



RAPPORT

Inwoners over de acute zorg in Nederland

Inzicht in de belangen en behoeften

70959 | 12 februari 2024

RAPPORT

Inwoners over de acute zorg in Nederland

Inzicht in de belangen en behoeften

70959 | 12 februari 2024

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Doelstelling	5
1.3 Leeswijzer	5
2. Aanpak fase 1.....	6
2.1 De selectie van de regio's	7
2.2 Het uitnodigen van burgers.....	8
2.3 De invulling van de sessies.....	9
2.4 Dataverwerking	9
3. Bevindingen en aanbevelingen	10
3.1 Belangrijkste visies en aanbevelingen	11
3.2 Discussie	13
Bijlagen.....	14
B1. Uitwerking persona's	15
B2. Flyer	16
B3. Uitnodigingsbrief.....	17
B4. Aanwezigen bijeenkomsten	18
B5. Resultaten van de bijeenkomsten	19



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.

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 45-minuten-norm voor de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg in ziekenhuizen.² Vrijwel alle bewoners van Nederland moeten binnen 45 minuten met een ambulance de spoedeisende hulp of acute verloskunde kunnen bereiken. 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 vormen nodig zijn voor de borging van de kwaliteit en toegankelijkheid van de acute zorg in Nederland.

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, is op dit moment nog onduidelijk. Omdat het meenemen van leefbaarheid in de regio een belangrijk thema is in de discussie, worden burgers in dit stadium ter voorbereiding op de ontwikkeling van scenario's actief betrokken.

Een werkgroep binnen het Ministerie van VWS heeft de opdracht gekregen om te komen tot alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm. De werkgroep laat meerdere onderzoeken uitvoeren. Het eerste onderzoek analyseert tijdkritische aandoeningen, een expertgroep rapporteert over differentiatie en er wordt een internationale verkenning uitgevoerd. Daarnaast wil de werkgroep graag input van burgers en lokaal bestuur. Deze rapportage bevat de input van burgers.

1.2 Doelstelling

Het proces van het betrekken van burgers kent twee fasen:

1. Het ophalen van meningen, ervaringen, zorgen en ideeën van burgers uit vier regio's;
2. Het toetsen van scenario's met burgers in de vier regio's.

Deze rapportage omvat de uitkomsten van de eerste fase. De input uit de eerste fase, samen met de resultaten uit de andere onderzoeken, verwerkt de werkgroep van het Ministerie van VWS om te komen tot alternatieve scenario's. De alternatieve scenario's worden getoetst in fase 2.

Het doel van fase 1 is om zo breed mogelijk diverse belangen, behoeften, zorgen en ideeën te verzamelen over de spreiding van acute zorgvoorzieningen. Indien aanwezig en relevant worden ook verschillen in belangen, behoeften, zorgen en wensen tussen regio's geïdentificeerd. De focus ligt op de ziekenhuiszorg, maar uiteraard heeft het ook een relatie met zorg in de rest van de keten.

Deze input en denkrichtingen van burgers kunnen vervolgens meegenomen worden in het opstellen van de alternatieve scenario's.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 staat de aanpak van fase 1 beschreven. Daar staat hoe, waarom en welke regio's geselecteerd zijn, hoe burgers zijn uitgenodigd en hoe de bijeenkomsten zijn georganiseerd. In hoofdstuk 3 staan de bevindingen en aanbevelingen.

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

² Staatscourant nr. 41958, 27 september 2021.

³ Kuipers, E. (2022). Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdd256b3ce374656933273aed84b611ccccce1040/pdf>.



HOOFDSTUK 2

Aanpak fase 1

Het proces van het betrekken van burgers kent twee fases. In fase 1 hebben we input opgehaald bij de burgers. Dit hoofdstuk beschrijft de selectie van de regio's, de deelnemers en tot slot de invulling van de georganiseerde sessies.

2.1 De selectie van de regio's

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 de 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.⁴ Het voeren van gesprekken met groepen leent zich minder goed voor het verkrijgen van statistische representativiteit (zoals wel in large n-studies als enquêtes), 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 bijlagen 2 en 3. 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.

Deze ontwerpkeuzes vergrootten de kans dat we konden voldoen aan twee belangrijke eigenschappen van representativiteit.⁵ We creëerden hiermee ten eerste een goede dekking van specifieke lagen van een populatie. Waarbij we ervan uitgaan 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 is zorgen voor de 'afwezigheid van selectieve krachten' (zoals dat heet in de methodeliteratuur⁶). 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.

Tijdens het uitvoeren van het traject bleek dat enkele regio's onvoldoende tijd en capaciteit hadden om deel te nemen aan dit traject. Toch is er een goede mix aan typen regio's gevonden. De regio's Drenthe, Friesland, Zeeland en Amsterdam hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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, F. (1979). Representative sampling, III: The current statistical literature. *International Statistical Review/Revue Internationale de Statistique*, 245-265. Er is geen mechanisme gebruikt dat bepaalde personen of groepen bevoordeeld of benadeeld.

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

Onderwerp	Drenthe	Friesland	Zeeland	Amsterdam e.o.
Geografische ligging binnen Nederland	Noordoost-Nederland	Noord-Nederland	Zuidwest-Nederland	West-Nederland
Sociaal-economische status ⁷	Gemiddeld	Gemiddeld-laag	Gemiddeld	Gemiddeld-hoog
Regionale kenmerken ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde ⁸	- Het inwoneraantal daalt, er is sprake van dubbele vergrijzing. - Hardnekkig groeiende intergenerationele armoede en kansenongelijkheid. - Afstand tot voorzieningen is groter.	- Sterke dubbele vergrijzing, natuurlijke aanwas daalt en migratie stijgt. - Relatief veel kwetsbare groepen en eenzaamheid stijgt. - Afstand tot voorzieningen is groter.	- Een lage bevolkingsdichtheid en afname het van aantal inwoners. - Mobiliteit en toegang tot voorzieningen is een uitdaging.	- 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 gemiddelde ⁹	- Relatief meer mensen met matig tot ernstig overgewicht. - Psychische ongezondheid bij jongvolwassenen.	- Vraag naar medisch specialistische zorg stijgt. 2% van de zwangere vrouwen verkeert in een kwetsbare positie.	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.	- 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 gemiddelde ⁹	- 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).	- Wachttijden voor verpleeghuizen zijn relatief korter, maar de locaties zijn ouder. - Tekort aan huisartsen, medisch specialistische zorg, zorgverleners en mantelzorgers.	De grootste personeelstekorten tot 2030 zitten in de verpleging en verzorging, gevolgd door de MSZ en de thuiszorg.	- Er zijn arbeidsmarkttekorten in de verpleging en verzorging, en dit zal stijgen. - Het mantelzorgpotentieel is hoger dan in Nederland, maar halveert de komende jaren.

7 CBS (2022). Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid>.

8 De Juiste Zorg op de Juiste Plek (2023). Regiobeelden. Beschikbaar via: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/regio/regiobeelden/>.

9 CBS (2022). Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Beschikbaar via: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid>.

2.2 Het uitnodigen van burgers

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. Per regio is een contactpersoon 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.

Tot slot is de flyer en de uitnodigingsbrief verzonden naar enkele algemene mailadressen van maatschappelijke organisaties in 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.

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.

2.3 De invulling van de sessies

Naast het mogelijk maken dat diverse perspectieven aan bod kwamen in de gesprekken, moest de kwaliteit van de gesprekken ook nog goed zijn. We geven hierna kort weer hoe we de sessies hebben ingestoken.

Het onderwerp ‘zorg’ en met name de ‘acute 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. Iedere bijeenkomst had de volgende structuur:

1. Een algemene uitleg over het traject en de context van de opdracht
2. Indelen van groepen, met ongeveer acht tot tien personen per groep
3. Alle groepen kregen alle vier de persona's (uitleg over de persona's volgt hieronder) te zien. De onderstaande hulpvragen werden op een scherm weergegeven:
 - a. Wat zijn uw wensen en behoeften wanneer u met spoed zorg nodig heeft?
 - b. Waar maakt u zich zorgen over als u plotseling iets overkomt?
 - c. Wat verwacht u als u hiervoor de huisarts of 112 belt?
 - d. Wat zou het betekenen als de spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde van een ziekenhuis in uw buurt sluit?

