



RAPPORT

Inwoners over de acute zorg in Nederland

Een toetsend gesprek over vier varianten

70959 - juli 2024

RAPPORT

Inwoners over de acute zorg in Nederland

Een toetsend gesprek over vier
varianten

70959 - 1 juli 2024

Inhoudsopgave

Inleiding	4	Bijlage 1: Uitnodigingsbrief	16
1.1 Aanleiding.....	4	Bijlage 2: Visualisaties van de varianten.....	17
1.2 Doelstelling	5	Bijlage 3: Aanwezigen bijeenkomsten	19
1.3 Leeswijzer	5	Bijlage 4: Afsluitende vragenlijst.....	20
 		Bijlage 5: Gespreksverslagen van de bijeenkomsten.....	21
Aanpak fase 2.....	6	B5.1 Amsterdam en omstreken.....	21
2.1 De selectie van de regio's	7	B5.2 Zeeland	22
2.2 De varianten in het kort.....	10	B5.3 Friesland	24
2.3 De invulling van de sessies.....	10	B5.4 Drenthe	25
2.4 Dataverwerking	11		
Bevindingen	12		
3.1 Algemene indruk van de bijeenkomsten over de varianten.....	13		
3.2 Rode draden uit de bijeenkomsten	13		
3.3 Afsluitend	15		

HOOFDSTUK 1

Inleiding

Nederland heeft een hoogontwikkelde gezondheidszorg, maar de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg staan onder druk. Er zijn grenzen aan de beschikbaarheid van zorg, ook aan die van de acute zorg. Om met een beperkte hoeveelheid beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorg te kunnen blijven borgen, moeten we kijken hoe we deze mensen en middelen zo efficiënt mogelijk kunnen inzetten. Daarom moeten afspraken worden gemaakt over het voorkomen van zorg, zorgcoördinatie, samenwerking in de keten, delen van informatie, de bekostiging en de inrichting van de zorg. Dit rapport is onderdeel van een traject dat zich specifiek richt op de toegankelijkheid en de kwaliteit van de acute ziekenhuiszorg.

1.1 Aanleiding

De kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg staan onder druk. Om een toekomstbestendige zorg te organiseren, zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) en een groot aantal partijen.¹ Deze afspraken omvatten ook de acute zorg. Bovendien heeft iedere regio binnen het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) in december 2023 een ROAZ-plan opgeleverd over de aanpak van acute zorg in de regio. Op dit moment is er in Nederland een vastgelegde 45minutennorm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.²

Definitie van de 45-minutennorm

De 45-minutennorm stelt als norm dat er in principe geen SEH's (spoedeisende hulpen) of afdelingen acute verloskunde mogen sluiten als het gevolg van die sluiting is dat meer inwoners niet binnen 45 minuten met een ambulance op een SEH of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Het gaat om een theoretische opbouw van 45-minuten vanaf het moment van melding tot de aankomst bij de dichtstbijzijnde SEH of afdeling acute verloskunde. Het RIVM berekent welke SEH's en afdelingen acute verloskunde gevoelig zijn voor de 45-minutennorm op basis van een rijtijdenmodel. De norm is onderdeel van de zorgplicht voor zorgverzekeraars, bepaalt welke ziekenhuizen in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage SEH en acute verloskunde en is een aangrijpingspunt voor (delen van) de AMvB acute zorg (de 45-minutennorm vereist dat een zorgaanbieder die gevoelig is voor de 45-minutennorm al het noodzakelijke doet wat redelijkerwijs gedaan kan worden om te voorkomen dat een SEH of afdeling acute verloskunde sluit).

Verschillende partijen hebben het ministerie van VWS geadviseerd om na te denken over de vervanging van de 45-minutennorm. Zo concludeerde de Gezondheidsraad in 2020 dat er onvoldoende wetenschappelijke basis voor deze norm bestaat. In plaats van het enkel hanteren van deze tijdsnorm zou er naar de bredere context gekeken moeten worden: naast de (aanrijd)tijd bijvoorbeeld ook naar de benodigde expertise. Om die reden onderzoekt het ministerie van VWS of, en zo ja, welke alternatieve normen nodig zijn voor de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg in Nederland.

¹ ActiZ, De Nederlandse ggz, (...), ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg. Beschikbaar via: www.open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf

² Staatscourant nr. 41958, 27 september 2021.

In de beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg staat beschreven dat er een alternatief komt voor de nu geldende 45-minutennorm.³ Hoe het alternatief op de 45-minutennorm eruit moet gaan zien, wordt op dit moment onderzocht. Omdat het meenemen van onder andere het onderwerp leefbaarheid in de regio een belangrijk thema is in de discussie, worden burgers in dit stadium actief betrokken. Daarnaast is het belangrijk om te weten wat er nog meer speelt bij burgers ten aanzien van de acute zorg.

Tijdens de uitvoering van dit traject is op 16 mei 2024 het hoofdlijnenakkoord gepubliceerd, dat enige richting geeft in de discussie over de varianten over de inrichting van de acute ziekenhuiszorg: 'Voor de langere termijn wordt ingezet op een hoofdlijnenakkoord, gericht op beheersbaarheid van zorguitgaven en de kwaliteit van de zorg; goede regionale afspraken tussen ziekenhuizen over bereikbaarheid bij acute zorg in de buurt en van streekziekenhuizen; de insteek wordt dat streekziekenhuizen behouden blijven.' In de uitvoering van dit traject hebben we alle varianten als gelijkwaardig beschouwd.

Een werkgroep binnen het ministerie van VWS heeft in de zomer van 2023 de opdracht gekregen om te komen tot alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm. De varianten voor de toekomstige inrichting van de acute ziekenhuiszorg zijn het resultaat van fase 1. Om te komen tot deze varianten heeft de werkgroep een aantal onderzoeken uitgezet of uitgevoerd. Het eerste onderzoek analyseerde tijdkritische aandoeningen, een expertgroep heeft gerapporteerd over differentiatie en er is een internationale verkenning uitgevoerd. Daarnaast is er bij burgers en bij lokale bestuurders input opgehaald over de wensen, zorgen, belangen en ideeën op het gebied van de acute zorg. De rapporten van al deze onderzoeken zijn [hier](#) te vinden. Het toetsen van de scenario's bij burgers en bij lokale bestuurders is onderdeel van fase 2. Deze, voorliggende rapportage geeft de resultaten weer van de gesprekken met burgers.

Naast het toetsen van de varianten bij burgers en lokale bestuurders voert de werkgroep in fase 2 ook nog andere trajecten uit. Verschillende departementen worden betrokken via een interdepartementale werkgroep. Daarnaast zal het ministerie van VWS een verkenning uitvoeren naar een mogelijk overheidsinstrumentarium, de juridische haalbaarheid en de uitvoerbaarheid van de varianten. Ook zal er een 'quickscan'-onderzoek uitgevoerd worden naar de oorzaken en gevolgen

van SEH-sluitingen. Tot slot zal er aan de partijen van de IZA-klankbordgroep en aan de interdepartementale klankbordgroep een uitgebreide schriftelijke reactie gevraagd worden.

1.2 Doelstelling

Het proces van het betrekken van burgers kende twee fases:

1. Het ophalen van belangen, zorgen en ideeën bij burgers. Deze fase is al afgerond.
2. Het toetsen van varianten in bijeenkomsten met burgers.

Deze rapportage bevat de uitkomsten van de 2^e fase.

De werkgroep van het ministerie van VWS heeft de input uit de eerste fase⁴, samen met de resultaten uit de andere onderzoeken, verwerkt. Daaruit zijn alternatieve varianten op de 45-minutennorm naar voren gekomen. Deze varianten zijn [hier](#) te vinden.

Het doel van deze opdracht in fase 2 is om de varianten te toetsen bij burgers. We brengen per variant in beeld welke voor- en nadelen worden gezien door burgers en gaan in op de gevolgen van de keuze voor een variant. Daarnaast halen we ideeën op over welk beleidsinstrumentarium ingezet kan worden om een variant te laten slagen. Tot slot halen we de voorkeursvariant op bij de deelnemers, die wordt meegegeven aan het ministerie van VWS.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 beschrijven we de aanpak van fase 2. Daar staat welke locaties voor het houden van de bijeenkomsten geselecteerd zijn en waarom, hoe de burgers zijn uitgenodigd en hoe de bijeenkomsten zijn georganiseerd. In hoofdstuk 3 geven we de bevindingen van de toetsing van de varianten bij burgers weer.

³ Kuipers, E. (2022). Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Beschikbaar via: www.open.overheid.nl/documenten/ronl-cdd256b3ce374656933273aed84b611ccce1040/pdf.

⁴ Dit is hier te vinden: www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/03/25/kamerbrief-over-stand-van-zakenbrief-acute-zorg. Het zijn de rapportages 'Inwoners over de acute zorg in Nederland' en 'Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland.' Ook de andere opgeleverde stukken zijn via deze link te vinden.



HOOFDSTUK 2

Aanpak fase 2

Het proces van het betrekken van burgers kende twee fases. In fase 1 hebben we input opgehaald bij burgers. Samen met de input uit de andere onderzoeken, heeft dit geresulteerd in vier varianten op de acute ziekenhuiszorg. Dit rapport richt zich op fase 2 en dit hoofdstuk beschrijft de selectie van de regio's, het uitnodigen van deelnemers, de varianten zoals we ze in deze fase hebben toegelicht en de invulling van de georganiseerde sessies.

