zoals aangegeven hebben de stakeholders zelf de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de acties.

De besluitvorming over de voorstellen die uit de werkstromen komen, ligt bij de partijen die ook de formele verantwoordelijkheid voor de uitvoering van taken hebben. Daarmee is er dus niet één uiteindelijke stakeholder die beslist over de toekomst van de zorg in Zeeland.

Waar het bijvoorbeeld gaat om de medisch specialistische zorg ligt besluitvorming over lateralisatie en samenwerking bij de Raden van Bestuur en medische staven van de ziekenhuizen, met inachtneming van de besluitvormende rol van de zorgverzekeraar in de contractering. Besluitvorming over de integrale zorgcentra ligt bij de aanbieders van zorg in het centrum (of een vertegenwoordiging daarvan) en ook in de contractuele afspraken met de zorgverzekeraars. Andere zaken, zoals

beslissingen over inrichting IT-systemen zullen genomen worden door de verschillende betrokken gebruikers.

De facto wordt voor de besluitvorming dus aangesloten bij de bestaande formele bevoegdheden en verhoudingen (inclusief de formele rol van de toezichhouders), waarbij de gekozen werkwijze zorgt voor een goede afstemming en instemming tussen alle betrokken partijen. In het proces van realisatie van de stip aan de horizon moeten deze verantwoordelijkheden helder zijn voor alle betrokken partijen.

Aandacht voor communicatie tijdens alle fasen van de transitie

Goede en transparante communicatie naar inwoners van Zeeland, zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en overige stakeholders is een kritische succesfactor in dit traject. Dit betreft communicatie over de visie, de uitwerking van de visie, h oe we daar gaan komen (het implementatieplan), welke verantwoordelijkheid de verschillende partijen hebben en wat de effecten zijn van de nieuwe zorginfrastructuur.

Om de communicatie zorgvuldig te laten verlopen worden in de komende maanden in overleg tussen de commissie en de betrokken stakeholders de volgende acties ingezet op het gebied van communicatie:

1. **Informeren inwoners Zeeland middels een zogenaamde roadshow** - Er worden verschillende bijeenkomsten verspreid over Zeeland georganiseerd waarin de visie voor de Toekomstige Zorg Zeeland wordt toegelicht. Inwoners kunnen zich aanmelden voor één van deze bijeenkomsten. Tevens wordt er in de media aandacht besteed aan de inhoud van de plannen.
2. **Toelichting visie bij zorgaanbieders** – Een selectie van de zorgaanbieders is intensief betrokken geweest bij het opstellen van de visie en het actieplan vanuit de begeleidingscommissie. In aanvulling hierop is er in de zomerperiode ruimte om de visie en het actieplan nader toe te lichten bij zorgaanbieders die niet in de begeleidingscommissie zitting hadden. Ook voor de medisch specialisten van de twee Zeeuwse ziekenhuizen zullen één of meerdere informatie- en uitwisselingssessies plaatsvinden. Daarmee worden ze mede in staat gesteld hun belangrijke rol in het realiseren van de toekomstvisie op te pakken.
3. **Opstellen communicatieplan** – Tot slot wordt er in de zomerperiode een communicatieplan opgesteld voor de gehele transitieperiode.

7. Bijlagen

Bijlage A. Aandoeningen met volumennormen

Van de volgende aandoeningen zijn minimumvolumennormen vastgesteld:

		NVVH 1.0	NVVH 2.0	NVVH 3.0	NVRO	NVOG	NVU	NVVC	NOV
oncologie	borstkanker	•		•					
	darmkanker	•		•					
	longkanker	•		•					
	slok darmkanker	•		•					
	alvleesklierkanker	•		•					
	leverkanker	•		•					
	weke delen kanker		•						
	(bij)schildklier kanker		•						
	bijnier aandoeningen		•						
	peritoneaal metastasen			•					
	maagkanker			•					
	endeldarmkanker			•					
	eierstokkanker					•			
	blaascarcinoom							•	
	prostaatcarcinoom							•	
	radiotherapie algemeen					•			
hart & vaten	PCI							•	
	ICD							•	
	THI							•	
	AAA	•		•					
	PAOD		•						
	carotis		•						
kinderchirurgie	kinder hernia			•					
	kinder pylorus			•					
gastrointestinal	bariatrie		•						
orthopedie	cat. 1 hoog complex laag volume								•
	cat. 2 hoog complex medium volume								•
	cat. 3 medium complex hoog volume								•
	cat. 4 medium complex medium volume								•

Bron: inkoopdocument CZ 2015

Bijlage B. Verantwoording

De in dit rapport opgestelde visie voor de toekomstige zorg Zeeland is tot stand gekomen met bijdrages van een groot aantal partijen. Zij leverden input, hadden een toetsende rol en/of maken deel uit van de ondertekenaars van het actieplan.

De commissie stelde allereerst een probleemanalyse op voor de gezondheid en zorg in Zeeland. De input voor deze probleemanalyse is afkomstig van het rapport van Jos de Beer en interviews met een selectie van de stakeholders. De probleemanalyse is getoetst bij de begeleidingsgroep. Deze groep bestond uit verschillende stakeholders uit de regio, waaronder vertegenwoordigers van de grote zorginstellingen.

Vervolgens hebben de inwoners in een conferentie op 30 mei hun ervaringen met en verwachtingen voor de zorg in Zeeland gedeeld. De uitkomsten hiervan diende als input voor een conferentie met zorgaanbieder. De zorgaanbieders hebben tijdens deze conferentie op basis van de probleemanalyse en met als basis de behoeften van de inwoners gezamenlijk de uitgangspunten vastgesteld voor de visie toekomstige zorg Zeeland.

Deze uitgangspunten zijn door de commissie verder uitgewerkt tot een toekomstvisie voor de zorg in Zeeland en een plan van aanpak. Deze visie en het plan van aanpak zijn tevens getoetst bij de begeleidingsgroep. Op 7 juli wordt het rapport gepresenteerd aan betrokken aanbieders, een aantal inwoners en minister Schippers.

Overzicht van bijeenkomsten en interviews

Conferenties Toekomstige Zorg Zeeland

30 mei Conferentie met inwoners
3 juni Conferentie met zorgaanbieders

Bijeenkomsten begeleidingsgroep Toekomstige Zorg Zeeland

27 mei	Bijeenkomst begeleidingsgroep 1	<i>Toetsen probleemanalyse</i>
17 juni	Bijeenkomst begeleidingsgroep 2	<i>Toetsen 1e concept visie toekomstige zorg Zeeland</i>
29 juni	Bijeenkomst begeleidingsgroep 3	<i>Bespreken discussiepunten visie toetsen PvA</i>

Interviews april-mei 2015 in het kader van Toekomstige Zorg Zeeland

Dhr. J. De Beer	“Zorgverkenner” (benoemd door het provinciebestuur van Zeeland)
Dr. Visscher en Dr. van der Hoek	Medisch stafbestuur ADRZ
Dhr. Van Eck en Mw. Brandenburg	RvB ADRZ
Dr. Breukelman	Medisch stafbestuur ZorgSaam
Dr. Rutgers	Voorzitter RvB ZorgSaam
Mevr. Pols, Dhr. Walraven, Dhr. van Wijk, Dhr. Westerbeek,	Cliëntenraad ADRZ & ZorgSaam
Dhr. Jansen, Dhr. Antonissen en Mevr. Buizer	
Dhr. de Meij en Mevr. Pötgens	GGD Zeeland
Dr. de Doelder	Huisarts
Mevr. Kliphuis	De Provinciale Kraamzorg Goes/VSV
Mevr. de Loos	ROS Robuust
Mevr. Davits	SVRZ
Mevr. Dekker	Allévo
Dhr. Liefing	Wethouder Terneuzen

Overzicht leden commissie Toekomstige Zorg Zeeland, begeleidingsgroep en ondersteuning van de commissie

Leden Commissie Toekomstige Zorg Zeeland:

Dhr. V. Slenter
Dhr. W.A. van der Meeren
Dhr. G.R.J. van Heukelom
Dhr. D. Rooijmans, secretaris
De commissie is 6 keer bijeengekomen gedurende het traject

Leden Begeleidingsgroep Toekomstige Zorg Zeeland:

Dhr. J.C. Jansen	Voorzitter cliëntenraad ADRZ
Dhr. M. Antonisse	Secretaris/penningmeester cliëntenraad ADRZ
Dhr. C. Versluijs	Algemeen directeur Zeeland Care
Dhr. dr. R. Batenburg	Medisch directeur Zeeland Care
Mw. dr. C. Brandenburg	Voorzitter Raad van Bestuur ADRZ
Dhr. F. Visscher, neuroloog	Voorzitter Medische Staf ADRZ
Mw. J. Kliphuis	Directeur/Bestuurder Dé Provinciale Kraamzorg
Dhr. P. de Schipper	Voorzitter Raad van Bestuur Emergis
Dhr. A. van de Kreeke	Directeur Klaverblad Zeeland
Dhr. F. Rutten	Voorzitter Kringbestuur LHV Zeeland
Dhr. J. Frequin	Directeur Nucleus Zorg
Dhr. R. Münstermann	Directeur SHZ
Dhr. A.J. Mante	Voorzitter Raad van Bestuur Revant
Dhr. B. Rikken	Directeur patiëntenzorg a.i. ZorgSaam Z-Vlaanderen
Dhr. A.J. Breukelman, neuroloog	Voorzitter Bestuur Medische Staf ZorgSaam Z-Vlaanderen
Dhr. F. Westerbeek	Voorzitter Cliëntenraad ZorgSaam Z-Vlaanderen
Dhr. J. Bos	Lid Cliëntenraad ZorgSaam Z-Vlaanderen
Mw. J. van Dierendonck	Eerstelijns verloskundige en Voorzitter Verloskundig Samenwerkingsverband Zeeland
Dhr. H.H. Meppelder	Medisch directeur Witte Kruis ambulancezorg
Mw. drs. T. Snijders-de Vos	Directeur Bestuurder Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut;
Dhr. R. Posthumus, huisarts	Voorzitter bestuur Zorggroep De Bevelanden
Dhr. A. Speelman, huisarts	Voorzitter bestuur Zorggroep Schouwen-Duiveland
Dhr. A.H.M.J. van Lieshout	Voorzitter Zorggroep Samenwerkende Huisartsen Reimerswaal
Dhr. E. van Russen Groen	Voorzitter Zorggroep Ketenzorg Walcheren BV i.o.
Dhr. J.D. Berendsen	Voorzitter RGF Zuidwest-Nederland
Dhr. J. van Blarikom	Voorzitter Raad van Bestuur Zeeuwse Gronden
Dhr. H. Haak	Lid van de Raad van Bestuur Zeeuwse Gronden
Mw. drs. G. Davits	Raad van Bestuur SVRZ
Mw. I. Dekker	Raad van Bestuur Allévo
Dhr. P. van der Maas	Voorzitter Raad van bestuur Stichting Curamus
Mw. Y. de Jong	Raad van Bestuur Warmande
Dhr. S. van der Rijt	Voorzitter bestuur Zeeuwse Apothekersvereniging
Dhr. P. Baltus	Lid Bestuur Apothekersvereniging Zeeland
Dhr. J. Hulstein	Raad van Bestuur het Gors
Dhr. drs. P.J.Th. Van Wijk	Voorzitter Raad van bestuur Arduin
Dhr. G. Bannenberg	Voorzitter Raad van Bestuur Tragel
Mw. N. Duivenvoorde	Senior beleidsadviseur Tragel Zorg
Dhr. Ir. W.W. van Zandbrink	Adviseur, Voormalig Eerste Kamerlid
Dhr. C. Liefing	Voorzitter GGD
Dhr. J. Francke	Secretaris begeleidingsgroep

De begeleidingsgroep is 3 keer bijeengekomen gedurende het traject

Ondersteuning Commissie Toekomstige Zorg Zeeland:

Dhr. J. Francke	Senior beleidsmedewerker volksgezondheid Provincie Zeeland (secretaris begeleidingsgroep)
Dhr. D. Rooijmans	Senior manager Regioregie CZ (secretaris commissie)
Mw. A. van Poucke	KPMG Plexus
Mw. I. Matthijssen	KPMG Plexus
Mw. M. van der Steen	KPMG Plexus
Mw. L. Jacobs	KPMG Plexus
Mw. S. de Smit	KPMG Plexus
Dhr. S. Mulder	KPMG Plexus
Mw. C. Nije – Van der Wardt	Event manager CZ