4. Plenaire terugkoppeling vanuit de verschillende groepen
5. Vragenlijst invullen¹⁰
6. Afsluiting

Er was ruimte voor de deelnemers om, naast de beantwoording van de hulpvragen, aanvullende relevante input te leveren en deze te bespreken met elkaar. Bij de regio's Drenthe en Friesland was er meer behoefte om het gesprek te voeren aan de hand van de video's. Bij de regio Zeeland werd voornamelijk andere relevante input, niet gelinkt aan de persona's, ingebracht. Ditzelfde geldt voor de regio Amsterdam.

Om tot relevante input te komen, hebben we burgers in gesprek laten gaan op basis van verschillende persona's. Deze beschreven een situatie met daarin een combinatie van een persoon met een specifieke zorgbehoefte, direct betrokkenen (zoals omstanders, familie, etc.) en een zorgverlener. De persona's werden getoond door een acteur in een filmpje. Elke persona bevatte een specifiek dilemma dat relevant was voor het bespreken van normen voor acute zorg. Een kort overzicht van de persona's staat in tabel 2. De complete beschrijving van de persona's staat in bijlage 1.

Tabel 2. **Persona's.**

Persona
1. Gerda, 55 jaar, heeft in een ongeluk letselschade opgelopen
2. Jos, 64 jaar, is een chronisch patiënt met een hoge bloeddruk en een hoog cholesterol en krijgt een herseninfarct
3. Isaac, 25 jaar, een student met paniekaanvallen
4. Zarah, 33 jaar, een zwangere vrouw die gaat bevallen

2.4 Dataverwerking

Per groep van acht tot tien personen was er een gespreksleider van Berenschot aanwezig. Deze persoon begeleidde het gesprek aan de hand van de hulpvragen. Enerzijds werd deelnemers gevraagd om zich te verdiepen in de persona's, en anderzijds was er ook ruimte om persoonlijke wensen, behoeften, ideeën en zorgen te delen. De gespreksleider zorgde ervoor dat iedereen 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, maar ook aan emoties indien aanwezig.

¹⁰ Vragen waren deels een check op de persona's (wat riepen deze op bij deelnemers) en om informatie over de burgers op te vragen.



HOOFDSTUK 3

Bevindingen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de bevindingen en aanbevelingen op basis van de gesprekken met burgers. We presenteren eerst de belangrijkste visies. Per visie geven we een aanbeveling voor de werkgroep van VWS die aan de slag gaat met de alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm. We sluiten dit hoofdstuk af met enkele discussiepunten.

3.1 Belangrijkste visies en aanbevelingen

In deze paragraaf is het resultaat te vinden van de besproken meningen, ervaringen, zorgen en ideeën van burgers. De ambitie van de gehanteerde aanpak is niet om te komen tot gulden middenwegen of concrete handelingsperspectieven. Dit rapport gaat over de visies van burgers en die komen niet per se overeen. In dit hoofdstuk presenteren we de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen op basis van alle bijeenkomsten. Waar noemenswaardige verschillen tussen regio's waren, benoemen we ze. Voor een verslag per bijeenkomst verwijzen we naar bijlage 5.

3.1.1 Vertrouwen in triage

Er blijkt dat er veel vertrouwen is in de triage wanneer de meldkamer, spoedpost of huisartsenpost wordt gebeld. In de bijeenkomsten wordt aangegeven dat het belangrijk is dat deze personen kundig zijn op meerdere vlakken:

1. Ten eerste in het beoordelen van de situatie, door het stellen van de juiste vragen.
2. Ten tweede in het juist handelen aan de hand van de beoordeling, bijvoorbeeld of er wel of geen ambulance wordt gestuurd.
3. Tot slot geven deelnemers aan dat de telefonist ook een belangrijke rol heeft in het bieden van emotionele steun.

Er is vaak sprake van een panieksituatie en de telefonist kan zorgen voor enige geruststelling, bijvoorbeeld door duidelijk de genomen acties te benoemen en aan te geven wat de persoon zelf kan doen of door instructies te geven aan een omstander.

Het eerste contact bij een hulpsituatie is cruciaal. Dat eerste contact bepaalt de vervolgstappen: of iemand zelf ergens naartoe gaat, zich laat brengen of dat er toch een ambulance gestuurd wordt.

Aanbeveling 1 voor de werkgroep

Alternatieve scenario's voor de norm vragen in ieder geval om een goede invulling van de triage bij acute zorgvragen.

3.1.2 Bereikbaarheid spoedeisende hulp en nabijheid ambulance

De opvattingen en ideeën over de bereikbaarheid van een spoedeisende hulp verschillen. Het verschil heeft met name te maken met de ernst van de situatie. Het overgrote deel van de deelnemers geeft aan dat het van belang is dat er een ambulance nabij is. Hierbij wordt genoemd dat bij het sluiten van een SEH om zwaarwegende redenen, de nabijheid van een ambulance nog belangrijker wordt. Deelnemers geven aan dat de kwaliteit van de geleverde zorg in een ambulance hoog is. Een kleiner deel van de deelnemers heeft hier een ander idee bij; zij geven aan dat de zorg in een ambulance niet gelijk is aan die van een spoedeisende hulp. Deze groep geeft aan dat er zo veel mogelijk spoedeisende hulpen open moeten blijven.

Verschillen tussen regio's

We zien dat interpretaties van bereikbaarheid verschillen voor burgers uit verschillende regio's. Gesprekken in de regio Amsterdam laten bijvoorbeeld zien dat bereikbaarheid onder druk staat door mobiliteitsproblemen in (het centrum van) de stad. Andere interpretaties van bereikbaarheid, bijvoorbeeld in Drenthe en Friesland, gaan primair over de afstand. Ook in Zeeland speelt afstand een grote rol in de bereikbaarheid, aangevuld met het feit dat bruggen en tunnels kritieke mobiliteitspunten zijn die gesloten of onbereikbaar kunnen worden.

Aanbeveling 2 voor de werkgroep

Bij alternatieve scenario's voor de norm dient aandacht te zijn voor de bereikbaarheid van spoedeisende hulp. Waarbij ook andere factoren zoals openbaar vervoer, bruggen en andere verkeerssituaties worden meegenomen, met oog voor regionale verschillen.

3.1.3 Weten dat je snel ergens terechtkomt en goed geholpen wordt

Na het eerste contact bij een acute zorgvraag, is het cruciaal dat de vervolgstap passend is. Een vervolgstap kan bijvoorbeeld het al dan niet opgehaald worden door een ambulance zijn. De meningen verschillen over wanneer er geen ambulance nodig is, maar de persoon toch naar de spoedeisende hulp moet. In dit soort gevallen is het een groter probleem wanneer er géén spoedeisende hulp nabij is. Met name in landelijke gebieden kunnen de afstanden zeer groot zijn.

De vervolgstap kan ook gaan over de hulp op de SEH. De discussies over het al dan niet sluiten van SEH's gaan samen met het debat over concentratie. Uit de gesprekken blijkt dat er een groot belang wordt gehecht aan het dichtbij geholpen worden. Deelnemers geven daarbij aan (dat ze verwachten of weten) dat een groot gedeelte van de gevallen niet per se vraagt om hoog-specialistische ingrepen. Het overgrote deel van de acute zorgvragen is niet hoog-complex en vraagt ook niet om het daarbij horende aanbod. Voor hoog-specialistische ingrepen ziet men de logica van concentratie, maar voor het merendeel van de gevallen wil men dichterbij en sneller geholpen worden.

Verschillen tussen regio's

Voor deze conclusie gelden enkele verschillen tussen regio's. In Drenthe, Friesland en Zeeland gaat het snel ergens terechtkomen en goed geholpen worden ten dele om vervoer en het acute zorgaanbod op de plekken in de regio. In Amsterdam is juist te zien dat wachttijden en doorstroom op de SEH als problematisch worden gezien.

Aanbeveling 3 voor de werkgroep

Naast het eerste contact en bereikbaarheid, is het voor inwoners van belang dat ze zeker weten dat ze snel en juist geholpen worden in hun acute zorgvraag—waarbij deze zorgvraag vaak niet hoog-complex lijkt te zijn.

3.1.4 Kennisontwikkeling en kennisdeling

Weten wat je als inwoner moet doen in bepaalde situaties is een belangrijke factor bij spoedeisende hulp. Vragen zoals: 'wanneer moet ik zelf naar een spoedeisende hulp?' en 'wanneer moet ik een ambulance bellen?' bepalen mede de concrete zorgvraag van een patiënt of een omstander.