2.1 De selectie van de regio's

In deze paragraaf beschrijven we kort de opzet van het proces van het betrekken burgers – zowel van fase 1 en fase 2, omdat deze op elkaar voortborduren.

2.1.1 Het ontwerp en fase 1

Voor het betrekken van burgers heeft het ministerie van VWS ons een drietal aandachtspunten meegegeven: (1) het houden van (bij voorkeur) fysieke bijeenkomsten om tot een inhoudelijk goed gesprek te komen, (2) zorg dragen voor voldoende representativiteit en (3) rekening houden met de beperkte doorlooptijd van het traject, waarbij het laatste invloed heeft op de eerste twee criteria.

Om aan alle drie de criteria te voldoen, hebben we de volgende keuzes in de aanpak gemaakt. Ten eerste hebben we de aanpak gericht op het zo goed mogelijk naar voren laten komen van diverse perspectieven.⁵ Het voeren van gesprekken met groepen leent zich minder goed voor het verkrijgen van statistische representativiteit (zoals wel in *'large n'*-studies en enquêtes goed lukt), maar zulke gesprekken lenen zich wél goed voor het kwalitatief naar voren laten komen van diverse perspectieven. Om de diverse perspectieven zo goed mogelijk naar voren te laten komen, hebben we de volgende concrete ontwerpkeuzes gemaakt:

- We hebben gekozen voor vier regio's, die op meerdere onderwerpen van elkaar verschillen. Dit verschil zorgde voor diversiteit in de groep uitgenodigde burgers en hun zorgbehoeften. De gekozen regio's en onderwerpen staan in tabel 1. De beoogde diversiteit zat bijvoorbeeld in het verschil in geografische ligging in Nederland, of een regio groot- of kleinstedelijk is en de sociaaleconomische status van de deelnemers.
- We hebben burgers uitgenodigd via een flyer en een uitnodigingsbrief, zie bijlage 1. In beide documenten stond een link naar een aanmeldformulier waarop we een aantal vragen gesteld hebben over de persoonlijke situatie van de deelnemers, zoals hun woonplaats. Ook hebben we alle aanwezige burgers aan het eind van de bijeenkomsten nog een aantal vragen gesteld over de bijeenkomst, persoonlijke kenmerken en eventuele toekomstige betrokkenheid. Door middel van deze aanvullende informatie konden we de persoonlijke kenmerken van de personen die we hebben gesproken integreren in het onderzoek.

- In overleg met het ministerie van VWS hebben we voor de verspreiding van de uitnodigingen gekozen om samen te werken met Zorgbelang Nederland. Deze landelijke organisatie heeft regionale deelkantoren met een groot regionaal netwerk.

Deze ontwerpkeuzes vergrootten de kans dat we konden voldoen aan twee belangrijke eigenschappen van representativiteit.⁶ Ten eerste hebben we gezorgd voor een goede dekking van specifieke lagen van een populatie. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat er verschillen in een populatie zijn op een aantal relevante onderwerpen (tabel 1). Door bewust verschillende regio's te kiezen, hebben we de kans vergroot op een goede afspiegeling van zoveel mogelijk relevante lagen van die populatie. De aanname was dat deze diverse afspiegeling ook zou zorgen voor bijbehorende (diverse) opvattingen. De tweede eigenschap van representativiteit betreft het zorgen voor de 'afwezigheid van selectieve krachten' (zoals dat heet in de methodeliteratuur⁷). Door enerzijds een zorgvuldige selectie te maken op basis van het onderscheid in regio's en zorgbehoeften, en anderzijds inzichtelijk te maken wie de bijeenkomsten hebben bijgewoond, kunnen we laten zien welke aanwezigen over- en ondervertegenwoordigd zijn.

Het netwerk van Zorgbelang Nederland heeft ervoor gezorgd dat veel mensen die al bekend waren met en/of betrokken waren bij de huidige thematiek rondom de acute zorg op de hoogte zijn gesteld van ons onderzoek en in de gelegenheid zijn gesteld om zichzelf aan te melden, maar ook om de uitnodiging verder te verspreiden. Op deze manier hebben wij een inhoudelijk kwalitatief gesprek kunnen voeren over de actuele situatie in de acute gezondheidszorg.

5 Door op diversiteit in te zetten, doen we de aanname dat de perspectieven in een minimale zin representatief zijn voor de grotere variatie aan perspectieven. De focus ligt erop dat de perspectieven aan bod komen, niet hoe vaak of hoe prominent die perspectieven terugkomen. Zie Gerring, J. (2006). *Case study research: Principles and practices*. Cambridge university press.

6 Uiteraard zijn er meerdere eigenschappen die relevant zijn voor representativiteit. Omdat wij hebben gewerkt met fysieke bijeenkomsten – een meer kwalitatieve methode – hebben we ons niet gericht op eigenschappen die uitgaan van grote getallen, zoals response rates.

7 Schouten, B., Cobben, F. & Bethlehem, J. (2009). Indicators for the representativeness of survey response. *Survey Methodology*, 35(1), 101-113; Ochsner, M. (2021). Representativeness of Surveys and its Analysis; Kruskal, W. & Mosteller, J. F. (1979). *Representative sampling, III: The current statistical literature*. *International Statistical Review/Revue Internationale de Statistique*, 245-265.

2.1.2 Het ontwerp en fase 2

We hebben in fase 2 dezelfde regio's gehanteerd als in fase 1, daarmee is er een mix aan typen regio's gevonden. De regio's Drenthe, Friesland, Zeeland en Amsterdam hebben we uitgenodigd voor dit onderzoek.

Per regio is de contactpersoon van Zorgbelang Nederland uit fase 1 benaderd om ondersteuning te bieden in dit traject. Er zijn een uitnodigingsbrief en een flyer opgesteld met achtergrondinformatie en praktische informatie over de bijeenkomst. De contactpersonen hebben de brief en de flyer via verschillende kanalen verspreid. Afhankelijk van de regio is dit gebeurd via een e-maillijst, sociale media en participatieplatforms. Ook zijn er reminders verstuurd. Daarnaast zijn de deelnemers van de bijeenkomsten in fase 1 per mail door ons uitgenodigd. In de regio Zeeland is de uitnodiging door personele omstandigheden bij Zorgbelang minder breed verspreid. Door het grote aantal deelnemers in fase 1 was er toch een goede opkomst. Tot slot zijn de flyer en de uitnodigingsbrief verzonden naar enkele algemene mailadressen van maatschappelijke organisaties in de regio's, bijvoorbeeld kerkgenootschappen, sportverenigingen en algemene participatieplatforms. De aanmelding stond gemiddeld drie weken open. Via een aanmeldlink konden geïnteresseerden zich aanmelden. In het formulier achter de link werd gevraagd naar de naam, woonplaats en het e-mailadres.

Door het lage aantal aanmeldingen in de regio Drenthe hebben we de bijeenkomst in eerste instantie verplaatst en vervolgens nog de gelegenheid gegeven om de laatste bijeenkomst digitaal te laten plaatsvinden. Helaas leverde dit niet meer aanmeldingen op. Daarom heeft deze bijeenkomst niet plaatsgevonden. Wel hebben de deelnemers gelegenheid gehad om per mail te reageren, waarop een aantal reacties zijn binnengekomen. We hebben nagevraagd bij de deelnemers van fase 1 wat de reden was voor het niet aanwezig zijn bij de tweede bijeenkomst. De voornaamste reden was dat (allebei) de data niet schikten.

De deelnemers uit Zeeuws-Vlaanderen die niet aanwezig konden zijn in verband met een afsluiting van de tunnel, hebben ook de gelegenheid gehad om schriftelijk te reageren.



Onderwerp	Drenthe	Friesland	Zeeland	Amsterdam e.o.
Geografische ligging binnen Nederland	Noordoost-Nederland	Noord-Nederland	Zuidwest-Nederland	West-Nederland
Sociaal-economische status⁸	Gemiddeld	Gemiddeld-laag	Gemiddeld	Gemiddeld-hoog
Regionale kenmerken ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde⁹	<ul style="list-style-type: none"> Het inwoneraantal daalt, er is sprake van dubbele vergrijzing. Hardnekkig groeiende intergenerationale armoede en kansenongelijkheid. Afstand tot voorzieningen is groter. 	<ul style="list-style-type: none"> Sterke dubbele vergrijzing, natuurlijke aanwas daalt en migratie stijgt. Relatief veel kwetsbare groepen en eenzaamheid stijgt. Afstand tot voorzieningen is groter. 	<ul style="list-style-type: none"> Een lage bevolkingsdichtheid en afname het van aantal inwoners. Mobiliteit en toegang tot voorzieningen zijn een uitdaging. 	<ul style="list-style-type: none"> Groeiende bevolking, met een relatief slechte gezondheid. Grote gezondheidsverschillen binnen wijken in Amsterdam en omliggende dorpen. Sterke vergrijzing. Een hoog percentage van de bevolking heeft een migratieachtergrond.
Zorgvraag ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> Relatief meer mensen met matig tot ernstig overgewicht. Psychische ongezondheid bij jongvolwassenen. 	<ul style="list-style-type: none"> Vraag naar medisch-specialistische zorg stijgt. 2% van de zwangere vrouwen verkeert in een kwetsbare positie. 	<ul style="list-style-type: none"> 25% van 65-plussers is kwetsbaar. De helft van de ouderen is eenzaam. Pieken in zorgvraag op SEH door toerisme. 29% van de zorg wordt buiten Zeeland afgenomen. 	<ul style="list-style-type: none"> Veel zorgvraag naar specialistische ggz. Relatief hoge vraag naar geriatrische zorg en naar jeugd- en gezinszorg Aandeel mensen met een chronische ziekte stijgt.
Zorgaanbod ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde¹¹	<ul style="list-style-type: none"> Het mantelzorg-potentieel halveert tot 2040. Een op de vijf werknemers werkt in de zorg- en welzijnssector. Grootste personeelstekort verwacht in het verpleeghuis onder verzorgenden (mbo-3). 	<ul style="list-style-type: none"> Wachttijden voor verpleeghuizen zijn relatief korter, maar de locaties zijn ouder. Tekort aan huisartsen, medisch-specialistische zorg, zorgverleners en mantelzorgers. 	<ul style="list-style-type: none"> De grootste personeelstekorten tot 2030 zitten in de verpleging en verzorging, gevolgd door de medisch-specialistische zorg en de thuiszorg. 	<ul style="list-style-type: none"> Er zijn arbeidsmarkttekorten in de verpleging en verzorging, en dit zal stijgen. Het mantelzorgpotentieel is hoger dan in de rest van Nederland, maar halveert de komende jaren.