Meerdere keren is in de bijeenkomsten de campagne over de herkenning van hartinfarcten aan bod gekomen en hoe deze campagne voor veel deelnemers heeft gewerkt.¹¹ Deze campagne is een mooi voorbeeld van hoe de kennisontwikkeling bij inwoners een positief effect heeft gehad. De herkenning van specifieke aandoeningen en de concrete opvolging na deze herkenning zijn concrete voorbeeld van het werken aan kennisontwikkeling onder inwoners.

Maar ook in bredere zin is kennis over (acute) zorg een punt. Voorbeelden van inwoners die te lang wachten met 'gewone' zorg en daarom later acute zorg nodig hebben en culturele duidingen ("In Friesland zullen we minder snel de ambulance bellen") kwamen voorbij. Andere voorbeelden waren inwoners die EHBO-cursussen hadden gevolgd, of inwoners die wisten van cursussen en voorlichting.

Aanbeveling 4 voor de werkgroep

Kennis onder inwoners is belangrijk voor hun relatie tot acute zorg. Kennis kan gaan over het herkennen van een aandoening, directe kennisvoorziening als iemand belt, maar ook over waar inwoners met een bepaalde spoedeisende hulpvraag terechtkunnen.¹² Alternatieve scenario's voor de norm moeten op een manier invulling geven aan kennisontwikkeling.

¹¹ Circa 6 à 7 jaar geleden was deze campagne actief, mede namens de hartstichting, om bekend te maken hoe infarcten herkend kunnen worden. Zie bijvoorbeeld: <https://www.adformatie.nl/digital-transformation-tech/hartstichting-komt-met-mantra-voor-snelle-herkenning-beroert> en <https://www.ad.nl/show/like-van-lexmond-veinst-hartinfarct-voor-vrouwencampagne-a2ce48c0/> maar ook in 2020 was er een campagne: <https://magazines.hartstichting.nl/jaarverslag2020/campagnes/>

¹² Hierbij moet worden opgemerkt dat kenniscampagnes geen magic bullet zijn voor alle acute zorgproblemen. Oneindige voorlichting is uiteraard niet genoeg. Tegelijkertijd is brede, toegankelijke kennis belangrijk voor het welzijn. Zie bijvoorbeeld het rapport van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (Den Haag 2023): Grip. Het maatschappelijk belang van persoonlijke controle. Een voorbeeld van hoe aan toegankelijke kennis (en dienstverlening) door de rijksoverheid gewerkt is, is het Programma Mens Centraal: <https://www.programmamenscentraal.nl/>.

3.1.5 Leefbaarheid en een zorgaanbod waar je op kunt leunen

Als inwoner weet je niet welke spoedeisende hulp je morgen nodig hebt. Het is nagenoeg onmogelijk om precies te voorspellen wat de verschillende inwoners in een regio precies nodig hebben. Inwoners willen daarom een bepaalde mate van zekerheid over het zorgaanbod – zodat zij weten dat ze op acceptabele termijn ergens geholpen kunnen worden, ook met een brede waaier aan acute zorgvragen. Deze veilige basis zorgt ervoor dat er ook een keuze is om zelf de acute zorg te zoeken: niet iedereen hoeft door de ambulance opgehaald te worden – inwoners kunnen ook zelf ergens naartoe.

Dit zorgaanbod waarop inwoners kunnen leunen, is belangrijk voor de leefbaarheid in een regio. Zeker in de regio's waar vergrijzing speelt (Drenthe, Friesland en Zeeland) staat de leefbaarheid onder druk. Het sluiten van SEH's zal de leefbaarheid daar absoluut niet ten goede komen – het zal eerder de leefbaarheid verder onder druk zetten. De regio's worden plekken waar het betrouwbare SEH-aanbod er niet meer is. Dit zet de bereikbaarheid van acute zorg onder druk, met negatieve gevolgen voor de leefbaarheid. Maar het maakt een regio ook minder aantrekkelijk om te wonen als zorgprofessional die op de SEH werkt, omdat dat werk er niet is.

Verschillen tussen regio's

Het thema leefbaarheid, zeker in combinatie met vergrijzing, speelt vooral in de regio's Drenthe, Friesland en Zeeland. Hier is de interactie tussen de acute zorg en andere thema's veel explicieter aan bod gekomen. Maar ook in Amsterdam zijn er afhankelijkheden tussen acute zorg en andere zorgthema's. Denk aan eerstelijnszorg of de geestelijke gezondheidszorg die onder druk staan – met mogelijke doorstroom naar de acute zorg.

3.2 Discussie

De bijeenkomsten met burgers laten een breed palet aan perspectieven zien. De belangrijkste hebben we in dit hoofdstuk beschreven. Meer gedetailleerde perspectieven, tegenstellingen en oproepen staan in bijlage 5 met de resultaten per regio.

De deelnemende burgers waren betrokken, want de acute zorg is een onderwerp dat ze aan het hart gaat en waar ze zich zorgen over maken. Tegelijkertijd zijn er ook positieve geluiden naar voren gekomen: 'het is fantastisch dat we in de meeste gevallen wel snel hulp hebben.' En we hoorden hoe men, ondanks veel problemen in de zorg de afgelopen jaren, trots is op wat de lokale ziekenhuizen voor elkaar hebben gekregen en in stand hebben gehouden – ten gunste voor de regio.

In de gesprekken is het ook veel gegaan over het sociale weefsel en het gebrek daaraan dat sommige deelnemers ervaren. Het omzien naar elkaar, het helpen van elkaar – soms in hele praktische zin zoals naar de SEH gebracht worden – kwam in alle gesprekken naar voren. De ene keer was dat een mooi voorbeeld zoals dorpshulp in Friesland: een groep vrijwilligers die langsgaat bij hulpbehoevende mensen in een regio. De andere keer ging het over groeiende eenzaamheid, een ontwikkeling die uiteindelijk ook tot zorgvragen leidt. Sociale cohesie of mooie initiatieven laten zich niet gemakkelijk fabriceren in voorbedachte scenario's, dus een aanbeveling daarover doen we niet. Maar het gegeven dat deze sociale thematiek vaak voorbijkwam, laat zien dat de samenhang tussen de acute zorg en andere sociale onderwerpen groot is.

Aanbeveling 5 voor de werkgroep

De nabijheid van een SEH is belangrijk voor de leefbaarheid in een regio. Het zorgt ervoor dat mensen een veilige basis hebben voor onvoorspelbare acute zorgvragen. Alternatieve scenario's vragen om een goede invulling van deze veilige basis die bestand is tegen meerdere acute zorgvragen.

Bijlagen

BIJLAGE 1

Uitwerking persona's

Hieronder staan de persona's uitgebreid uitgewerkt. De beschrijvingen zijn gebruikt om de scripts voor de filmpjes te maken.

Persona	Beschrijving
Gerda, 55 jaar, heeft in een ongeluk letselschade opgelopen	Gerda heeft een ongeluk gehad: haar arm lijkt gebroken en ze heeft een hoofdwond. Er wordt een ambulance voor haar gebeld. Iedereen was met name geschrokken van de hoofdwond. Nadat de ambulance is komen opdagen, rijdt deze zonder zwaailichten en sirene naar het ziekenhuis en daar wordt Gerda geholpen. Zowel de wond als de arm waren goed te verzorgen. Aan de familie van Gerda wordt gevraagd om haar weer terug naar huis te brengen.
Jos, 64 jaar, is een chronisch patiënt met een hoge bloeddruk en een hoog cholesterol en krijgt een herseninfarct	Iedere zaterdagavond zit Jos in Café de Morgenster. Het café is een belangrijke ontmoetingsplek in de buurt. Op een avond kaarten gedraagt Jos zich steeds raarder. Hij komt wat warrig over. Z'n tafelgenoten bellen een ambulance als Jos' mond scheef begint te hangen. Jos wordt opgehaald en in het ziekenhuis blijkt dat hij een herseninfarct had en dat het goed is dat hij zo snel mogelijk is geholpen op een SEH waar ze gespecialiseerd zijn in de behandeling voor herseninfarcten (niet per se de dichtstbijzijnde SEH).
Isaac, 25 jaar, een student met paniekaanvallen	Isaac is een ambitieuze student die de laatste tijd wat lichamelijke last krijgt: pijn in z'n borst en benauwdheid. Hij is verder gezond en in het verleden niet vaak met de zorg in aanmerking geweest. Binnen zijn familie zit een genetische aandoening met betrekking tot de hartspeer, maar hij is hier nooit op gecontroleerd. Op een avond loopt het uit de hand; de pijn en benauwdheid nemen toe. Isaac weet niet wie hij moet bellen, dus toch maar de ambulance. Hij belandt uiteindelijk op de huisartsenpost waar hij hoort dat het een paniekaanval was.
Zarah, 33 jaar, een zwangere vrouw die gaat bevallen	Zarah is zwanger van haar eerste kind en bijna uitgerekend. Alles leek tot nu toe goed te gaan met de zwangerschap. Hoewel ze zich over het algemeen gezond voelt, begint ze op een middag plotseling scherpe pijn in haar onderbuik te voelen, samen met ongewone rugpijn. Ze probeert rustig te blijven, denkend dat het misschien gewoon wat normale zwangerschapspijnen zijn, maar de pijn intensiveert. Bezorgd over haar ongeboren kind, belt ze haar verloskundigenpraktijk, die haar adviseert om direct naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan. Haar partner rijdt haar snel naar de afdeling verloskunde, waar ze onmiddellijk wordt gecontroleerd. Gelukkig wordt er vastgesteld dat zowel Zarah als haar baby gezond zijn.