Tabel 1. Deelnemende regio's en beschrijving van relevante onderwerpen voor de selectie van regio's.

8 CBS (2022). Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Beschikbaar via:

www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid.

9 De Juiste Zorg op de Juiste Plek (2023). Regiobeelden. Beschikbaar via:

www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regio/regiobeelden/.

10 CBS (2022). Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Beschikbaar via:

www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid.

11 CBS (2022). Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Beschikbaar via:

www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid.

2.2 De varianten in het kort

Een uitgebreide toelichting op de varianten is te vinden in de rapportage 'Kwalitatief goede acute ziekenhuiszorg voor iedereen bereikbaar – Ambtelijke verkenning naar beleidsopties voor de toekomst van de 45-minutennorm voor SEH's en acute verloskunde'¹² van het ministerie van VWS.

De vier varianten onderscheiden zich in de kern van elkaar op basis van twee politiekmaatschappelijke dilemma's, namelijk:

- De balans tussen bundeling van schaarse expertise enerzijds en nabijheid anderzijds;
- De balans tussen landelijke regie enerzijds en regionale vrijheid anderzijds.

Op basis van deze twee dilemma's zijn de varianten opgesteld van normen en beleid voor het acute (ziekenhuis) zorglandschap:

- Variant 0: geen wijziging van de huidige normen;
- Variant 1: harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise;
- Variant 2: maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise;
- Variant 3: harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding;
- Variant 4: regionale passende invulling van nabijheid.

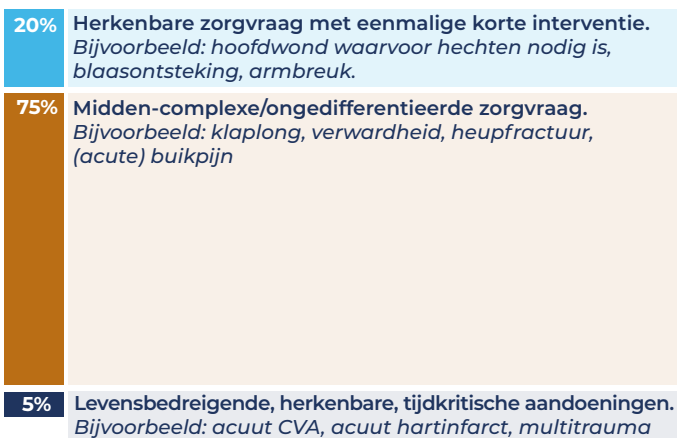
2.3 De invulling van de sessies

Het onderwerp 'zorg' (en de behoefte daaraan en de bereikbaarheid ervan) is voor mensen een emotioneel en beladen onderwerp. Enerzijds hebben we beoogd ruimte voor emoties te bieden, anderzijds hebben we ook gezocht naar een werkwijze die op een open manier inhoudelijke opvattingen zou kunnen ophalen. Daarom hebben we bijeenkomsten georganiseerd waar de begeleiders ruimte hadden om waarden en emoties te verkennen, maar ook om duidelijke spelregels en omgangsnormen voor elke bijeenkomst te maken. De bijeenkomsten van fase 2 hadden de volgende structuur: (1) introductie en kennismaking, (2) toelichting op de vragen en de algemene uitleg van de varianten, (3) gesprek over de verschillende overwegingen per variant, en (4) afsluiting en vooruitblik.

Introductie en kennismaking

In de introductie hebben we de aanleiding en het doel van het traject toegelicht. Hierbij benoemden we ook de context van deze bijeenkomst (namelijk dat het een vervolg op de bijeenkomst in fase 1 is en er in fase 2 ook andere onderzoeken plaatsvinden) en de bredere context van alles wat in fase 1 is gedaan – de andere onderzoeken die hebben plaatsgevonden. We hebben nog eens kort toegelicht over welk soort zorg het tijdens de bijeenkomst gaat, zie figuur 1.

Patiëntenpopulatie acute ziekenhuiszorg:



Figuur 1. Niveaus van complexiteit van acute ziekenhuiszorg, VWS, 2024, p. 8.

¹² Hier te vinden: www.open.overheid.nl/documenten/5f1afdb0-a0c7-4bbe-8e0a-9d95d7f2f754/file.

Toelichting op de vragen en de algemene uitleg van de varianten

In het eerste deel van de bijeenkomst hebben we de vragen voor de rest van het gesprek toegelicht. Het ging om de volgende vragen:

- Wat zijn de voordelen per variant?
- Wat zijn de nadelen en bezwaren per variant?
- Wat zijn de mogelijke gevolgen (voor uw regio) per variant?
- Wat kan de (rijks)overheid doen om de variant te laten slagen (bijvoorbeeld meer inzet op ambulances)?

Daarnaast hebben we de vier varianten uitgebreid geïntroduceerd door middel van visualisaties. Deze zijn weergegeven in bijlage 2.

Gesprek over de verschillende overwegingen per variant

In het tweede deel van de bijeenkomsten stonden de vier bovengenoemde vragen per variant centraal. De aanwezigen werden in groepen verdeeld van acht tot veertien personen per groep. We lichtten elk van de varianten kort toe met een heldere uitleg en een visualisatie, om daarna in gesprek te gaan.



Afsluiting en vooruitblik

Afsluitend werden de uitkomsten kort samengevat. Daarnaast gaven we nogmaals een toelichting op hoe de afronding van deze fase eruitziet. Ten slotte hebben we de aanwezigen gevraagd een vragenlijst in te vullen.¹³

Er was ruimte voor de deelnemers om, naast de beantwoording van de hulpvragen, aanvullende relevante input te leveren en deze te bespreken met elkaar. In de eerste bijeenkomst in Amsterdam is iedere variant in een gezamenlijk gesprek besproken. In de regio's Zeeland en Friesland hebben we het gesprek gevoerd langs de twee maatschappelijke dilemma's (de assen) en de daarbij behorende varianten. Per variant konden deelnemers de eerste gedachten op een post-it schrijven, waarna deze in de groep werden besproken. Het bespreken van uitersten en het opschrijven van de eerste gedachten bleek helpend op basis van de ervaring tijdens de eerste bijeenkomst in Amsterdam. In Amsterdam hebben we iedere variant afzonderlijk, zonder post-its, behandeld. Hier bleek dat het lastig was om het gesprek per variant te voeren, maar uiteindelijk is wel alles besproken.

2.4 Dataverwerking

Per groep van acht tot veertien personen was er een gespreksleider van Berenschot aanwezig. Deze persoon begeleidde het gesprek aan de hand van de hulpvragen. Deelnemers werden gevraagd om zich te verdiepen in iedere variant. Daarnaast was er ruimte om andere inzichten te delen. De gespreksleider zorgde ervoor dat iedereen de gelegenheid kreeg om mee te doen aan het gesprek, zorgde voor sturing om tot beantwoording van de vragen te komen en zag toe op een goede balans om ook ruimte te geven aan aanvullende input, en ook aan emoties indien aanwezig.

De gespreksverslagen per bijeenkomst zijn uitgeschreven en weergegeven in de bijlage 5. Aan de hand van de gespreksverslagen zijn de bevindingen opgesteld, die in het volgende hoofdstuk staan weergegeven.

¹³ Weergegeven in bijlage 4.



HOOFDSTUK 3

Bevindingen

In dit hoofdstuk is het resultaat te vinden van de toetsing van de vier varianten. We presenteren de belangrijkste bevindingen op basis van alle bijeenkomsten. Hierna worden de belangrijkste punten naar voren gebracht, gevolgd door de discussie.

3.1 Algemene indruk van de bijeenkomsten over de varianten

In drie bijeenkomsten hebben we de vier varianten getoetst. We haalden de reacties op per variant, en wat de burgers zagen als voordelen, nadelen, gevolgen en noodzakelijke maatregelen voor succes, per variant. De ambitie van de gehanteerde aanpak is daarbij niet geweest om te komen tot gulden middenwegen, concrete handelingsperspectieven of een absolute keuze voor één van de varianten.

De drie bijeenkomsten die georganiseerd werden, gaven inzicht in een divers spectrum aan meningen en inzichten over de organisatie van de spoedeisende hulp. De intentie was om vier bijeenkomsten te organiseren maar, in verband met de zeer geringe hoeveelheid aanmeldingen in de regio Drenthe, is besloten om die bijeenkomst daar niet door te laten gaan (zie ook paragraaf 2.1.2). De gespreksverslagen van de bijeenkomsten in Amsterdam en omgeving, Zeeland en Friesland staan in bijlage 5.

Een opvallende bevinding was dat het lastig bleek om de vier varianten afzonderlijk goed te behandelen. Deze lastigheid kwam doordat de varianten veel overlap vertonen, de kenmerken van de ene variant vergeleken werden met de kenmerken van een andere 'uiterste' variant¹⁴ en sommige onderwerpen niet variantgebonden zijn.

Een ander opvallend punt was de variëteit aan voorkeursvarianten en de argumenten die daaraan ten grondslag lagen. Deelnemers hadden uiteenlopende voorkeuren, vaak gebaseerd op hun persoonlijke ervaringen en de specifieke behoeften van hun regio. Deze uiteenlopende voorkeuren illustreren de complexiteit van het vraagstuk en de uitdaging om een oplossing te vinden die voor iedereen werkbaar is.

De feedback op de visualisaties die tijdens de bijeenkomsten werden gebruikt, was positief. Deze hulpmiddelen hebben bijgedragen aan het voeren van een constructief en gefocust gesprek. Door de varianten visueel voor te stellen, konden deelnemers de verschillen en overeenkomsten beter begrijpen, met diepere en meer gerichte discussies tot gevolg.

Samenvattend kunnen we zeggen dat uit deze bijeenkomsten duidelijk werd dat er geen eenvoudige oplossing is en dat er zorgvuldig moet worden nagedacht over de beste manier om de acute ziekenhuiszorg in de toekomst te organiseren. De varianten moeten niet geïsoleerd worden bekeken, maar uit iedere variant komen elementen die relevant zijn voor een goede inrichting van de acute zorg. De verslaglegging hebben wij dan ook opgebouwd langs rode draden die uit de bijeenkomsten kwamen en niet per variant.

3.2 Rode draden uit de bijeenkomsten

Rode draad 1: basiskwaliteit én regionaal maatwerk

De deelnemers benadrukten dat het hanteren van een eenduidige landelijke definitie van basiskwaliteit van zorg belangrijk is, en dat er voor de beste invulling hiervan juist ruimte moet zijn voor regionaal organiseren. Er was een sterke overtuiging dat zorg op regionaal niveau moet worden aangepast aan de unieke uitdagingen en behoeften van een regio. Specifieke factoren zoals geografie, demografie, toerisme en lokale omstandigheden spelen een cruciale rol in de optimale organisatie van zorg. Deze specifieke factoren maken, volgens de deelnemers, dat landelijke normen niet altijd effectief zijn (voor dunbevolkte gebieden of juist zeer dichtbevolkte gebieden) en dat regionale variaties noodzakelijk zijn om passende zorg te waarborgen. Aan de andere kant bleek tijdens de bijeenkomsten dat er ook niet altijd het vertrouwen is dat een regionale tafel, met bijvoorbeeld een wethouder, verzekeraar en/of ziekenhuisbestuurder, het juiste maatwerk wel kan organiseren (zie rode draad 3).

De kunst is, volgens de deelnemers, om landelijk normen te ontwikkelen die een bepaalde basiskwaliteit garanderen en waarbij oog en ruimte is voor de regionale invulling hiervan. Belangrijk hierbij is dat landelijke normen flexibel genoeg zijn om ruimte te laten voor regionale invullingen en maatwerkoplossingen. Dit vraagt om een beleid dat zowel de nationale richtlijnen als de regionale bijzonderheden in acht neemt, waarbij de lokale gemeenschappen actief betrokken worden in het beslissingsproces. Alleen zo kan een optimale zorgkwaliteit voor alle Nederlanders worden gewaarborgd.

¹⁴ De uitersten die in de dilemma's zitten, zijn: (1) de balans tussen de bundeling van schaarse expertise enerzijds en nabijheid anderzijds; (2) de balans tussen landelijke regie enerzijds en regionale vrijheid anderzijds.

Rode draad 2: balans tussen nabijheid en veiligheid en expertise van zorg

De discussie toonde aan dat er een balans nodig is tussen de nabijheid van zorg en de kwaliteit ervan. Geen van de deelnemers vond een uiterste situatie, bijvoorbeeld enkel focus op expertise en veiligheid of enkel focus op nabijheid, wenselijk. Deelnemers benadrukten dat zorg dichtbij huis belangrijk is voor de toegankelijkheid van zorg en het welzijn van patiënten. Tegelijkertijd werd erkend dat veiligheid en expertise cruciaal zijn voor hoogwaardige zorg. Er werd bezorgdheid geuit dat het verminderen van de nabijheid ten koste kan gaan van de veiligheid en kwaliteit van zorg, en dat andere regionale voorzieningen zorgvuldig moeten worden afgestemd om deze balans te behouden. Daarnaast werd ervaren dat nabijheid ook een gevoel van veiligheid en welbevinden biedt bij inwoners. Nabijheid behouden door naar de zorg in de gehele keten te kijken, zou hierbij kunnen helpen, om én nabijheid én expertise te kunnen realiseren. Wel was er begrip voor het minder nabij organiseren van meer specialistische acute zorg.

Rode draad 3: vertrouwen in landelijke en lokale beslissers

Deelnemers uitten frustratie over landelijke beslissingen die soms niet afgestemd lijken op regionale realiteiten, dit gevoel werd met name ervaren in Zeeland. Denk hierbij aan beslissingen over de sluiting van ziekenhuizen en SEH's waar men lokaal geen invloed op heeft. De frustratie zit met name in harde normen die per regio anders uitpakken. Als voorbeeld werd het rapport 'Elke regio telt' benoemd waarin deze bevindingen staan. Er is door de deelnemers een oproep gedaan voor meer regionale autonomie en het betrekken van lokale overheden, zorgbestuurders en burgers in het beslissingsproces. Het belang van lokale kennis en de specifieke behoeften van de regio werden benadrukt als cruciale factoren voor het succesvol organiseren van zorg.

Er werden echter ook nadelen genoemd van beslissingen op regionaal niveau. Burgers gaven aan dat er een risico bestaat van een grillig besluitvormingsproces, bijvoorbeeld omdat belangen en politieke druk niet een wenselijk effect kunnen hebben op het besluit. Er is ook bezorgdheid over de verschillen die tussen regio's ontstaan.

Rode draad 4: veiligheid en type normering

Een ander punt van discussie was de veiligheid van zorg in relatie tot volumenormenten. Deelnemers merkten op dat sommige normen, zoals die voor aneurysma-operaties, mogelijk te hoog zijn voor regionale ziekenhuizen. De angst bestaat dat het verhogen van deze normen kan leiden tot de sluiting van regionale zorgvoorzieningen, wat de veiligheid en toegankelijkheid van zorg in gevaar brengt. Ondanks dat volumenormenten vaak worden gezien als een manier om de kwaliteit te verbeteren, moet er wel rekening worden gehouden met de impact op de beschikbaarheid van zorg in minder dichtbevolkte gebieden. Het is belangrijk om een balans te vinden tussen de gewenste kwaliteitsnormen en de praktische uitvoerbaarheid in verschillende regio's. Dit vraagt om een flexibele aanpak waarbij volumenormenten worden aangepast op basis van regionale capaciteiten en behoeften.

Rode draad 5: triage en ambulances

Tijdens de bijeenkomsten werd benadrukt dat triage en ambulances cruciale onderdelen zijn van de acute zorg. Een effectieve triage zorgt ervoor dat patiënten snel en adequaat naar de juiste zorgverlener worden verwezen, wat de druk op SEH's vermindert en de zorg efficiënter maakt. De snelheid en de beschikbaarheid van ambulances zijn essentieel in dit proces. Hoewel de dekking over het algemeen als goed wordt beschouwd, zijn er zorgen over de bereikbaarheid en responstijd in afgelegen of drukke stedelijke gebieden. Het optimaliseren van ambulancediensten, bijvoorbeeld door te investeren in beter uitgeruste voertuigen of traumahelikopters, wordt als een belangrijke stap gezien om de acute zorg te verbeteren.

Er werd ook gediscussieerd over het verplaatsen van bepaalde zorgvragen van SEH's naar huisartsenposten (HAP's) of andere zorginstellingen. Dit zou niet alleen de druk op de SEH's verminderen maar ook de zorg voor patiënten verbeteren door hen direct naar de meest geschikte zorgverlener te sturen. Deelnemers vinden het belangrijk dat patiënten duidelijkheid hebben over waar ze terecht kunnen met hun zorgvraag, en dat laagcomplexere zorg niet onnodig op de SEH behandeld hoeft te worden. Hierdoor kan de acute zorg doelgerichter en efficiënter worden ingericht.

Voorkeursvariant

We beschrijven per regio wat de uitkomsten zijn wat betreft voorkeursvariant. In Amsterdam waren de meningen verdeeld over de beste variant voor de toekomst van acute zorg. Er waren voorstanders van zowel centrale als regionale benaderingen, met een voorkeur voor varianten die ruimte laten voor regionale aanpassingen en de specifieke behoeften van de stedelijke context. In Zeeland was er een duidelijke voorkeur voor variant 3, mits de landelijke normen gecombineerd kunnen worden met lokale inbedding, omdat dit een balans biedt tussen consistentie en regionale aanpassingen. In Friesland was er ook een voorkeur voor variant 3, met de meeste stemmen voor deze optie. De Friese deelnemers waardeerden de duidelijkheid en de balans tussen landelijke normen en regionale uitvoering die deze variant biedt. Variant 4 werd ook gesteund door enkele deelnemers, die vertrouwen hebben in een regionale aanpak mits de juiste mensen betrokken zijn.