BIJLAGE 2

Flyer

Voorbeeld: regio Friesland



Wat zijn uw wensen en behoeften wanneer u met spoed zorg nodig heeft? Waar maakt u zich zorgen over als u plotseling iets overkomt? Wat verwacht u als u hiervoor de huisarts of 112 belt? En wat zou het betekenen als de spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde van een ziekenhuis in de buurt sluit?

De zorg in Nederland staat onder druk. Dit komt omdat we te maken krijgen met een grote groep oudere mensen, die gemiddeld vaker zorg nodig heeft dan jongere mensen. Daarnaast is er een personeelstekort, waardoor het alleen maar moeilijker is om de zorg te kunnen geven die nodig is. Dat geldt ook voor de spoedeisende zorg en de acute verloskunde.

Op sommige plekken in Nederland sluiten spoedeisende hulpen en afdelingen acute verloskunde door personeelstekorten. Dit mag volgens de huidige regels, zolang de inwoners in dat gebied binnen 45 minuten met een ambulance op een andere spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Dat staat in de 45-minuten-norm van de overheid. Aan de ene kant zijn veel mensen tegen deze sluitingen, aan de andere kant staat de kwaliteit van de spoedzorg door de personeelstekorten onder druk. Daarom onderzoekt het ministerie andere oplossingen. We willen hierover graag met u, als inwoner van Friesland, in gesprek.

Het anders inrichten van de zorg kan namelijk van invloed zijn op de leefbaarheid van uw regio. Daarom organiseren we op 21 november een bijeenkomst om het over dit onderwerp te hebben. Daarom onderzoekt het ministerie andere oplossingen. Deze bijeenkomst maakt daar onderdeel van uit.

Praktische zaken

Datum: 21 november 2023 van 17.30 tot 20.00 uur
Locatie: Burgemeester Rasterhofflaan 1, Sneek

U kunt zich aanmelden via [deze](#) link. Nadat u zich heeft aangemeld nemen wij contact met u op. De uiterste aanmelddatum is 14 november 2023.

Wanneer er te veel aanmeldingen binnen komen, zijn wij helaas genoodzaakt om een selectie te maken. U ontvangt daar dan tijdig bericht over. Heeft u nog vragen naar aanleiding van deze oproep, neem dan contact op met Myrthe Frederiks van Berenschot via m.frederiks@berenschot.nl en 06 25 72 26 14.

BIJLAGE 3

Uitnodigingsbrief

Voorbeeld: regio Friesland

Uitnodigingsbrief

Praat en denk mee over de toegankelijkheid van de acute zorg in Nederland

Beste lezer,

Wat zijn uw wensen en behoeften wanneer u met spoed zorg nodig heeft? Waar maakt u zich zorgen over als u plotseling iets overkomt? Wat verwacht u als u hiervoor de huisarts of 112 belt? En wat zou het betekenen als de spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde van een ziekenhuis in de buurt sluit?

De zorg in Nederland staat onder druk. Dit komt omdat we te maken krijgen met een grote groep oudere mensen, die gemiddeld vaker zorg nodig heeft dan jongere mensen. Daarnaast is er een personeelstekort, waardoor het alleen maar moeilijker is om de zorg te kunnen geven die nodig is. Dat geldt ook voor de spoedeisende zorg en de acute verloskunde.

Op sommige plekken in Nederland sluiten spoedeisende hulpen en afdelingen acute verloskunde door personeelstekorten. Dit mag volgens de huidige regels, zolang de inwoners in dat gebied binnen 45 minuten met een ambulance op een andere spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde kunnen zijn. Dat staat in de 45-minutennorm van de overheid. Aan de ene kant zijn veel mensen tegen deze sluitingen, aan de andere kant staat de kwaliteit van de spoedzorg door de personeelstekorten onder druk. Daarom onderzoekt het ministerie andere oplossingen. We willen hierover graag met u, als inwoner van Friesland, in gesprek.

Wat gaan we doen?

We organiseren een gesprek met inwoners uit uw regio in het Van der Valk Hotel Sneek (Burgemeester Rasterhofflaan 1, Sneek) op 21 november van 17:30 tot 20:00. In dit gesprek vragen we u om mee te denken over de acute zorg en de normen en regels die de overheid hierover zou moeten stellen op basis van specifieke situaties.

U kunt zich hier aanmelden: [Aanmeldformulier bijeenkomst acute zorg Friesland | Be... \(berenschot.nl\)](#)

Belangrijke informatie

- Ook wanneer u weinig ervaring heeft met de acute zorg of de acute verloskunde kunt u meedoen. We zijn juist op zoek naar een zo breed mogelijke vertegenwoordiging van de inwoners van de regio.
- U leert tijdens de bijeenkomst ook meer over de manier waarop de acute zorg nu werkt.
- Het ministerie van VWS is de opdrachtgever van dit traject. Berenschot voert de bijeenkomsten uit en is daarom ook het aanspreekpunt voor u.
- Iedereen die meedoet krijgt de rapportage die we in januari 2024 opleveren.

Naast deze gesprekken doet het ministerie van VWS nog meer ter vervanging van de norm, zoals een internationale verkenning, gesprekken met medisch experts en een onderzoek naar de meest complexe aandoeningen. Alle input zal het ministerie van VWS gebruiken om te komen tot alternatieve normen voor acute zorg.

Heeft u vragen? Stel die aan Myrthe Frederiks van Berenschot via m.frederiks@berenschot.nl of 06 25 72 26 14.

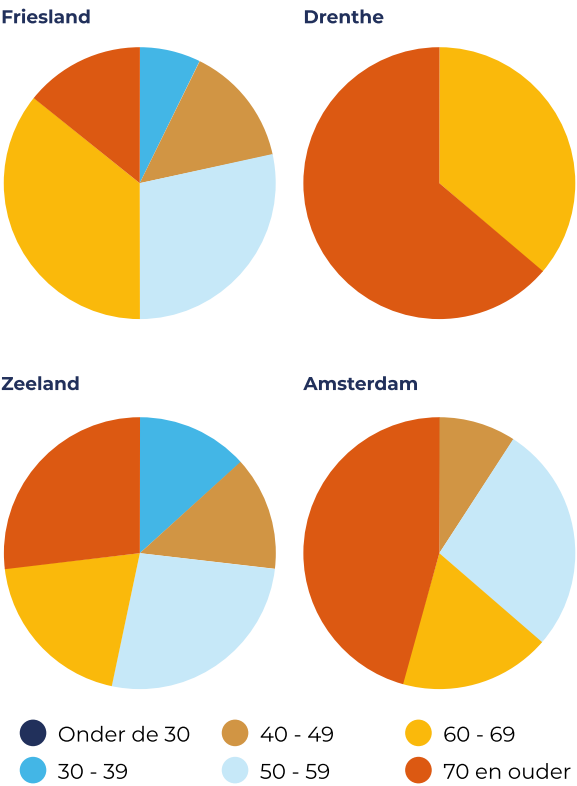
BIJLAGE 4

Aanwezigen
bijeenkomsten

Tabel 3. Woonplaats deelnemers op basis van informatie uit
aanmeldingen

Friesland	Drenthe	Zeeland	Amsterdam e.o
Bakkeveen	Aa en Hunze	Assen	Amstelveen
Drachten	Assen	Axel	Amsterdam
Dronryp	Coevorden	Bergen op Zoom	Goes
Harlingen	Erica	Breskens	Weesp
Haskerdijken	Gieten	Goes	Westzaan
Heerenveen	Groningen	Groede	
IJlst	Hoogeveen	Hansweert	
Joure	Rolde	Hoofdplaat	
Koudum	Wezuperbrug	Hulst	
Sneek	Zeegse	Kapelle	
		Kloetinge	
		Kloosterzande	
		Kortgene	
		Krabbendijke	
		Middelburg	
		Sas van Gent	
		Sint Jansteen	
		Sint-Amandsberg België	
		Sluiskil	
		Terneuzen	
		Tholen	
		Vlissingen	
		Vrouwenpolder	
		Zevenbergen	
		Zierikzee	
		Zuidzande	

Figuur 1. Leeftijdsverdeling per regio. Op basis van deelnemers die
de vragenlijst hebben ingevuld.