In alle regio's was er een duidelijke behoefte aan een benadering die zowel landelijke consistentie als regionale flexibiliteit biedt, waarbij de stem van de patiënt centraal moet staan.

3.3 Afsluitend

Het betrekken van de burgers in fase 2 heeft geleid tot de vijf rode draden die hiervoor beschreven zijn. De betrokken burgers pleitten (net als de bestuurders) impliciet voor een combinatie van varianten. Eén van de beschrijvingen van rode draad 1 vat het goed samen:

'De kunst is om landelijk normen te ontwikkelen die een bepaalde basiskwaliteit garanderen en waarbij oog en ruimte is voor de regionale invulling hiervan. Belangrijk hierbij is dat landelijke normen flexibel genoeg zijn om ruimte te laten voor regionale invullingen en maatwerkoplossingen.'

De combinatie van varianten kwam voort uit de grote samenhang van de onderwerpen en dilemma's. Het verminderen van de nabijheid kan ten koste gaan van de veiligheid en kwaliteit. Om te komen tot een zorgsysteem in brede zin – een zorgsysteem dat veiligheid, expertise en nabijheid biedt; voor acute zorg en voor andere vormen van zorg – moet ook naar het hele systeem, de hele keten, gekeken worden.

Het was voor de betrokken burgers onmogelijk om voor één variant te kiezen, maar doorgaans hadden varianten 1 en 2 de minste voorkeur.

De opkomst van burgers bij de gesprekken in fase 2 was minder dan in fase 1. Een deel van de lagere opkomst kwam onder andere omdat er een tunnel gesloten was in Zeeland op het moment van de bijeenkomst, waardoor de mensen uit Zeeuws-Vlaanderen verhinderd waren om te komen.

De gesprekken met burgers laten zien dat zij de grote complexiteit van dit zorgvraagstuk zien. Acute zorg hangt samen met andere zorg- en sociale vraagstukken. De (gevoelens van) veiligheid, de expertise en de nabijheid hangen af van specifiekere keuzes en triage. En de juiste normering vraagt om zowel landelijke als regionale regie: omdat er een stem van de regio moet zijn, maar ook omdat consistentie en kwaliteit soms beter landelijk bewaakt kunnen worden.

BIJLAGE 1

Uitnodigingsbrief

Uitnodiging - Betrokkenheid lokaal bestuur bij het opstellen van nieuwe normen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de acute ziekenhuiszorg (fase 2)

Geachte meneer/mevrouw,

Nogmaals veel dank voor uw aanwezigheid bij het gesprek over de toekomst van de acute zorg afgelopen najaar georganiseerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Wij hebben uw zorgen en behoeften gerapporteerd aan het ministerie van VWS. U vindt het rapport [hier](#). Wij hopen u weer te ontmoeten bij een van de vervolg bijeenkomsten in fase 2, een link naar de aanmeldpagina vindt u onderaan deze mail.

Status alternatieve scenario's voor de 45-minuten norm

In fase 1 hebben ambtenaren van het ministerie van VWS gewerkt aan alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm. Naast het traject met burgers en met lokaal bestuurders waarin belangen, zorgen en ideeën zijn opgehaald zijn er meerdere onderzoeken gedaan: onderzoek naar tijdkritische aandoeningen, een expertgroep over differentiatie en een internationale verkenning. De rapporten kunt u via [deze link](#) vinden.

Onder andere op basis van het rapport over uw zorgen en behoeften heeft het ministerie inmiddels vier verschillende scenario's opgesteld van mogelijke normen en beleid op het acute (ziekenhuis)zorglandschap. Als vijfde variant is het voortzetten van huidig beleid meegenomen.

Hiermee is de eerste fase afgerond. De tweede fase betreft het toetsen van de normen waaronder met u als inwoner. Vandaar dat wij u nu een uitnodiging sturen.

Bijeenkomst fase 2

Tijdens de tweede bijeenkomst vragen we inwoners om te reageren op de verschillende varianten. Net als in het najaar zullen wij op vier locaties in Nederland bijeenkomsten organiseren. Dit keer zullen we de verschillende varianten presenteren en aan jullie voorleggen. Het ministerie heeft bij elke variant op hoofdlijnen de kansen en risico's uitgewerkt. Per variant zijn we benieuwd naar uw reflectie, wat zijn volgens u de voordelen per variant? En wat zijn mogelijke bezwaren? Daarnaast horen we graag uw ideeën bij eventuele gevolgen per variant.

U hoeft geen voorkennis te hebben over het onderwerp. Heel graag bespreken wij de vijf scenario's met u zodat wij uw reacties op de varianten weer terug kunnen koppelen naar VWS. Op die manier kan het ministerie uw reflecties meenemen in de besluitvorming. Het programma voor de bijeenkomst ontvangt u van tevoren.

De bijeenkomsten vinden plaats op onderstaande momenten.

Middels de link kunt u zich hier voorinschrijven:

[Aanmeldformulier - bespreking over de acute zorg in Nederland - fase 2 \(berenschot.nl\)](#)

- **Assen** op 14 mei van 17:30 tot 20:00 uur
- **Amsterdam** op 21 mei van 17:30 tot 20:00 uur
- **Goes** op 28 mei van 17:30 tot 20:00 uur
- **Sneek** op 5 juni van 17:30 tot 20:00 uur

Net zoals de vorige keer is de inloop van 17:30 tot 18:00. Wij zorgen dat er op dat moment soep en broodjes voor u klaar staat. We beginnen met het inhoudelijke gedeelte om 18:00. Informatie over de locatie volgt.

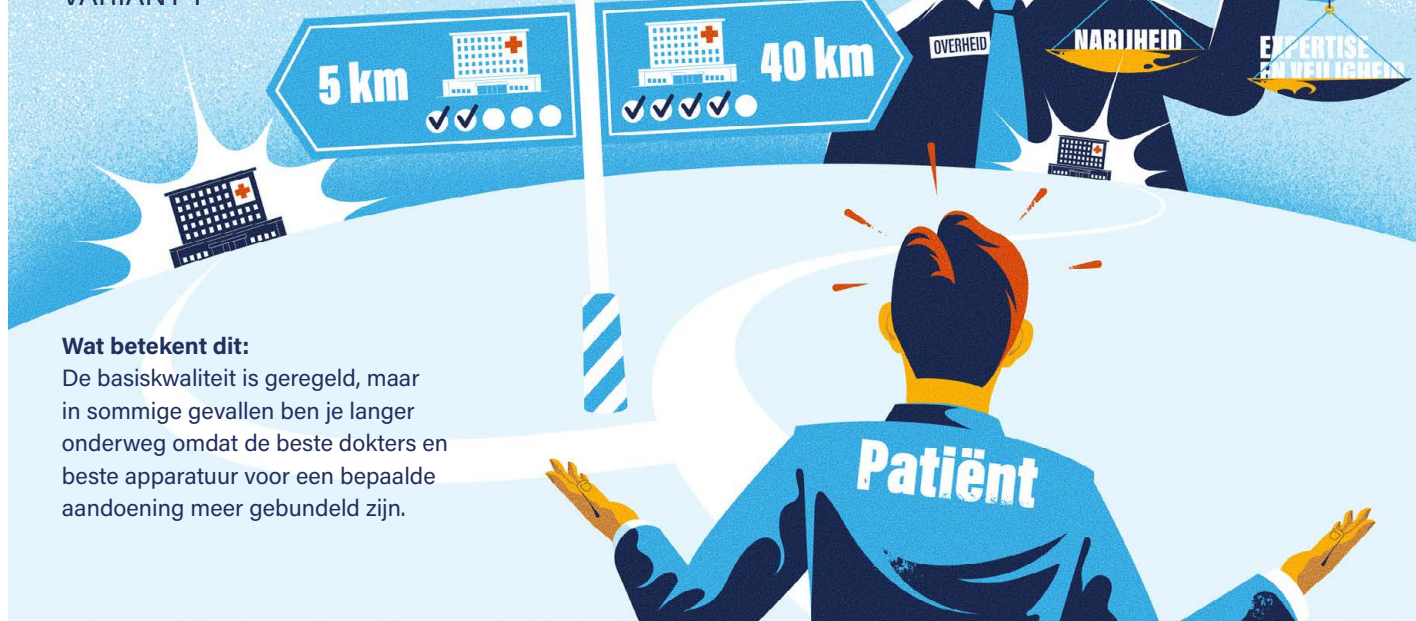
Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met Mabelle Gerritsen via m.gerritsen@berenschot.nl.

BIJLAGE 2

Visualisaties van de varianten

Harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

VARIANT 1



Maximale ruimte voor regionale inzet op veiligheid en expertise

VARIANT 2

Wat betekent dit:

De acute zorg is specifiek afgestemd op wat nodig is in jouw regio. Nabijheid is geen harde norm, dus er is een kans dat de regio besluit om dokters en apparatuur voor een bepaalde aandoening bij één spoedeisende hulp onder te brengen; er is een mogelijkheid voor bepaalde expertise op spoedeisende hulpen.



Harde normen en landelijke sturing op nabijheid

VARIANT 3

Wat betekent dit:

Vanuit de overheid wordt gestuurd op nabijheid van spoedeisende zorg, behalve voor de top 5% hoogcomplexere zorg. Er zullen geen spoedeisende hulpen in dunbevolkte gebieden verdwijnen. Maar in sommige gevallen ben je langer onderweg omdat de beste dokters en beste apparatuur voor een bepaalde aandoening meer gebundeld zijn.



Regionale passende invulling van nabijheid

VARIANT 4

Wat betekent dit:

De acute zorg is specifiek afgesteld op wat nodig is in jouw regio en lokale partijen gaan zoveel mogelijk over de invulling. Het risico is dat niet overal gekwalificeerde dokters of de juiste apparatuur aanwezig zal zijn, omdat voldaan moet worden aan de nabijheidsnorm.



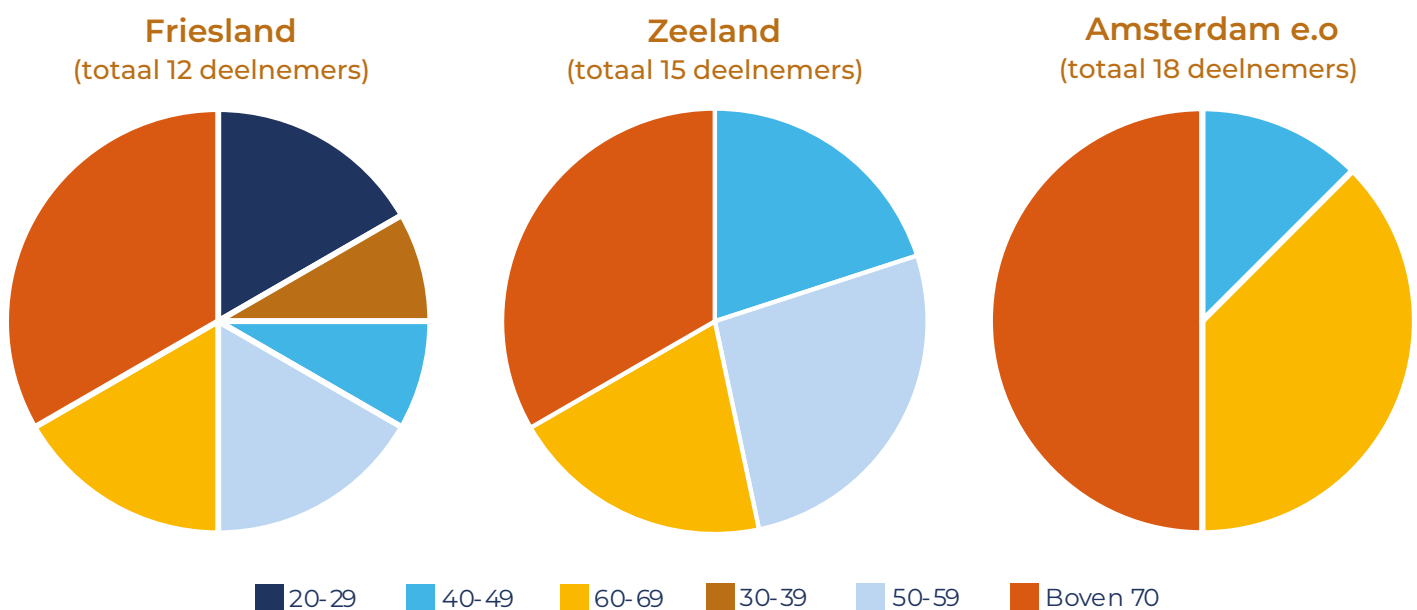
BIJLAGE 3

Aanwezigen bijeenkomsten

In de onderstaande tabel staan de woonplaatsen van de bijeenkomsten weergegeven, zodat er een beeld ontstaat van de geografische spreiding van de deelnemers.

Friesland	Zeeland	Amsterdam e.o.
Baazeem	Goes	Amsterdam
Bakkeveen	Goes	Amsterdam
Dronrijp	Goes	Amsterdam
Groningen	Goes	Amsterdam
Grou	Goes	Amsterdam
Harlingen	Goes	Amsterdam
Heerenveen	Goes	Amsterdam
Heerenveen	Goes	Westzaan
Leek	Kapelle	
Lemmer	Kloetinge	
Sneek	Kortgene	
Wammels	Overzande	
	St. Jansteen	
	Vlissingen	
	Wilhelminadorp	

Leeftijdsverdeling



BIJLAGE 4

Afsluitende vragenlijst

Afsluitende vragen

Dank voor het meedoen, heel fijn dat u er was.

We hebben nog een paar korte vragen ter afsluiting.

1. Waarom heeft u zich aangemeld voor deze bijeenkomst, en wat is uw relatie tot het onderwerp?

.....

2. Stelling: "Ik kon tijdens deze bijeenkomst goed mijn mening kwijt"

- Zeer mee eens
 Mee eens
 Niet mee eens of oneens
 Mee oneens
 Zeer mee oneens

Is er aanvullend nog iets wat u aan ons zou willen meegeven?

.....

3. In welke leeftijdscategorie zit u?

- onder de 18
 18 - 29
 30 - 39
 40 - 49
 50 - 59
 60 - 69
 boven de 70

4. Wat is uw woonplaats?

.....

Dank voor het invullen van de vragenlijst en uw aanwezigheid.

Een reiskostenvergoeding is beschikbaar. Mocht u een reiskosten of kilometervergoeding willen aanvragen vragen we u vriendelijk contact op te nemen met Mabelle Gerritsen; m.gerritsen@berenschot.nl.

BIJLAGE 5

Gespreksverslagen van de bijeenkomsten

B5.1 Amsterdam en omstreken

De bijeenkomst voor de regio Amsterdam en omstreken vond plaats op 21 mei 2024 in het kantoor van Cliëntenbelang te Amsterdam. Er waren 8 deelnemers aanwezig.

Het gesprek begon met de constatering dat de SEH bij de VU gesloten is. Dit leidde tot discussies over de rol van zorgverzekeraars in het beslissingsproces en de verdeling van SEH-zorg in de regio. Er werd opgemerkt dat de uitdagingen rondom de acute zorg in Amsterdam niet te vergelijken is met die in bijvoorbeeld Flevoland of Zeeland. Er zijn relatief veel spoedeisende hulpen, maar Amsterdam heeft ook een groot aantal inwoners. Daarnaast is het goed denkbaar dat de zorgvraag sterk verschilt met rurale gebieden. In Amsterdam is er bijvoorbeeld meer ggz- en verslavingsproblematiek. Tot slot is het begrip nabijheid in Amsterdam ook relevant, met name door de bereikbaarheid van SEH's gezien de verkeersdrukte. Hemelsbreed zijn de afstanden relatief kort, maar dit zegt niet alles over de bereikbaarheid. Als voorbeeld werd genoemd dat iemand die in het centrum van Amsterdam woont ook minimaal dertig minuten onderweg is naar een SEH.

Variant 1: harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

De deelnemers waren van mening dat basiskwaliteit overal nodig is en dat een SEH niet zonder basiszorg kan functioneren. Er was echter verwarring over wat precies onder 'basiskwaliteit' wordt verstaan. 'Wat zijn goed werkende medische definities van basiskwaliteit?' was een van de vragen die gesteld werd. Anderen vonden dat dit al duidelijk geformuleerd is. Daarnaast werd opgemerkt dat goede zorg begint bij goede triage en dat je zo nodig bij specialistische zorg moet kunnen komen met snelheid, dat hoeft niet te betekenen dat het dichtbij aanwezig is.

Sommigen deelnemers gaven aan dat specialistische zorg verder weg geaccepteerd wordt, zolang de middencomplexe zorg goed is en basiszorg goede triage omvat, zodat patiënten snel bij topspecialisten kunnen zijn. Regionaal kan maatwerk geleverd worden om de acute zorg te ontzien, waarbij gekeken kan worden of laagcomplexe zorg naar huisartsen kan worden verplaatst. Vanuit het perspectief van de patiënt is duidelijkheid belangrijk; men wil weten waar men heen moet voor zorg.

Deelnemers suggereerden dat hele lichte zorg niet op de SEH behandeld hoeft te worden en dat daarmee de druk op SEH's ook verlicht kan worden. Als er landelijke normen worden gehanteerd, is het belangrijk dat er ook gekeken wordt naar groepen die niet altijd in beeld zijn.

Variant 2: maximale ruimte voor regionale inzet en veiligheid en expertise

In variant 2 werd benadrukt dat Amsterdam baat heeft bij het zelf regelen van zorg vanwege de unieke situatie met twee medische ziekenhuizen. Er was belangstelling voor het testen van varianten in pilots en het verkennen van andere vormen van SEH-zorg, zoals digitalisering. Een voordeel van landelijke normen is dat die duidelijk maken hoeveel geld er beschikbaar is en wat eerlijker kan zijn in de verdeling. Deelnemers voelden onzekerheid over wat er gebeurt als het in een regio misgaat, vooral in dunbevolkte gebieden. Een kleinere SEH gecombineerd met een opgewaardeerde huisartsenpost (HAP) werd als een mogelijke oplossing gezien, maar er waren zorgen over de personeelskrapte en de daarmee samenhangende veiligheidsrisico's. Dit zijn gevolgen waar aandacht voor moet zijn wanneer zaken verlegd worden; wat is het effect op de zorg in de gehele keten. Sommige deelnemers gaven aan dat werken in kleinere ziekenhuizen met kleine teams kan bijdragen aan arbeidsvreugde en dat dit passend zou kunnen zijn voor deze variant. Het te veel centraliseren bepaald de aantrekkelijkheid van bepaalde ziekenhuizen voor medewerkers.

Variant 3: harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding en variant 4: regionale en passende invulling van nabijheid

Variant 3 en 4 zijn gezamenlijk en afsluitend besproken ter aanvulling op hetgeen al besproken was bij variant 1 en 2.