BIJLAGE 5

Resultaten van de bijeenkomsten

B5.1 Drenthe

De bijeenkomst voor de regio Drenthe vond plaats in het Van der Valk hotel in Assen op 20 november 2023 tussen 18:00 en 20:00. Er waren dertien aanwezigen. In bijlage 4 zijn de persoonskenmerken van de aanwezigen toegevoegd.

Bespreking persona 1: Gerda

Bij de bespreking van deze persona ontstond er een verschil in de groep. Een deel vond het juist goed dat een ambulance was gebeld, voornamelijk door de hoofdwond. Een ander deel had hiervoor niet de ambulance gebeld, en was met Gerda naar de dichtstbijzijnde huisarts gereden. Hierna ontstond er een discussie of het duidelijk is wanneer de huisarts of 112 gebeld moet worden. De gemene deler in het gesprek was dat dit niet zou moeten uitmaken. In een noodsituatie kan niet van mensen verwacht worden dat ze deze informatie paraat hebben, of weten of het wel of niet een levensbedreigende situatie is. Bovendien was er bij alle deelnemers veel vertrouwen dat er goede triage plaats zou vinden bij de meldkamer of de telefonist.

In een van de gesprekken waren twee medewerkers uit de ambulancezorg aanwezig. Zij gaven aan dat het regelmatige gebeurde dat een patiënt ontdaan was dat er een ambulance was gebeld, voornamelijk met het argument van de hoge kosten en dat dit vanuit het eigen risico betaald zou moeten worden.

Voor de patiënt en de omstanders is naast de medische deskundigheid ook de emotionele en sociale zorg van belang. Er is vaak sprake van angst en paniek. In zo'n situatie wil je dat je snel een deskundige spreekt aan de telefoon die je kan begeleiden en adviseren hoe te handelen.

Bespreking persona 2: Jos

Uit de groep kwam herkenning voor deze persona; er waren enkele deelnemers die een soortgelijke situatie hadden meegemaakt. Alle deelnemers beaamden dat er zeer snel hulp nodig was. In eerste instantie is het belangrijk dat een omstander snel iemand aan de lijn krijgt die verstand van zaken heeft. De deelnemers gaven aan dat de ambulance snel ter plaatse moet zijn. In de ambulance kan namelijk al veel hulpverlenend worden.

Enkele jaren geleden is er een campagne geweest over het herkennen van een beroerte. Hierdoor wisten de deelnemers dat een scheve mondhoek en verward gedrag een teken kan zijn van iets ernstigs. Het is behulpzaam dat deze signalen herkend worden door omstanders. In de groep werd meermaals gerefereerd naar oude campagnes over de vraag wanneer juist wel of niet een ambulance of de spoedlijn van de huisartsenpost gebeld moet worden. Betere voorlichting en educatie was volgens de deelnemers nodig om bewustwording onder de bevolking te vergroten over de vraag wanneer je wel of niet een ambulance belt. Tegelijkertijd werd het belang van goede vragen aan de telefoon en triage benadrukt om dit probleem te ondervangen.

Een van de deelnemers vond het herkenbaar dat Jos naar een ander ziekenhuis was gereden, omdat daar meer specialistische kennis was. Meerdere deelnemers gaven aan de voorkeur te hebben om iets verder te rijden en wel de juiste zorg te ontvangen, dan naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan waar de specialistische kennis niet aanwezig is.

Tijdens de bespreking van deze persona is ook gesproken over de nabijheid van een spoedeisende hulp. Deelnemers ervoeren dat dit een veilig gevoel geeft. Een groot deel van de hulpvragen komt namelijk niet binnen via de ambulance. Als je met eigen vervoer naar een spoedeisende hulp gaat, is het fijn dat dit dichtbij is – in het eigen vervoer kan namelijk nog geen zorg verleend worden.

Bespreking persona 3: **Isaac**

Deelnemers vonden het problematisch dat Isaac en zijn huisgenoot niet serieus genomen werden. Een paniekaanval kan namelijk erg lijken op een hartaanval. Het was nodig dat er een ambulance werd gestuurd en dat de huisgenoot gerust werd gesteld.

In de groep was overeenstemming over de hoge kwaliteit van de Nederlandse zorg, zeker ten opzichte van andere landen: 'Het is fantastisch dat we in de meeste gevallen wel snel hulp hebben.' Ook was er overeenstemming over het gegeven dat het bij twijfel toch goed is om de alarmcentrale te bellen. Deelnemers vertrouwden erop dat de meldkamer de juiste vragen stelt om de situatie te beoordelen. Er zitten namelijk duidelijke protocollen achter. Enkele deelnemers gaven aan dat deze persona wel het gevoel geeft dat je een zorgvraag steviger moet aanzetten bij de alarmcentrale, zodat er dan wel een ambulance gestuurd wordt.

Bespreking persona 4: **Zarah**

Bij een van de twee groepen ging de discussie door over welke zorg je mag verwachten in de toekomst. Enkele deelnemers gaven aan dat we de afgelopen jaren 'verwend zijn geraakt'. Er moet volgens hen meer bewustwording komen dat 'niet alles meer mogelijk is'. Er ligt een taak voor de overheid om mensen mee te nemen, niet iedereen weet dat namelijk.

Een deelnemer gaf aan dat we moeten leren van de coronaperiode. Daar waren ook strenge triageprotocollen: welke personen wel en welke personen geen zorg kunnen ontvangen. Bij alle deelnemers heerste er wel een ongemakkelijk gevoel, want hoe maak je als zorgverlener deze ingrijpende keuze?

Enkele deelnemers gaven aan dat er meer focus moet zijn op preventie en het verminderen van de toestroom naar de zorg. Bijvoorbeeld door meer settingen te creëren voor onderlinge cohesie waar gewone mensen ook naar elkaar omzien bij (kleine) gezondheidsvragen. Deelnemers gaven aan dat dit in het landelijk gebied, met kleine dorpskernen, zeer belangrijk is. Mensen worden namelijk snel eenzaam en dat levert veel zorg op.

Een deel van de groep vond dat er niet bezuinigd moet worden op de acute zorg, omdat dit het sluitstuk is. Zij gaven aan dat door de overbelasting van de huisartsen er te veel een beroep gedaan wordt op de acute zorg.

Concluderend bevestigden de deelnemers dat het verschil niet zit in vijf of tien minuten extra reisafstand. De zorg die in een ambulance geleverd kan worden, is van hoge kwaliteit. Tot slot ligt er een grote behoefte bij snel telefonisch contact met een meldkamer of telefonist van de huisartsenpost.

B5.2 Friesland

De bijeenkomst voor de regio Friesland vond plaats in het Van der Valk hotel in Sneek op 21 november 2023 tussen 18:00 en 20:00. Er waren zestien aanwezigen. In bijlage 4 zijn de persoonskenmerken van de aanwezigen toegevoegd.