Bij variant 3 werd voorgesteld om ambulances te blijven doorontwikkelen zodat ze een deel van de zorg bij de SEH weg kunnen halen. Dit zou kunnen bijdragen aan een snellere doorverwijzing van patiënten naar de juiste plek en een betere personeelsplanning. Er werd gediscussieerd over het lokale besluitvormingsproces en wie de beslissers zijn. Er was een spanning tussen de belangen van ziekenhuizen en de gemeenschap, waarbij regionale belangen mogelijk niet altijd in het beste belang van de patiënt zijn. In deze variant moet er nagedacht worden over de partijen die aan tafel zitten en of

zij de juiste mandaten hebben om het belang van burgers en patiënten zo goed mogelijk te bedienen. Deelnemers merkten op dat de meeste mensen die naar de SEH gaan, vaak beter geholpen kunnen worden door huisartsenposten. In Amsterdam is er sprake van dubbele vergrijzing, en culturele diversiteit speelt een rol in de zorgbehoeften. Specifieke problemen zoals obesitas en de gevolgen van vapes onder jongeren werden genoemd als factoren die druk leggen op de SEH.

Bijvangst

Tijdens het gesprek kwam naar voren dat de huidige varianten onvoldoende rekening houden met mensen die chronisch ziek zijn of regelmatig zorg nodig hebben. Er werd gesuggereerd dat de SEHsystemen beter afgestemd moeten worden op de diverse behoeften van verschillende patiëntengroepen. Bestuurlijke kwesties werden besproken, maar er was een duidelijke oproep om de stem van de patiënt centraal te stellen bij de inrichting van SEH-zorg: 'Het gaat erom wat de patiënt nodig heeft en niet wat de ziekenhuizen willen'.

B5.2 Zeeland

De bijeenkomst voor de regio Zeeland vond plaats op 28 mei 2024 in wijkcentrum De Spinne in Goes. Er waren 15 deelnemers aanwezig terwijl meer burgers zich hadden opgegeven. Het bleek dat de Westerschelde tunnel afgesloten was, hierdoor konden burgers uit Zeeuws-Vlaanderen niet aanwezig zijn. De varianten zijn aan twee tafels besproken.

Over het algemeen werd opgemerkt dat huisartsenzorg onder druk staat en dat dat ook meegenomen moet worden bij het bedenken van scenario's. Daarnaast werd door sommige deelnemers aangegeven dat het om kwaliteit te kunnen behouden noodzakelijk is dat ziekenhuizen en SEH's een minimale omvang hebben. Daarnaast werd in het algemeen de vraag gesteld of de patiënt vindt dat er iets moet veranderen, of in ieder geval dat dit interessant is om mee te nemen naast de belangen en perspectieven van de overheid en de ziekenhuizen. Er werden ook zorgen geuit over de huidige marktwerking in de zorg; bij elke nieuwe vorm van inrichting van spoedeisende hulpen is aandacht voor de financieringsstructuur en de doorwerking in de keten van belang. Normen zijn op zich goed, maar moeten, in welke variant dan ook, ruimte hebben voor uitwerking op lokaal niveau passend bij de context van de betreffende regio.

Variant 1: harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

De deelnemers benadrukten dat basiskwaliteit belangrijk is en dat het niet landelijk bepaald moet worden wat goed is voor een regio. Er waren sterke gevoelens dat zorgverzekeraars te veel macht hebben en dat deze rol verminderd moet worden. Er werd bezorgdheid geuit over landelijke harde normen, omdat deze niet werken voor dunbevolkte gebieden met unieke uitdagingen zoals water, kilometers, toeristen, geografie en demografie. Er waren zorgen dat strikte normen betekenen dat zorg uit de periferie zal verdwijnen, als deze normen niet altijd gehaald kunnen worden. Dit zou betekenen dat sommige zorg niet meer geleverd kan worden omdat de kwaliteit niet gewaarborgd kan worden. Veiligheids- en volumennormen zijn hierbij belangrijke factoren.

De deelnemers merkten op dat bepaalde normen te strak zijn, waardoor het moeilijk wordt om de vereiste volumennormen te halen. Een voorbeeld hiervan zijn aneurysma-operaties waarvoor de norm nu op veertig ligt, maar waarvoor academische centra dit naar zestig willen verhogen. Dit zou een risico vormen voor het behoud van deze zorg in de regio.

Hoewel sommige deelnemers erkenden dat volumennormen bijdragen aan kwaliteit, benadrukten anderen dat nabijheid ook belangrijk is en zij vroegen zich af waarom zorg niet meer in het midden van Zeeland georganiseerd kon worden. Er was een voorstel dat elke provincie een centrale spoedeisende hulp (SEH) moet hebben om efficiëntie te bevorderen en dat elke provincie haar eigen centrale ziekenhuis moet hebben ongeacht bevolkingsdichtheid, afstand en andere criteria.

Sommige deelnemers vroegen zich af of we alleen 'slechte dokters' overhouden als we zorg centraliseren, bijvoorbeeld omdat de 'goede dokters' in de centrale ziekenhuizen gaan werken. Er werd gediscussieerd over wat 'beste dokters' betekent en dat het woord 'expertise' meer gepast is. Er werden zorgen geuit dat landelijke beleidsbeslissingen emoties oproepen bij burgers, vooral in Zeeland, waar er weinig vertrouwen is in de landelijke overheid en veel frustratie heerst.

Er waren gemengde meningen over variant 1. Sommige deelnemers vonden deze variant geen goed idee en dachten dat het de prullenbak in moest, terwijl anderen het een goed idee vonden omdat het zorg gelijkwaardiger zou maken. Voorstanders van centralisatie wezen op de voordelen dat de zorg overal gelijk is en de mogelijkheid om samen te werken met België. Zij geloofden in de toekomst van AI en het loslaten van de 45-minutennorm voor ambulances. De beleving in Zeeuws-Vlaanderen was dat Goes verder lijkt dan Gent, wat wijst op de noodzaak van meer voorlichting en campagnes voor grensregio's.

Deelnemers waren bezorgd dat variant 1 zou leiden tot het verlies van volledige SEH's en dat kritische zorg verder weg zou komen te liggen, tenzij de overheid de spreiding beter reguleert.

Variant 2: maximale ruimte voor regionale inzet en veiligheid en expertise

Bij variant 2 is nabijheid geen harde norm. Deze benadering werd door enkele deelnemers als twijfelachtig en grillig ervaren en het werd niet gewenst geacht om SEH-zorg naar regionale overheden over te hevelen. Deze partijen hebben volgens deelnemers onvoldoende medische kennis om de juiste afwegingen te kunnen maken. Nabijheid en complexiteit van de regio zouden leidend moeten zijn, met behoud van het huidige niveau van zorg.

Sommige deelnemers beschouwden deze variant als de beste optie omdat regionale variatie mogelijk is zonder grote verschillen tussen regio's te creëren. Er was een erkenning dat concentratie van zorg noodzakelijk is in een regio, maar het was onduidelijk wie de beslissingen zou nemen. De huidige ROAZ-regio's, waarin ziekenhuizen zelfstandig opereren, vormen een uitdaging voor onderlinge beslissingen. Deelnemers hebben niet het vertrouwen dat wethouders aan tafel de juiste medische kennis hebben om dergelijke beslissingen te maken. Andere deelnemers gaven aan dat gemeenten juist een prominentere plek aan tafel verdienen, onder andere vanuit het oogpunt van leefbaarheid.

Er was bezorgdheid dat nabijheid ten koste gaat van veiligheid en expertise. Een ziekenhuis met alle expertise werd als ideaal gezien, maar bij variant 2 is er een risico dat de borging van kwaliteit niet vanzelfsprekend is. De specifieke afstemming voor de regio werd als noodzakelijk beschouwd om ook thema's als leefbaarheid, opleidingsplekken en werkgelegenheid mee te kunnen nemen in de afwegingen. Sommige deelnemers vonden de kop van deze variant erg aanspreken, maar constateerden na het gesprek hierover dat de uitwerking grillig zou kunnen zijn. Grillig omdat besluitvormingsprocessen lang gaan duren, en vanwege het risico dat andere belangen de overhand gaan krijgen.

Variant 3: harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

Variant 3 werd door sommige deelnemers als voorkeursvariant genoemd, vooral in combinatie met variant 1. Er werd gesuggereerd dat sommige SEH's gesloten kunnen worden, terwijl Zeeland een SEH nodig heeft met verbeterde expertise en veiligheid. Een centraal ziekenhuis in de regio werd als wenselijk beschouwd. Enkele deelnemers gaven aan dat er landelijke normen moeten zijn, maar dat er regionaal wel maatwerk mogelijk moet zijn. Dat er met een goede reden afgeweken kan worden van de norm.

Variant 3 lijkt volgens enkele deelnemers enigszins op de huidige situatie. Er waren zorgen dat deze aanpak veel aanwezige zorg uit de provincie zou trekken.

Variant 4: regionale passende invulling van nabijheid

Bij variant 4 gaven de deelnemers aan dat de regio zelf wel weet wat goed is voor de eigen regio en dat de nabijheidsnorm al wordt nageleefd. Er was echter onzekerheid over hoe landelijke beslissers kunnen weten wat goed is voor de regio, omdat acute zorg elk moment kan veranderen. Specifieke afstemming per regio is noodzakelijk, maar het blijft een vraag wanneer men precies weet wat nodig is.