Bespreking persona 1: **Gerda**

Een deel van de aanwezigen had, als zij omstander bij Gerda waren, niet de ambulance gebeld, een ander deel wel. Aan tafel werd meermaals een cultuuraspect van Friesland benadrukt: nuchterheid. De aanwezigen deelden de aanname dat vanwege dit cultuuraspect inwoners in Friesland minder snel een ambulance bellen dan in Randstedelijke gebieden. Een groot gedeelte van de aanwezigen vond dat de ambulance niet gebeld had hoeven worden. Een van de deelnemers had een vergelijkbare situatie meegemaakt, en heeft toen de patiënt zelf naar het ziekenhuis gebracht. In dit soort gevallen is het wel problematisch als een ziekenhuis in de buurt sluit. Daarentegen is het voordeel van een ambulance dat er in de wagen al zorg verleend kan worden. Bovendien is een ambulance sneller bij een ziekenhuis dan een personenauto vanwege de zwaailichten, sirenes en speciaal voor ambulance geldende verkeersregels.

De deelnemers vonden dat de medewerkers op de ambulance goed hebben gehandeld, want geruststellen is in zulke situaties erg belangrijk.

Bespreking persona 2: Jos

Alle deelnemers gaven aan dat er zo snel mogelijk een ambulance aanwezig moet zijn. Er werd beaamd dat een campagne heeft geholpen met het herkennen van signalen. Tegelijkertijd bestonden er ook zorgen of een groot deel van de bevolking deze signalen wel zou herkennen. Door meer in te zetten op EHBO-trainingen in het onderwijs kan een grotere groep burgers ook eerst hulp handelingen uitvoeren. Door educatie worden inwoners beter in staat gesteld om de symptomen te herkennen. Op die manier zijn inwoners ook beter toegerust om adequaat antwoord te geven op de vragen vanuit de meldkamer.

Daarnaast gaven deelnemers aan dat het belangrijk is dat er een ambulance beschikbaar is. In het kader van de lange aanrijtijden in Friesland is dat nodig, want er is maar beperkt openbaar vervoer. Dus zelf naar een spoedeisende hulp gaan is vaak niet mogelijk. Daarom werd door de deelnemers ervaren dat het belang van een ambulance erg groot is. In de ambulance kan namelijk al veel zorg verleend worden. Als er SEH's sluiten, moet er geïnvesteerd worden in ambulances volgens de deelnemers.

Niet iedereen was het met deze stelling eens. Een deelnemer gaf aan dat er alles aan gedaan moet worden om de SEH's open te houden. Op de SEH kan namelijk veel betere zorg verleend worden dan in een ambulance.

Bespreking persona 3: Isaac

Deelnemers konden zich goed voorstellen dat er paniek was bij Isaac en zijn huisgenoot. Een deelnemer gaf aan dat als dit haar zoon zou zijn, dat ze had gewild dat er wel een ambulance kwam. Het is erg eng als er een gevoel van spoed is, maar het niet zo wordt opgepakt.

Het belang van zorgvuldige triage werd door de deelnemers aangestipt. Bij alle deelnemers was er veel vertrouwen dat dit op de juiste manier gebeurt via een protocol. Als er spoed is, dan is de spoedbeleving van de patiënt anders. Wanneer er hyperventilatie is, en je als patiënt weet dat je een chronische ziekte of een hartafwijking in de familie hebt, dan geeft dit veel meer stress.

Ten aanzien van de bereikbaarheid van zorg vond een deel van de deelnemers het belangrijk dat er een ambulance nabij is en dat je naar het juiste ziekenhuis wordt gebracht. Een ander deel had liever een SEH dichtbij. In de basis vonden deelnemers het belangrijk dat mensen in alle gevallen snel een deskundig persoon aan de telefoon krijgen.

In de situatie van Isaac vonden de deelnemers de communicatie ook van belang: dat er een duidelijke uitleg is waarom de ambulance niet komt. Communicatie in de vorm van begeleiding bij de situatie werd eveneens belangrijk geacht. In de tijd dat er nog geen hulp beschikbaar is, weet de huisgenoot zodoende goed wat hij kan doen.

Enkele deelnemers gaven aan dat de protocollen erg streng zijn, bijvoorbeeld dat er bij een reanimatie twee ambulances en twee politiewagens staan: 'Als je het hebt over personeelstekorten, dan is daar misschien ook wat aan te doen.'

Bespreking persona 4: Zarah

Een deel van de deelnemers gaf aan dat ze graag een ziekenhuis dichtbij willen hebben bij een zwangerschap. Er werd aangegeven dat steeds meer verloskundige praktijken sluiten in de regio. Bij de situatie van Zarah moest zo snel mogelijk een specialist bezocht worden. De deelnemers vonden het opvallend dat er geen ambulance kwam.

Andere deelnemers vonden het juist terecht dat er geen ambulance kwam en dat Zarah op eigen vervoer naar het ziekenhuis moest rijden. De verloskundige praktijk had ook iemand kunnen sturen die in geval van nood Zarah naar een ziekenhuis had kunnen rijden.

Een andere deelnemer vond het vreemd dat Zarah alleen thuis was en geen contact had met de burens. Ook werd aangegeven dat het bijzonder was dat de verloskundige de ambulance niet heeft gebeld.

Het gesprek ging over naar thema's zoals zelfredzaamheid en eenzaamheid. Dit is een groot probleem in Friesland, voornamelijk onder de oudere bevolking. Een paar deelnemers gaven aan dat dorps hulp een initiatief is wat hierbij zou kunnen helpen. Dit is een groep vrijwilligers die langsgaat bij hulpbehoevende mensen in een regio. Deze vrijwilligers hebben een signalerende functie over de toestand van de persoon. Daarnaast gaan deze vrijwilligers even op de koffie, of eten een hapje mee. Dit werkt goed tegen het gevoel van eenzaamheid.

Daarnaast vonden deelnemers dat er vanuit de overheid meer voorlichting moet komen over hoe je voor te bereiden op de oude dag, want mantelzorgers zijn er ook niet altijd meer.

Tot slot gaven de deelnemers aan dat de regio Friesland qua afstanden en bereikbaarheid niet vergelijkbaar is met de regio Amsterdam. In Friesland is er bijvoorbeeld al een groot bereikbaarheidsprobleem als er een brug gerenoveerd wordt.

B5.3 Zeeland

De bijeenkomst voor de regio Zeeland vond plaats in de Ontmoetingskerk in Goes op 17 januari 2024 tussen 18:00 en 20:00. Er waren 45 aanwezigen. In bijlage 4 zijn de persoonskenmerken van de aanwezigen toegevoegd.

In verband met het grotere aantal deelnemers is gekozen om in het begin van de bijeenkomst twee persona's (Gerda en Isaac) te laten zien, en vervolgens de andere twee persona's (Jos en Zarah). De gesprekken in Zeeland gingen minder in op de persona's. Om deze reden zijn de resultaten weergegeven aan de hand van thema's. Daarnaast had ruim de helft van de deelnemers in Zeeland ook een achtergrond in de zorg.

In Zeeland zijn er twee spoedeisende hulpen, namelijk in Goes en Terneuzen. Zeeland is een dunbevolkt gebied, maar in de zomer komen er zeer veel toeristen naar de regio om vakantie te vieren. Daarnaast is er een ammoniakfabriek.

Rol van een spoedeisende hulp en de leefbaarheid

Deelnemers gaven aan dat de spoedeisende hulp een cruciale rol heeft in de leefbaarheid van een regio; het geeft burgers namelijk een gevoel van veiligheid. In de regio Zeeland speelt er een dubbele vergrijzing en is er steeds minder openbaar vervoer beschikbaar. Nabijheid gaat daarmee echt over leefbaarheid. In de regio is vereenzaming een zorgelijke ontwikkeling. Zeeuwen voelen zich vaak achtergesteld, dit wordt ook erkend in het rapport 'Elke regio telt'¹³, wat bij de bijeenkomst meermaals werd aangehaald. De problematiek in het rapport was herkenbaar voor inwoners. Veel deelnemers maakten zich zorgen over de leefbaarheid in de regio. Ook leefden er zorgen over de toenemende industriële activiteiten en het risico op blootstelling aan chemische stoffen. Tot slot werd benadrukt dat niet iedereen, en met name de oudere bevolking, een sociaal vangnet heeft. Dit maakt de doelgroep kwetsbaar en zorgt ervoor dat mensen soms onnodig op de acute zorg terecht komen.

Concentratie en differentiatie

Onder de deelnemers was er veel kritiek op de concentratie van de acute zorg. Deelnemers gaven aan dat er geen (wetenschappelijk) bewijs is dat concentratie een positief effect heeft op de (acute) zorg. De aanname achter concentratie is doorgaans dat er op de geconcentreerde plekken betere, specialistische handelingen kunnen worden verricht.¹⁴ Maar de variatie in problematiek is groot: er zijn meer gevallen die niet-specialistische eerste hulp nodig hebben dan gevallen die hoog-specialistische hulp nodig hebben.

In Zeeland is er een spoedeisende hulp in Goes en een spoedeisende hulp in Terneuzen. Patiënten worden vanuit kwaliteitsoogpunt, bijvoorbeeld met een multitrauma of een neurologische aandoening, naar een ander ziekenhuis gebracht waar deze specialismen wel aanwezig zijn. Voor Zeeland is dit vaak het Erasmus Medisch Centrum (MC). Deelnemers gaven aan dat de aard van een aandoening bepaalt waar je het beste terecht kunt. Het overgrote deel van de acute zorgvragen is niet hoog-complex, denk bijvoorbeeld aan een botbreuk of een blindedarmontsteking. Dit zijn acute zorgvragen, en deelnemers gaven aan dat het belangrijk is dat deze zorg nabij is. Niet alle zorgvragen worden niet door de ambulance opgepakt, dus mensen moeten zelf al grote afstanden afleggen om te komen bij een ziekenhuis. Deelnemers zeiden het logisch te vinden dat er differentiatie plaatsvindt op basis van de zorgvraag, men kan niet verwachten dat er in ieder ziekenhuis het hele scala aan specialisten aanwezig is. Er is juist een zekere basis nodig die de differentiatie aankan.

Daarnaast was er scepsis over de aanname dat concentratie geld bespaart en kaartte men aan dat op geconcentreerde plekken, zoals het Erasmus MC, er óók plek met zijn voor alle laag-complexe acute zorgvragen. Als het merendeel van dit soort problemen daarnaartoe moet, moet er ook plek zijn.

Tot slot gold volgens de deelnemers dat concentratie in een regio zoals Zeeland harder aankomt. Ten eerste wordt de bereikbaarheid sterk beïnvloedt door het grote aantal bruggen en tunnels – als daar iets mee aan de hand is, zijn sommige plekken onbereikbaar. Daarnaast is er minder overlap met ander zorgaanbod in omliggende regio's omdat Zeeland aan de ene kant aan het water ligt en aan de andere kant aan de Belgische grens. De regio wordt niet aan vier kanten geflankeerd door andere regio's met vervangend zorgaanbod.

¹³ Rli, ROB & RVS. (2023). Elke regio telt! Een nieuw aanpak van verschillen tussen regio's. Beschikbaar via: https://www.rli.nl/sites/default/files/rli_elke_regio_telt_nieuw_hr_def.pdf.

¹⁴ In één van de eerdere krantenartikelen wordt verwezen naar dit onderzoek waarin ook naar het systeem in Denemarken wordt gekeken: <https://gupta-strategists.nl/studies/zorg-in-denemarken-walhalla-of-niet>.

Bereikbaarheid van de SEH

Onder de deelnemers gaf vrijwel iedereen aan dat er geen SEH's in Zeeland gesloten mogen worden. De bereikbaarheid van de SEH's is, bijvoorbeeld door de eilanden, tunnels en bruggen, al lang. Een SEH nabij geeft een gevoel van veiligheid. Een deel van de deelnemers vond dat de kwaliteit in de ambulances dermate is toegenomen dat een ambulance nabij belangrijker is dan een SEH. Een ander deel vond dat dit geen argument mag zijn tegen het sluiten van een SEH; een ambulance kan namelijk niet alle zorg leveren. Denk bijvoorbeeld aan geboortezorg. Een deel van de bewoners vond dat de ziekenhuizen in de regio wel stappen kunnen zetten in de samenwerking; zij gaven aan concurrentie tussen de ziekenhuizen te ervaren. Enkele deelnemers gaven verder aan dat de enige duurzame oplossing voor de problematiek in Zeeland het creëren van één ziekenhuisorganisatie met twee locaties en twee SEH's is. Er was onder deze deelnemers behoefte aan een krachtig ziekenhuis, met respect voor beide locaties en hun historie.

Zeeland als grensregio

Zeeland en met name Zeeuws-Vlaanderen zit in het grensgebied van Nederland met België. Deelnemers gaven aan dat een deel van de bevolking kiest om op eigen initiatief naar een SEH in België te gaan, omdat de aanmeldeisen daar lager liggen. Er was onder de deelnemers geen eenduidig beeld of deze ontwikkeling positief of negatief is. Enerzijds werd gezegd dat bij toenemende personeelskrapte we elkaars expertise goed kunnen gebruiken. Anderzijds werd aangegeven dat naar België gaan een negatieve ontwikkeling is voor het ziekenhuis in Terneuzen. Het aantal patiënten ligt in Terneuzen mede daarom lager. Omgedraaid kunnen inwoners van België namelijk niet zomaar terecht in een Nederlands ziekenhuis.

Een deel van de aanwezigen zei dat er meer samenwerking gezocht moet worden met de ziekenhuizen over de grens. Er is een gezamenlijke opgave om de zorg van de toekomst te blijven leveren, wanneer deze zorg ergens anders beter is, dan moeten ziekenhuizen patiënten naar de juiste plek verwijzen. Deelnemers gaven aan te ervaren dat dit in de praktijk maar beperkt gebeurt door de verschillende belangen die er spelen.

Verkeerde verwachtingen leiden tot onvrede en zelfs tot agressie

Deelnemers beaamden dat de verharding in de maatschappij is toegenomen. Er is steeds vaker verbale en fysieke agressie tegenover hulpverleners. Volgens de deelnemers komt met name door een verkeerde verwachtingen, mensen kunnen nou eenmaal niet altijd meteen geholpen worden. Dit is afhankelijk van het zorgaanbod op dat moment in relatie tot de triage.

Er bestond een divers beeld over mensen die te snel of te laat aan de bel trekken bij de zorg. Enerzijds werd gezegd dat we steeds meer in een 24-uurscultuur wonen, en dat voor ieder klein vergrijp al contact wordt gezocht met de huisartsenpraktijk of SEH. Anderzijds gaven deelnemers aan dat een groot deel van de bevolking pas te laat hulp zoekt. In Zeeland leeft het beeld dat Zeeuwen eerder te laat dan te vroeg zorg vragen, ten opzichte van regio's in bijvoorbeeld de Randstad.

Organisatieproblematiek

Tot slot kwamen er nog een aantal onderwerpen voorbij die we vatten onder 'organisatieproblematiek.' Het eerste onderwerp was financiering. Deelnemers gaven aan dat een dunbevolkte regio meer financiering nodig heeft, want er is een extra investering nodig in de leefbaarheid. Deze samenhang zit bijvoorbeeld in het feit dat de SEH niet op zichzelf staat, maar een belangrijk onderdeel van een ziekenhuis is. Als de SEH wegvalt, zijn de gevolgen voor het ziekenhuis en het andere zorgaanbod groot. Daarmee heeft de SEH een stabiliserend effect op gezondheid en leefbaarheid in de regio: men kan rekenen op een brede variatie aan zorg met uitzondering van de hooggespecialiseerde gevallen.

Het overgrote deel van de deelnemers gaf aan de personeelsproblematiek in Zeeland te zien toenemen, maar zij vinden niet dat centralisatie van SEH's de oplossing is. Zij gaven aan dat er een groot risico bestaat dat deze mensen de zorg uitstromen, in plaats van te gaan werken op de SEH die overblijft. Daarnaast is de personeelsproblematiek een breder maatschappelijk probleem, en gerelateerd aan de leefbaarheid van de regio. Deelnemers gaven aan dat een regio aantrekkelijk moet worden om mensen aan te trekken. Er werden creatieve ideeën genoemd zoals een verhuisvergoeding of investeren in het onderwijs.

Concluderend is gebleken dat de discussie over de bereikbaarheid van acute zorg sterk speelt in Zeeland. De zinsnede ‘lokaal waar het kan, centraal waar het moet’, viel meerdere malen. De deelnemers hadden geen vertrouwen in concentratie – een dergelijke ontwikkeling heeft nog veel meer negatieve effecten dan het verdwijnen van een specifiek zorgaanbod. De SEH is een belangrijk onderdeel van het ziekenhuis en het ziekenhuis is een belangrijke functie voor de regio. De nabijheid geeft zekerheid: je weet niet wat je gaat overkomen, maar je weet dat je op tijd voor allerlei zorgvragen op de SEH terecht kunt.

B5.4 Amsterdam

De bijeenkomst voor de regio Amsterdam vond plaats bij Cliëntenbelang Amsterdam op 29 januari 2024. Er waren zeventien aanwezigen. In bijlage 4 zijn de persoonskenmerken van de aanwezigen toegevoegd.

Ook bij de regio Amsterdam was er beperkt behoefte om het gesprek te voeren aan de hand van de persona's. De resultaten zijn om deze reden thematisch weergegeven.

Over het algemeen waren de deelnemers positief over de acute zorg in de regio Amsterdam: ‘Wij zijn verwend als je kijkt naar het aantal ziekenhuizen.’

Kennisdeling en communicatie

Een belangrijk thema dat meermaals aan tafel is besproken in Amsterdam, is het thema kennisdeling en communicatie. Allereerst werd benoemd dat inwoners niet weten wanneer ze wat moeten doen. Het is onduidelijk voor inwoners met welke vraag ze waar terecht kunnen. Dit laat het volgende citaat zien: *‘Wanneer moet ik zelf naar een spoedeisende hulp? Wanneer moet ik een ambulance bellen? Wat is het verschil tussen de huisarts en een HAP? Moet ik altijd van tevoren bellen?’* Inwoners gaven aan dat er onvoldoende kennis is bij de inwoners wat te doen bij een zorgvraag. Dit is te zien door de gehele samenleving, maar specifiek werden ook mensen met laaggeletterdheid of mensen met een migratieachtergrond besproken. Deze groepen verdienen volgens inwoners extra aandacht bij het delen van kennis. Een tekenend voorbeeld dat werd gegeven, is dat de symbolen die in de Nederlandse zorg worden gebruikt, niet hetzelfde zijn als de symbolen in andere landen.

Een van de voorbeelden die meermaals terugkwam, was het keuzemenu bij huisartsen. Het is voor inwoners niet duidelijk wanneer je wel en wanneer je niet in het keuzemenu ‘spoed’ mag aangeven. Wanneer je niet voor spoed kiest, kan je sinds de laatste jaren soms wel tot drie kwartier in de wacht hangen.

Als oplossing voor een deel van deze problemen werd aangedragen dat één nummer voor alle acute zorgvragen behulpzaam kan zijn voor mensen. Mensen hebben namelijk wel veel vertrouwen in de juiste triage.

Ten tweede gaven inwoners aan beperkte communicatie te ervaren over de wijze van triage wanneer je in een wachtkamer moet wachten. De wachttijd in Amsterdam kan oplopen en dit kan tot frustratie leiden. Daarnaast is het voor mensen soms niet duidelijk hoe de triage verloopt. Mensen met een minder acute zorgvraag moeten soms lang wachten omdat er anderen zijn die eerst hulp nodig hebben. Inwoners gaven aan dat dit te beperkt wordt gecommuniceerd, en dat dit ook weer tot frustratie en soms zelfs tot agressie naar hulpverleners leidt. Een oplossing die werd genoemd, is om in de wachtkamer in meerdere talen dit te communiceren. Ook kan een bord met live informatie helpen om patiënten te informeren en een tijdsindicatie te geven. Hiermee kunnen volgens inwoners veel verkeerde verwachtingen worden weggenomen.

Ten derde werd het herkennen van ernstige of niet-ernstige zorgklachten benoemd als aandachtspunt. Volgens inwoners moeten inwoners beter op de hoogte worden gesteld hoe zij ernstige zorgvragen kunnen herkennen. Enkele inwoners gaven aan dat de drukte binnen de zorg ook voortkomt uit de grote hoeveelheid mensen die zonder ernstige zorgvraag gebruikmaakt van de zorg. Inwoners beaamden dat dit kan verschillen per cultuur; er zijn mensen die veel te vroeg gebruikmaken van de zorg, maar er zijn ook mensen die veel te laat contact opnemen.

Als oplossing werd genoemd dat campagnes goed helpen. Bijvoorbeeld voor het herkennen van zorgklachten, maar ook met welke vraag je waar terecht kan. Een van de deelnemers was opgegroeid in Duitsland. Daar krijgen jongeren op school dit soort zaken geleerd: hoe moet je handelen bij iemand met een acute zorgvraag? In Duitsland is bijvoorbeeld een EHBO-cursus gratis. Op school krijgen jongeren geleerd waar je terecht kan met welke vraag, en hoe je zelf eerste hulp kan bieden. Andere inwoners gaven aan dat er op Nederlandse scholen hier ook meer aandacht voor moet zijn.

Het voorkomen van acute zorg

Volgens inwoners moet er meer aandacht gaan naar het voorkomen van acute zorg om de zorgvraag in de toekomst te organiseren. Er is in toenemende mate sprake van vereenzaming van de inwoners, mensen hebben minder vaak een sociaal vangnet en er is minder saamhorigheidsgevoel in de wijken. *‘In de Jordaan keken mensen vroeger nog naar elkaar om, met alle nieuwe aanwas in de wijk brokkelt dat af.’*

Enkele deelnemers vonden dat de overheid meer moet investeren in EHBO-vrijwilligers. Deze vrijwilligers kunnen via een app opgeroepen worden als er een zorgvraag ontstaat. Deze vrijwilligers kunnen bijvoorbeeld ook een AED bedienen. Deelnemers gaven aan dat dit netwerk versterkt moet worden, en mogelijk ook ingezet kan worden voor bredere hulpvragen.

Bereikbaarheid van de spoedeisende hulp

Deelnemers gaven aan dat de 45-minutennorm qua afstand in Amsterdam misschien niet een probleem oplevert, maar dat ook in Amsterdam de norm onder druk komt te staan. Dit heeft met name te maken met mobiliteitsproblemen. De wegen worden steeds drukker en vooral het centrum van Amsterdam is beperkt toegankelijk voor een ambulance.

Geestelijke gezondheidszorg in de acute zorg

Deelnemers gaven aan dat er in de regio Amsterdam relatief veel verwarde personen zijn met psychiatrische problemen. De geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat erg onder druk, waardoor mensen terechtkomen op de acute zorg. Inwoners vinden dat er nog te weinig wordt samengewerkt tussen de ggz en de SEH.

Doorstroom op spoedeisende hulpen

Inwoners vonden dat de SEH's in Amsterdam erg druk staan en dat wachttijden oplopen. Enkele deelnemers gaven aan dat de doorstroom na de SEH, bijvoorbeeld naar een andere afdeling in het ziekenhuis of een ouderenzorginstelling, vastloopt.

Toegankelijkheid is kwaliteit

Onder inwoners was het onduidelijk waarom er nagedacht wordt om de 45-minutennorm af te schaffen. Zij gaven aan dat een goede toegankelijkheid van de zorg belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg. Bij ziektebeelden zoals een herseninfarct of een hartinfarct is het zo snel mogelijk handelen van levensbelang. Ook werd geboortezorg hieraan toegevoegd. Het is schadelijk voor de patiënt als je lang moet wachten op zorg bij dit soort zorgvragen, maar uiteindelijk ook voor de maatschappij. Een inwoner gaf aan dat dit schadelijk is voor de patiënt, maar ook schadelijk voor de samenleving in financiële zin op langere termijn. Er is namelijk een grote kans dat mensen langer en intensiever zorg nodig hebben wanneer dit soort zorgvragen te laat opgepakt worden.

Investeer in de eerstelijnszorg

Inwoners gaven aan dat de druk op de eerstelijnszorg dermate hoog is, dat niet iedereen daar meer terecht kan. Dit zorgt voor een vergrote druk op de acute zorgketen. Ondanks dat het aantal huisartsen is toegenomen, werken steeds meer huisartsen in deeltijd. Hiermee is er alsnog een tekort aan huisartsen. Daarnaast zorgt de dubbele vergrijzing ook voor druk op de eerstelijnszorg. *‘Zonder investering in de eerstelijnszorg los je de problemen in de acute zorg niet op.’*

Acute verloskunde

Inwoners gaven aan dat er in Amsterdam verschillende openingstijden zijn van afdelingen acute verloskunde. De ziekenhuizen stemmen onderling af wanneer welk ziekenhuis voor de acute verloskunde open is. De ambulancebroeders zijn hiervan op de hoogte, maar inwoners die zelf naar het ziekenhuis reizen bij weeën niet. Deelnemers vinden dit aspect van de geboortezorg in Amsterdam een kritiek punt en maken zich over dit onderdeel zorgen.



‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al vijftientig 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