Er was vertrouwen in wethouders, zorgbestuurders en verzekeraars, maar er was ook bezorgdheid dat burgers niet genoeg gehoord worden en zorg over of deze partijen daadkrachtig zijn, het belang van de patiënt genoeg in ogenschouw nemen en consistent kunnen zijn. Het is belangrijk dat ziekenhuizen de juiste medische informatie hebben, maar er is ook een risico dat ziekenhuizen beslissingen doordrukken ondanks tegenstand van burgers en wethouders. Landelijk beleid heeft meer slagkracht ten opzichte van ziekenhuizen.

Er werd opgemerkt dat er grote kwaliteitsverschillen zijn tussen ziekenhuizen en dat nabijheid ten koste kan gaan van kwaliteit. De vraag wie beslist in de regio is cruciaal, omdat dit veel invloed heeft op de uitkomst. In sommige regio's speelt een grote zorgverzekeraar een dominante rol, wat tot nabijheid zou moeten leiden.

Bijvangst

Er waren opmerkingen over een gemiste discussie betreffende de spreiding van zorg en de noodzaak van grote traumacentra en academische ziekenhuizen. De deelnemers vroegen zich af of het noodzakelijk is om zoveel dure en academische ziekenhuizen te hebben. Ze suggereerden dat spreiding beter geregeld moet worden, bijvoorbeeld in Rotterdam waar meerdere ziekenhuizen dezelfde gespecialiseerde zorg aanbieden. Deze discussie werd gemist in de bredere context.

B5.3 Friesland

De bijeenkomst voor de regio Friesland vond plaats op 5 juni 2024 bij Wijkvereniging De Noorderhoek in Sneek. Er waren 12 deelnemers aanwezig.

Variant 1: harde normen en landelijke sturing op veiligheid en expertise

Een deelnemer gaf aan dat het een voordeel is dat de expertise bij elkaar georganiseerd is, maar stelde wel de vraag voor welke groep dit georganiseerd wordt: de bovenste 5% of de middengroep? Iemand anders merkte op dat er een balans gevonden moet worden voor de 75% midden-complexe zorg: zolang het niet levensbedreigend is, kan zorg wat verder weg georganiseerd worden. Dit roept de vraag op hoe je het organiseert, bijvoorbeeld door alles te centraliseren in één acute zorgcentrum zoals in Leeuwarden. Een andere deelnemer wees op de mogelijkheden van de ambulance, die veel apparatuur bij zich heeft en snel naar het juiste ziekenhuis kan rijden. Met eigen vervoer is deze variant problematischer, vooral gezien de reisafstand. Openbaar vervoer werd als ongeschikt beschouwd. De gradaties van zorg hebben overlap, waarbij je naar de huisartsenpost (HAP) of huisarts gaat als het minder ernstig is. De ambulances vormen slechts een klein deel van de ritten, waardoor er altijd dekking is. Een deelnemer stelde echter dat deze dekking niet altijd als redelijk wordt ervaren, zeker niet in de ouderenzorg waarbij huisartsen niet altijd meer kunnen komen in verband met de grote zorgvraag.

De huidige situatie zorgt er al voor dat er ritten naar gespecialiseerde ziekenhuizen gaan, zoals voor cardiologische zorg naar Leeuwarden. De organisatie van specialisten is al zo ingericht dat bepaalde posten niet meer 24 uur bezet zijn. Een deelnemer gaf aan dit positief te vinden, omdat het de beste zorg biedt, ook al zijn de ritten soms langer. Een beenbreuk zou echter niet gecentraliseerd behandeld moeten worden; hiervoor kunnen gradaties van SEH's lokaal georganiseerd worden. De verschillende belangen van ziekenhuizen hebben in het verleden het centraliseren van SEH's tegengehouden. Brancheorganisaties en landelijke netwerken, zoals het landelijke ambulancenetwerk, hebben veel kennis en kwaliteit gebracht. Een deelnemer waarschuwde dat decentralisatie kan leiden tot kwaliteitsverlies. Regionale verschillen zijn daarbij belangrijk, gezien de variërende afstanden en populaties.

De huidige ambulancezorg werd als goed geregeld beschouwd, met voldoende posten en een 45-minutennorm die bijna overal gehaald wordt. Toch werden er zorgen geuit over gebieden zoals Stavoren, waar de afstand tot een SEH aanzienlijk is. De kwaliteit van zorg en de beschikbaarheid van professionals blijft een kritische randvoorwaarde, met de suggestie om creatief te denken over oplossingen, zoals het inzetten van traumahelikopters. Een deelnemer merkte op dat huisartsen momenteel campagnes voeren, maar dat meer voorlichting nodig is. Veel onnodige vragen komen voort uit maatschappelijke veranderingen, wat de druk op SEH's verhoogt.

Variant 2: maximale ruimte voor regionale inzet en veiligheid en expertise

Een deelnemer vroeg zich af wie er aan de regionale besluitvormingstafels plaats gaan nemen. Er zijn zorgen over de regionale invloed van private belangen. Belangen van ziekenhuizen kunnen andere bewegingen blokkeren, wat angst oproept. Iemand anders merkte op dat gemeenten geen invloed en mandaat hebben; in Engeland is dit bijvoorbeeld beter geregeld met zogeheten 'councils'. Er werd benadrukt dat regionaal in gesprek gaan belangrijk is, bijvoorbeeld met een Friesland-tafel om het ziekenhuislandschap te bespreken. In Friesland is er nooit een gesprek geweest met inwoners over het sluiten van spoedeisende hulpen, ondanks dat zij premie betalen en er iets van mogen vinden. Lokale bestuurders zouden meer betrokken moeten worden bij deze besluitvorming. Wanneer een ziekenhuis sluit, zoals in Drachten, wordt de patiënt naar Groningen verwezen. Een deelnemer wees erop dat er meerdere provincies nodig zijn voor een efficiënte organisatie, wat in deze variant ontbreekt. Steeds meer moeite om ziekenhuizen te bemensen, vraagt om efficiëntere organisatie en het afbuigen van instroom van acute zorg.

Randvoorwaarden zoals geld en administratieve lasten bij zorgverleners werden als knelpunten gezien. Zorgverleners besteden veel tijd aan administratieve taken, wat ten koste gaat van de zorgkwaliteit. Ook de kosten van digitale gegevensuitwisselingen en de decentralisatie van zorgorganisaties brengen uitdagingen met zich mee. De marktwerking in de zorg leidt tot perverse prikkels en een gebrek aan grip voor gemeenteraden. De financiële prikkels maken zorg duurder, vergelijkbaar met het betalen van de brandweer per brand. Er werd gesuggereerd dat andere prikkels te bedenken zijn. Verpleegkundigen en artsen worden steeds meer zelfstandigen, wat een negatieve invloed heeft op de aantrekkelijkheid van het werk. Lage lonen, weinig zeggenschap over roosters, en het ontbreken van investeringen in nieuwe en zij-instromers zorgen voor kwaliteitsproblemen en een tekort aan zorgpersoneel.

Variante 3: harde normen en landelijke sturing op nabijheid en lokale inbedding

Een deelnemer benadrukte dat het voordeel van variant 3 de duidelijkheid is. Mensen die op vakantie zijn, willen geen onduidelijkheid tussen regio's en zoeken zekerheid. Dit voorkomt veel verwarring en vereenvoudigt de voorlichting, omdat elke verandering moet leiden tot uniforme beelden. De nabijheid van zorg kan echter een schijnoplossing zijn; hoewel nabijheid een gevoel van veiligheid kan geven, is het belangrijk dat mensen wel op de juiste plek geholpen worden. Harde normen zorgen voor deze duidelijkheid en voorkomen onterechte verwachtingen. Een andere deelnemer merkte op dat variant 3 zo slecht nog niet is en stelt dat de focus op kwaliteit misschien is doorgeslagen. De afgelopen tien jaar is de zorg alleen maar opgeschaald. De richtlijn zou landelijk moeten worden bepaald, maar de uitvoering moet regionaal plaatsvinden.

Variante 4: regionale passende invulling van nabijheid

Een deelnemer gaf aan vertrouwen te hebben in variant 4, mits de juiste mensen aan tafel zitten. Belangen moeten vertegenwoordigd worden, ook al kunnen deze uiteenlopen en tot discussie leiden. Het is belangrijk dat er uiteindelijk een oplossing komt. De schijnveiligheid van nabijheid wordt nogmaals benadrukt, met de voorkeur om verder te rijden naar een plek waar de juiste mensen aanwezig zijn. Dit geeft een gevoel van echte veiligheid.

Voorkeursvariant

De volgende voorkeursvarianten zijn meegegeven.

- Variant 1: geen voorkeur voor uitgesproken.
- Variant 2: één deelnemer gaf de voorkeur aan deze variant.
- Variant 3: de meeste deelnemers gaven de voorkeur aan deze variant (zeven stemmen).
- Variant 4: twee deelnemers gaven de voorkeur aan deze variant.

B5.4 Drenthe

De bijeenkomst in Drenthe is niet doorgegaan in verband met een zeer lage opkomst. Bij de deelnemers uit fase 1 hebben we de reden opgevraagd om niet aanwezig te zijn bij de bijeenkomst in fase 2. 'Voor mij geldt dat ik de indruk heb dat ik te weinig invloed kan uitoefenen op het geheel en dat mijn tijdsinvestering daardoor niet zinvol voelt.'

Andere deelnemers gaven aan dat het niet in te passen was in de agenda's. 'Wanneer er meer agendaopties gegeven zouden zijn, dan zouden er wellicht meer mensen zich hebben aangemeld.'



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al ruim 85 jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl