



RAPPORT

# Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland

Inzicht in belangen en behoeften

70959 - 12 februari 2024

RAPPORT

# Het lokaal bestuur over de acute zorg in Nederland

Inzicht in belangen en behoeften

70959 - 12 februari 2024

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding .....</b>	<b>4</b>
1.1 Aanleiding.....	5
1.2 Doelstelling .....	5
1.3 Leeswijzer .....	5
<b>2. Aanpak fase 1.....</b>	<b>6</b>
2.1 De selectie van de locaties en uitnodiging van lokale bestuurders.....	7
2.2 De deelnemers van de sessies .....	7
2.4 Dataverwerking .....	8
<b>3. Bevindingen en aanbevelingen .....</b>	<b>9</b>
3.1 Algemene indruk van de situatie in deelnemende gemeenten.....	10
3.2 Belanghebbenden en belangen.....	10
3.3 Zorgen en behoeften van bestuurders .....	11
3.4 Ideeën en wensen .....	13
3.5 Aanbevelingen voor de werkgroep.....	15
<b>Bijlage 1</b>	
Aanwezigen bijeenkomsten.....	17



## 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Vrijwel alle bewoners van Nederland moeten binnen 45 minuten met een ambulance de spoedeisende hulp (SEH) 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.<sup>3</sup> 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, wordt het lokaal bestuur in dit stadium 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 het lokaal bestuur.

## 1.2 Doelstelling

Het proces van het betrekken van lokaal bestuur kent twee fases:

1. Het ophalen van belangen, zorgen en ideeën bij lokale bestuurders;
2. Het toetsen van scenario's in bijeenkomsten met lokale bestuurders.

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 tussen gemeenten 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 lokale bestuurders 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 locaties voor het houden van de bijeenkomsten geselecteerd zijn, hoe de lokale bestuurders zijn uitgenodigd en hoe de bijeenkomsten zijn georganiseerd. In hoofdstuk 3 staan de bevindingen en aanbevelingen van de gesprekken met de lokale bestuurders.

<sup>1</sup> 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>.

<sup>2</sup> Staatscourant nr. 41958, 27 september 2021.

<sup>3</sup> Kuipers, E. (2022). Beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-cdd256b3ce374656933273aed84b611ecccce1040/pdf>.





## HOOFDSTUK 2

# Aanpak fase 1

Het proces van het betrekken van het lokaal bestuur kent twee fases. In fase 1 hebben we input opgehaald bij lokale bestuurders. Dit hoofdstuk beschrijft de selectie van de locaties, de deelnemers en tot slot de invulling van de georganiseerde sessies.

## 2.1 De selectie van de locaties en uitnodiging van lokale bestuurders

Voor het betrekken van het lokaal bestuur had het Ministerie van VWS een drietal criteria: (1) houden van vier (bij voorkeur) fysieke bijeenkomsten om tot een inhoudelijk goed gesprek te komen, (2) gebruikmaken van bestaande netwerkstructuren van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en (3) rekening houden met de beperkte doorlooptijd van het traject, waarbij het laatste criterium invloed heeft op de eerste twee criteria.

Om aan de drie de criteria te voldoen, hebben we de volgende keuzes in de aanpak gemaakt:

- Ten eerste zijn er vier centrale plekken gekozen die verspreid liggen door Nederland. De keuze voor deze plekken is in afstemming met het Ministerie van VWS gemaakt. Belangrijk voor de keuze was de geografische spreiding door het land, zodat lokale bestuurders uit heel het land zo goed mogelijk de gekozen plekken konden bereiken. Hiermee gaven we zoveel mogelijk (representanten van) lokale bestuurders de gelegenheid om aanwezig te zijn.
- Na de keuze voor de vier centrale plekken, heeft het Ministerie van VWS een uitnodiging naar alle gemeenten verzonden. De VNG heeft in haar nieuwsoverzicht ook gerefereerd aan deze brief en een oproep gedaan om deel te nemen aan de bijeenkomsten. In de uitnodiging zat een link naar een aanmeldformulier waar geïnteresseerden konden aangeven bij welk van de bijeenkomsten ze aanwezig wilden zijn. In het aanmeldformulier is ook gevraagd naar de naam, contactgegevens, functie en voor welke gemeente de persoon actief is.

Alle gemeenten hebben de brief met de uitnodiging ontvangen per post en een reminder per mail. Hoewel daarmee een groot gedeelte van de populatie<sup>4</sup> bereikt is, waren er toch een aantal beperkingen die de diversiteit en daarmee de representativiteit van de deelnemers beïnvloedden<sup>5</sup>:

- We zijn afhankelijk geweest van reacties op de uitnodiging.
- Voor wie uiteindelijk heeft deelgenomen geldt de vraag: waarom hebben zij juist wel deelgenomen, maar anderen niet? De reden is waarschijnlijk dat deze groep deelname interessant en/of belangrijk vond. Dat betekent dat we het deel van de lokaal-bestuur-populatie die het niet of minder belangrijk en/of interessant vinden, missen. Doordat de brief naar alle Nederlandse gemeenten is verzonden én door de afhankelijkheid van reacties daarop, is de kans op een vorm van zelfselectie<sup>6</sup> groot en is er de mogelijkheid dat er een perspectief is gemist.<sup>7</sup>
- De nadruk lag op fysieke en inhoudelijk goede gesprekken. We hebben hierdoor niet gekozen voor hybride bijeenkomsten, wat het bereik wellicht vergroot had.

## 2.2 De deelnemers van de sessies

De bijeenkomsten zijn gehouden op locaties in Den Haag, Eindhoven, Utrecht en Zwolle. Op een enkeling na waren de deelnemers wethouders van gemeenten. Enkele bestuurders vertegenwoordigden meerdere gemeenten. Een overzicht van de gemeenten is weergegeven in bijlage 1.

In Den Haag waren acht aanwezig en in Utrecht waren er zeven wethouders aanwezig. In Eindhoven namen acht wethouders deel en in Zwolle waren dit er dertien.

<sup>4</sup> In dit geval de populatie van lokale bestuurders (of hun representanten) in Nederland.

<sup>5</sup> Zie Gerring, J. (2006). *Case study research: Principles and practices*. Cambridge university press.

<sup>6</sup> We hebben hier te maken met de 'volunteer bias': de groep die vrijwillig meedoet, verschilt door die vrijwilligheid van andere groepen.

<sup>7</sup> 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.

## 2.3 De invulling van de sessies

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. Het sluiten van SEH's kan bijvoorbeeld gevolgen hebben voor de leefbaarheid in een regio. Om de bijeenkomsten met lokale bestuurders zo goed mogelijk te laten verlopen, hebben we in samenwerking met het Ministerie van VWS ervoor gekozen om de gesprekken met lokale bestuurders in de basis een rondetafelgesprek te laten zijn, met een agenda/topiclijst en tijdsbewaking. Hieronder is de opzet van de bijeenkomst weergegeven.

### Introductie

In de introductie lichten we de aanleiding en het doel van het traject toe. Hierbij benoemen we onder meer de andere onderzoeklijnen van de werkgroep. We lichten toe hoe we de informatie verwerken en dat het in een rapportage wordt weergegeven. Tot slot lichten we ook fase 2 toe, waarin de varianten getoetst worden.

### Voorstelronde en schets van de acute zorg in de deelnemende gemeenten

Bij de voorstelronde vragen we direct een schets te geven van de acute zorg binnen de gemeenten waarin de deelnemers actief zijn.

### Gespreksronde 1: Wat zijn de belangrijkste belangen en wie zijn de belangrijkste belanghebbenden in de gemeente?

In de eerste gespreksronde staat de volgende vraag centraal: wat zijn de belangrijkste belangen in de gemeente ten aanzien van de acute zorg en de leefbaarheid? Wie zijn de belangrijkste partijen, wie heeft welke belangen en hoe zwaar wegen deze? Denk aan de politiek, groepen inwoners en (maatschappelijke) organisaties.

### Gespreksronde 2: Wat zijn de verschillende zorgen in de gemeente?

In de tweede gespreksronde staan de zorgen van de deelnemers centraal. Welke behoeften en zorgen spelen er in de gemeente ten aanzien van acute zorg en de leefbaarheid? Wie heeft deze zorgen? Hoe zwaar wegen deze zorgen? En is het mogelijk om zorgen weg te nemen?

### Gespreksronde 3: Welke ideeën zijn er over de kwaliteit en bereikbaarheid van de acute zorg?

In de laatste gespreksronde staan de ideeën van de deelnemers centraal. Welke ideeën zijn er om de kwaliteit van zorg op peil te houden, in het licht van de personeelsproblematieken? Hoe kan de bereikbaarheid van de juiste zorg geborgd worden? Wat kan aan de organisatie van de acute zorg aangepast worden om deze houdbaar te houden? En welke rolverdeling ziet de gemeente voor zichzelf en voor andere stakeholders?

### Afsluiting en voortuitblik

Na de drie gespreksrondes worden de uitkomsten kort samengevat. Daarnaast geven we nogmaals een toelichting op het vervolg: hoe we de data verwerken, wat we met deze uitkomsten doen en hoe fase 2 eruitziet.

## 2.4 Dataverwerking

Per bijeenkomst zijn er aantekeningen gemaakt. Deze aantekeningen hebben we gebruikt bij het schrijven van de rapportage. Anders dan bij de bijeenkomsten voor burgers, waren de bijeenkomsten voor lokaal bestuur niet regionaal maar landelijk aangekondigd. Daarom hebben we niet gewerkt met een verslag per bijeenkomst. In de bijeenkomsten waren deelnemers aanwezig vanuit verschillende delen van het land met ieder een verschillende, lokale situatie ten aanzien van het acute zorglandschap. Op basis van de aantekeningen wordt de lokale situatie benoemd en, indien relevant, gebruikt voor het duiden van verschillen en overeenkomsten.





### HOOFDSTUK 3

# Bevindingen en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is het resultaat te vinden van de besproken meningen, ervaringen, belangen, zorgen en ideeën van lokale bestuurders. De ambitie van de gehanteerde aanpak is niet om te komen tot gulden middenwegen of concrete handelingsperspectieven. Dit rapport gaat over de visies van lokale bestuurders en wat zij belangrijk vinden, wat hen zorgen baart en welke ideeën er leven. In dit hoofdstuk presenteren we de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen op basis van alle bijeenkomsten. Hieronder worden per gesprekronde de belangrijkste punten naar voren gebracht, gevolgd door een paragraaf met aanbevelingen en ten slotte de discussie.

### 3.1 Algemene indruk van de situatie in deelnemende gemeenten

Vanuit het hele land waren bestuurders aanwezig op de bijeenkomsten. De situaties van gemeenten verschillen sterk van elkaar, maar de belangen, zorgen en ideeën kunnen soms ook overeenkomsten. In bijlage 1 staat een overzicht van de deelnemende gemeenten. Tijdens de voorstelrondes werd de bestuurders gevraagd om een schets te geven van de acute zorg binnen de gemeente waar de bestuurder actief is.

Veel van de aanwezige bestuurders gaven aan zich zorgen te maken over het sluiten van (delen van) ziekenhuizen in de regio. Met name de potentiële sluiting van een SEH-afdeling, een afdeling acute verloskunde of een ambulancepost worden als zorgwekkend ervaren. In de landelijke gebieden zijn er zorgen over de aanrijdtijd van ambulances of van het eigen vervoer vanwege de grote afstanden of de moeilijk te bereiken dorpen. Geluiden over het verdwijnen van dit soort voorzieningen zorgen voor veel onrust bij inwoners binnen de gemeenten. Wanneer deze onrust ontstaat, zijn het vaak in eerste instantie wethouders of de lokale politiek die hierover benaderd worden door inwoners, terwijl gemeenten hier beperkt invloed op of zeggenschap over hebben. Bestuurders ervaren dat zij zich in dit vraagstuk in een lastige en ook belangrijke positie bevinden.

### 3.2 Belanghebbenden en belangen

In de eerste gespreksronde stonden de volgende vragen centraal: Wat zijn de belangrijkste belangen in de gemeente ten aanzien van de acute zorg en de leefbaarheid? Wat zijn de belangrijkste partijen, wie heeft welke belangen en hoe zwaar wegen deze?

Directe belanghebbenden zijn volgens de aanwezige bestuurders de inwoners, werknemers, werkgevers (ziekenhuisbestuurders) en verzekeraars. Veranderingen binnen de acute zorg hebben daarnaast eveneens effect op andere belanghebbende partijen, zoals gemeenten, andere zorgaanbieders in de keten en woningcorporaties. In deze paragraaf zetten we kort de belanghebbenden in de context van de acute zorg op een rij, om het speelveld van stakeholders, zoals benoemd door de aanwezige lokale bestuurders, te schetsen.

#### De inwoners

De inwoners van alle gemeenten vormen de grootste prioriteit en belangrijkste belanghebbende volgens lokale bestuurders. Zij geven aan dat het niveau van kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor alle inwoners in Nederland gelijk moet zijn. Met name bij de bestuurders in regio's waar de afstanden groter zijn en bewoners meer verspreid wonen, zijn er zorgen over de toegankelijkheid van de zorg. Er zijn voornamelijk zorgen over kwetsbare inwoners, bijvoorbeeld degenen zonder sociaal netwerk of zij die beperkt mobiel zijn.

#### Het ziekenhuis als werkgever

Een ziekenhuis is vaak een van de grotere werkgevers in een regio, voornamelijk in landelijke gebieden. Bij het openen of sluiten van afdelingen, of zelfs een ziekenhuis, heeft dit een grote impact op de werkgelegenheid in een regio. Bestuurders vinden dat hier meer oog voor moet zijn bij besluitvorming over (sluiting van) ziekenhuizen.

#### Werknemers

Ziekenhuizen zorgen in een regio voor veel werkgelegenheid. Inwoners van gemeenten die tevens werken binnen de (acute) zorg zijn dan ook een belangrijke belanghebbende. In één van de bijeenkomsten werd door bestuurders een onderscheid gemaakt tussen 'zichtbare' en 'onzichtbare medewerkers'. Met 'onzichtbare medewerkers' bedoelen zij de zorgmedewerkers die niet of nauwelijks aan besluitvormende tafels zitten en van wie de ideeën en wensen te vaak de bestuurstafel niet halen. Deze zorgprofessionals worden door de bestuurders de 'handen aan het bed' genoemd en dit zijn bijvoorbeeld ambulancebroeders of verpleegkundigen. De bestuurders geven aan dat in deze groep de uitstroom uit de zorg hoog is. De ervaring van de bestuurders is dat 'zichtbare medewerkers', zoals artsen, in verhouding vaak beter worden gehoord dan deze groep zorgprofessionals.

Een aantal keren is bovendien genoemd dat specifiek de aanwezigheid van een SEH bij een ziekenhuis van invloed is op de aantrekkelijkheid voor ziekenhuismedewerkers om ergens te willen werken.

### Verzekeraars

Tijdens de gesprekken is naar voren gekomen dat veel bestuurders zich zorgen maken over de wijze waarop ziekenhuizen worden gefinancierd en over de contracten die worden opgesteld door verzekeraars. Dit zorgt voor productieprikkel binnen ziekenhuizen en maatschappen, die niet altijd zorgen voor de juiste gezondheidsuitkomst. Bestuurders geven aan dat de inrichting van het stelsel maakt dat de maatschappelijke belangen soms worden verdrongen door economische belangen van verzekeraars. Dit kan impact hebben op de kwaliteit van de zorg voor alle zorgvragen. De algemene tendens bij de gesprekken met bestuurders is dat de financieringsstructuur de transitie binnen de zorg als geheel in de weg zit, vanwege de bedrijfseconomische belangen van zorgverzekeraars.

### Eerstelijnszorg

De SEH en de eerstelijnszorg, en met name de huisarts, hebben een sterke afhankelijkheidsrelatie. De aanwezige bestuurders benoemden hiervan een aantal gevolgen. Wanneer een SEH sluit, zorgt dit voor meer druk op de eerstelijnszorg. Daarnaast zien bestuurders het risico dat huisartsen of verloskundigen uit een regio wegtrekken wanneer een SEH of een afdeling acute verloskunde sluit. Ten slotte geven bestuurders aan dat het voor de eerstelijnszorg een gevoel van veiligheid geeft wanneer er een SEH in de buurt is.

### De gemeente

Bestuurders geven aan dat een ziekenhuis (al dan niet met een SEH en/of huisartsenpost (HAP)) als voorziening aantrekkelijk is voor het vestigingsklimaat, de werkgelegenheid en leefbaarheid, voor de gemeente waar een ziekenhuis gevestigd is, maar ook voor omliggende gemeenten. Aanwezigheid van een ziekenhuis heeft, zoals in de vorige alinea benoemd, ook invloed op de kwaliteit die geleverd kan worden bij andere zorgvoorzieningen. Gemeenten zitten over het algemeen niet aan tafel als het gaat over veranderingen bij ziekenhuizen, maar zijn in de keten wel betrokken bij en verantwoordelijk voor andere (zorg)voorzieningen. In de praktijk ervaren bestuurders te weinig ruimte om de belangen van inwoners te kunnen behartigen in het zorgdossier. Tegelijkertijd zien inwoners de portefeuillehouder zorg van een gemeente vaak wel als verantwoordelijke.

### Woningcorporaties

Momenteel zien de bestuurders dat veel ouderen lang in hun eigen woning blijven wonen omdat doorstromen naar bijvoorbeeld een aanleunwoning vaak niet mogelijk is. Kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen zijn wegbezuinigd. Bestuurders zien als gevolg hiervan dat preventieve zorg in mindere mate plaatsvindt en er pas actie wordt ondernomen wanneer een situatie acuut wordt. Bestuurders zouden graag samen met woningcorporaties willen kijken naar een andere invulling van de lokale ruimte voor zorgvoorzieningen in brede zin. Daarnaast vormt (met name in grote steden) het gebrek aan beschikbaarheid van betaalbare woningen voor ziekenhuispersoneel een groot probleem.

## 3.3 Zorgen en behoeften van bestuurders

In de tweede gespreksronde stonden de zorgen en behoeften van de bestuurders centraal. Hieronder hebben we de belangrijkste zorgen en behoeften vanuit de verschillende gemeenten ten aanzien van de acute zorg en leefbaarheid beschreven.

### 3.3.1 Zorgen over de druk op maatschappelijke waarden

#### *Leefbaarheid en gevoel van veiligheid*

Volgens bestuurders is de aanwezigheid van een ziekenhuis, en in het verlengde daarvan een SEH, belangrijk voor de leefbaarheid in een regio. Bestuurders zien een risico dat wanneer er geen ziekenhuis of SEH is in een regio, de regio minder aantrekkelijk is om in te wonen of te werken. In sommige gebieden draaien doktersposten minder uren en worden inwoners daarmee afhankelijk van het (verder gelegen) ziekenhuis. Het (gedeeltelijk) sluiten van doktersposten of het vertrek van acute zorgdiensten zorgt voor onrust in gemeenschappen. Bestuurders onderstrepen dat inwonerparticipatie over de toekomst van de acute zorg belangrijk is om deze onrust (gedeeltelijk) weg te kunnen nemen.

Er zijn zorgen bij bestuurders dat besluitvormende tafels in de zorg onvoldoende rekening houden met de demografische en economische trends binnen gemeenten. Als voorbeeld is genoemd dat er een SEH sluit in een gemeente waar op lange termijn een groei van inwoners verwacht wordt door extra woningbouw. Die SEH zal op termijn weer nodig zijn, en de vraag is volgens bestuurders of het verstandig is om deze te sluiten.



### *De gezondheid van inwoners*

Bestuurders maken zich zorgen over de gezondheid van hun inwoners. De bestuurders zien een toename van 'zorgmijders' in hun gemeenten. Zorgmijders zijn mensen die te lang wachten met hulp zoeken en niet handelen bij klachten. De afstand tot een ziekenhuis of huisarts zorgt ervoor dat de drempel om dit te doen hoger wordt. Eveneens ervaren bestuurders dat mensen door de (beleefde) drukte een drempel voelen en daarom minder snel bellen naar een ziekenhuis of huisartsenpost. Hierdoor doen mensen minder snel een beroep op de zorg. Bestuurders geven aan dat dit invloed heeft op de gezondheid van mensen; wanneer zij te laat aan de bel trekken worden de klachten erger. Dit heeft op langere termijn ook effect op de maatschappelijke kosten.

### 3.3.2 Zorgen om de ervaren beweging naar meer centralisatie

#### *De bereikbaarheid van de (acute) zorg*

De bereikbaarheid van de zorg staat volgens bestuurders onder druk. Bestuurders zien momenteel al verdere centralisatie van de acute zorg ontstaan, waaraan door het wijzigen van de norm potentieel verder bijgedragen wordt. Dit geldt voor het vervoer met een ambulance, maar ook zeker voor mensen die met eigen vervoer naar een SEH komen. Verschraving van het openbaar vervoer, waarvan steeds meer inwoners afhankelijk worden, en de gewenste bereikbaarheid van een ziekenhuis is onlosmakelijk met elkaar verbonden, maar wordt nu vaak nog apart beschouwd. Er wordt in de bijeenkomsten verder aangegeven dat mensen in een acute zorgsituatie niet altijd in staat zijn een taxi te bellen en/of te betalen. Dit gaat niet alleen om de acute zorg die in eerste instantie wordt geboden, maar ook om de periode van herstel of zorg erna, bij opname of follow-ups. Wanneer de benodigde zorg daarvoor niet dichtbij is, vraagt dat veel van mensen, hun naasten en/of ambulances. Onder bestuurders wordt ook gedacht aan de familieleden die op bezoek willen komen bij de patiënt. Zeker voor ouderen is het lastig om te reizen.

#### *Omgaan met personeelstekorten*

Bestuurders spreken hun zorgen uit over het effect van centralisatie op het oplossen van de personeelsproblematiek. Bestuurders zien een groot risico dat wanneer een SEH sluit, dit personeel niet op een andere locatie gaat werken, maar uitstroomt uit de zorg. Het doel om medewerkers effectiever in te zetten wordt hiermee niet behaald. Enkele bestuurders geven aan dat bij aankondiging van sluiting van een ziekenhuis dit effect al kan optreden.

Bestuurders uiten ook een zorg over de personeelsproblematiek in de zorg. Zij constateren een toenemende werkdruk en hoeveelheid administratieve handelingen. Er zijn zorgen dat medewerkers het plezier en de aandacht voor patiënten verliezen en een ander beroep kiezen.

#### *De kwaliteit van zorg*

Bestuurders vragen zich af in hoeverre centralisatie van zorg zal bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit. Sommige bestuurders geven zelfs aan dat de kwaliteit van de meeste zorg bij het overgrote deel van de zorgvragen goed of soms zelfs beter is in streekziekenhuizen. Nabijheid is ook een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van acute zorg: met meerdere zorgvragen wil je zo snel mogelijk geholpen worden. Op dit moment worden acute hoog-complexe zorgvragen al doorverwezen naar een specialistisch ziekenhuis. Bestuurders begrijpen dat er differentiatie van zorg plaatsvindt in het kader van kwaliteit. Desalniettemin zijn veel bestuurders van mening dat basisvoorzieningen voor acute zorg regionaal beschikbaar moeten zijn, omdat dat de beste kwaliteit, werk(druk)verdeling en een gevoel van veiligheid oplevert.

### 3.3.3 Zorgen over de zorgketen als geheel

#### *Disbalans in de keten*

Bestuurders ervaren op dit moment een disbalans in de zorgketen als geheel. Mensen komen op de SEH terecht, terwijl dit voorkomen had kunnen worden. Deelnemers benoemen hierin meerdere aspecten. Enerzijds speelt het dat zorg op een andere plek in de keten onder druk staat, bijvoorbeeld in de ggz. Hierdoor belanden mensen die elders geholpen moeten worden op de SEH. Anderzijds is het zo dat, wanneer een SEH sluit, dit druk oplevert bij andere zorgorganisaties in de keten. Als je aan één knop draait, heeft dat effect op andere onderdelen.

#### *Regio-indelingen sluiten niet op elkaar aan*

Het is voor bestuurders soms niet duidelijk welk onderwerp op welke regionale tafel wordt opgepakt. Ze ervaren onduidelijkheid bij de verschillende regio-indelingen in de zorg. Bijvoorbeeld bij zorgkantorregio's, ROAZ-regio's, maar ook provincie- en gemeentegrenzen. Hiermee kan het voorkomen dat een bestuurder niet aan de juiste tafel zit om op de hoogte te blijven van de ziekenhuizen in een regio.

### 3.3.4 Zorgen over kennis bij inwoners over de acute zorg

Wat veel bestuurders opvalt, is dat het voor hun inwoners steeds onduidelijker is waar men moet zijn voor welke zorg. Het is voor inwoners onduidelijk naar welk telefoonnummer in eerste instantie gebeld moet worden. Daarnaast is niet helder naar welke locatie ze moeten reizen met welke zorgvraag. Inwoners weten het verschil tussen een huisarts, een HAP, een spoedpost, een spoedplein en een SEH niet. Hierdoor bellen of reizen mensen naar de verkeerde plek, waardoor de juiste zorg nog langer op zich laat wachten en er meer personele inzet nodig is. Dit geldt met name voor zelfverwijzers. Het ontbreekt bij inwoners aan kennis wat te doen in welke situatie.

Daarnaast maken bestuurders zich zorgen over de beperkte mate van communicatie over beleidskeuzes in de zorg richting inwoners. Dit is lokaal, regionaal en landelijk georiënteerd. Bij veranderingen in het zorglandschap, bijvoorbeeld het 's nachts sluiten van een SEH, moeten inwoners de juiste informatie tijdig ontvangen. Dit is een ingrijpende verandering en het is belangrijk om in gezamenlijkheid uit te kunnen leggen wat het gevolg is van zo'n verandering en waar mensen vanaf dan terecht kunnen. Gemeenten kunnen een belangrijke rol spelen in de communicatie naar inwoners, maar zij worden momenteel maar beperkt betrokken voor hun gevoel.

## 3.4 Ideeën en wensen

In de laatste gespreksronde stonden de ideeën en wensen centraal. Welke ideeën zijn er om de kwaliteit van zorg op peil te houden, zeker in het licht van de personeelsproblematieken? Hoe borgen we de bereikbaarheid van de juiste zorg? Wat kan aan de organisatie van de acute zorg aangepast worden om dit houdbaar te houden? En welke rol (verdeling) zien gemeenten voor zichzelf en andere stakeholders ten aanzien van dit onderwerp?

### 3.4.1 Nabijheid zorgt voor een gevoel van veiligheid

Een ziekenhuis is van de mensen in de regio en wordt ervaren als een publiek goed. Het ervaren van veiligheid zit soms in het gevoel van nabijheid. Mogelijk is de zorg verder weg wel beter en ontvangen mensen uiteindelijk door goede triage betere zorg in specifieke gevallen, maar het gevoel van veiligheid dat mensen ervaren, zit ook in nabijheid van een ziekenhuis. Voor een gemeente is het ook belangrijk om voorzieningen en veiligheid te bieden aan inwoners, dat is uiteindelijk ook goed voor de lokale economie.

Nu wordt er, door de systematiek, gevoelsmatig meer gefocust op de specialistische acute zorg, terwijl het overgrote deel van de acute zorg juist van generalistische aard is. Deelnemers gaven dit mee als idee voor een basishouding, die juist ook in samenwerking met de keten vormgegeven zou moeten worden.

### 3.4.2 Samenwerking in de keten op regionaal en lokaal niveau

#### *Slim organiseren*

Het uitgangspunt moet kwalitatieve basiszorg zijn. In de beleving van de deelnemers zijn de waarden van topklinische ziekenhuizen het uitgangspunt in de organisatie van de acute zorg. Volgens de bestuurders is voor de inrichting van de zorg een sterke samenwerking nodig tussen verschillende (zorg) partijen binnen de keten. Ontwikkelingen aan de IZA- en ROAZ-tafels is voor de samenwerking binnen een regio een goede stap voorwaarts. Het regionaal heroverwegen van de juiste spreiding en het benutten van schaars zorgpersoneel is volgens deelnemers een goede ontwikkeling.

#### *Lokale zorgvoorzieningen*

Volgens bestuurders zou het uitgangspunt 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' steviger uitgedragen mogen worden. Met name in relatie tot het voorkomen van acute zorg. Zij geven aan dat zorg in Nederland meer preventief ingericht zou kunnen worden. Zij denken dat daar een groot potentieel ligt. Veel zorgen van mensen worden gemedicaliseerd; soms is de oorzaak eenzaamheid. Volgens bestuurders kunnen lokale voorzieningen, of 'ouderwetse bejaardentehuizen' dit ondervangen zodat de acute zorg niet overbelast wordt. Mensen gaan soms uit voorzorg naar een SEH of acute verloskunde (of worden eerder doorverwezen), wanneer de afstand hiernaartoe groot is. Als juist meer generalistische (acute) zorg dichterbij is georganiseerd, neemt de druk af, maar dit moet wel opgepakt worden. Sommige bestuurders zouden eerder de huisartsenposten willen uitbreiden/verbeteren, zodat inwoners daar terecht kunnen. Idealiter in combinatie met andere lokale zorgvoorzieningen in de buurt.



### 3.4.3 Oog voor regionale verschillen

#### *Regionale verschillen*

Enkele deelnemers geven aan dat de nationale overheid een visie op de toekomst van de zorg moet formuleren, maar dat regionale bestuurders de kans en het vertrouwen moeten krijgen om de zorg regionaal, passend voor dat gebied, te organiseren. Niet alle bestuurders zijn het daarmee eens, en geven aan dat de rol van lokale bestuurders daar niet ligt.

Sommige bestuurders benoemen dat met name in de SPUK-regeling<sup>8</sup> veel verantwoord moet worden en volgens een bepaald stramien moet worden gerealiseerd. Het zou volgens de bestuurders getuigen van vertrouwen als er meer ruimte en flexibiliteit is voor verschil in aanpak, passend bij specifieke lokale omstandigheden. Om 'gelijke kwaliteit van zorg' te bieden is soms verschil in aanpak de oplossing. Bestuurders geven dan ook aan dat een mogelijke herziening van de 45-minutennorm qua invulling per regio verschillend kan zijn.

In de grensregio's is het samenwerken met de zorginstellingen over de grens ook een onderwerp van gesprek. De norm geldt nu voor Nederland en wordt getoetst daarbinnen, terwijl zorgaanbieders in deze regio's zelf in sommige gevallen al samenwerking buiten de grens opzoeken.

#### *Norm die kan meebewegen met veranderingen*

Momenteel worden keuzes vaak op korte termijn genomen volgens bestuurders. Er leeft een zorg dat er niet verder gedacht wordt dan een termijn van twintig jaar. Deelnemers geven aan dat er nu sprake is van dubbele vergrijzing, maar dat na 2040 de dubbele vergrijzing afneemt. Bestuurders hebben behoefte aan een langetermijnvisie vanuit de landelijke overheid om aan de hand daarvan zelf langetermijnplannen te kunnen maken voor de juiste zorg in de regio. Deze langetermijnvisie moet niet alleen rekening houden met de ontwikkelingen die nu in de zorg spelen, maar ook met ontwikkelingen die op een lange termijn effect hebben. Denk bijvoorbeeld aan demografische ontwikkelingen, woningbouw, of andere gebiedsprocessen. Door enkele bestuurders wordt aangegeven dat er in het beleid ook al rekening gehouden moet worden met welke plekken leefbaar zijn in Nederland in relatie tot de gevolgen van klimaatverandering. Er is behoefte bij bestuurders aan een norm die kan meebewegen met omstandigheden.

<sup>8</sup> Dit is de regeling voor de specifieke uitkering (SPUK) en is bestemd voor de doelen van het Integraal Zorgakkoord (IZA). De middelen worden verdeeld per samenwerkingsregio.

### 3.4.4 Een andere bekostiging voor de acute zorg

In de huidige vorm krijgt een SEH – in tegenstelling tot de brandweer of ambulance – geld op basis van verrichting. De voorgestelde beschikbaarheidsbekostiging<sup>9</sup> van de acute zorg zou volgens bestuurders een betere prikkel zijn dan de huidige bekostigingssystematiek. Zij hebben er hoge verwachtingen van dat een andere bekostiging kan zorgen voor een betere acute zorg. Enkele deelnemers geven aan positief te zijn over het voorstel van de Nederlandse Zorgautoriteit ten aanzien van de bekostiging van de acute zorg.

### 3.4.5 De rol van de gemeente bij ontwikkelingen in de acute zorg

Bestuurders ervaren dat de portefeuillehouders van het thema zorg binnen een gemeente veel vragen ontvangen van inwoners en dat inwoners de portefeuillehouders zelfs verantwoordelijk houden/achten voor de inrichting van de zorg. Mensen protesteren bij het gemeentehuis, niet bij de ziekenhuisbestuurders. In de praktijk heeft het gemeentebestuur echter maar zeer beperkt invloed op de acute zorg. De vraag van de deelnemers is: van wie is ziekenhuiscare? Is het een publiek goed? Dan zou de lokale overheid meer zeggenschap moeten hebben. Maar lokale bestuurders zitten niet aan tafel. Enkele bestuurders geven aan dat de GGD bij IZA- of ROAZ-tafels aan tafel zit, maar dit is volgens hen te indirect. De gemeente zou aan tafel moeten zitten om belangen van inwoners te behartigen.

Daarnaast wordt in alle bijeenkomsten het belang van regio door de landelijke overheid benoemd. Uiteraard is dit in samenspel met gemeenten om de zorg als geheel samen te kunnen benaderen als maatschappelijke voorziening en omdat veranderingen in één onderdeel van de keten altijd consequenties hebben voor andere onderdelen in de keten.

Volgens bestuurders moet het maatschappelijk belang meer meegenomen worden. In een van de bijeenkomsten wordt de suggestie gedaan dat keuzes genomen moeten worden op basis van: financiën, medisch specialisme en maatschappelijk belang. Voor het invullen geven aan dat laatste zien deelnemers van de bijeenkomsten een rol voor lokale overheden.

<sup>9</sup> Advies Bekostiging acute zorg. Nederlandse Zorgautoriteit. 12 december 2023. Opgehaald via: [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_757202\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_757202_22/1/)

### 3.5 Aanbevelingen voor de werkgroep

Aan de hand van de meningen, ervaringen, belangen, zorgen en ideeën die opgehaald zijn in de bijeenkomsten, formuleren we onderstaande aanbevelingen. Deze aanbevelingen dienen ter input voor de werkgroep van VWS bij het ontwikkelen van de alternatieve scenario's voor de 45-minutennorm.

#### Aanbeveling 1

De aanwezigheid van acute zorgvoorzieningen is een belangrijke factor voor de leefbaarheid in een regio.

De aanwezigheid van acute zorgvoorzieningen draagt bij aan de aantrekkelijkheid van een gemeente of regio om hier te wonen of werken. De nabijheid van een SEH geeft een gevoel van veiligheid onder inwoners. Daarnaast biedt een ziekenhuis werkgelegenheid in een regio. Wanneer een SEH verdwijnt uit de regio kan dit een neerwaartse spiraal ten aanzien van de leefbaarheid inzetten of versterken. Met name in de landelijke gebieden maakt men zich zorgen over een dergelijke neerwaartse spiraal. Heb oog voor de rol van de landelijke en lokale overheid bij beslissingen over ziekenhuizen en acute zorgvoorzieningen.

#### Aanbeveling 2

Centralisatie van complexe acute zorg is denkbaar, maar vergeet daarbij de lokale behoefte aan basis acute zorg niet.

Op dit moment worden patiënten met een hoog-complexe zorgvraag al naar gespecialiseerde ziekenhuizen verwezen. Er is echter wel een bepaald basisniveau van acute zorg nodig in een regio; het is belangrijk dat deze zorg nabij is. Voor deze acute zorg gaan mensen soms met eigen vervoer naar het ziekenhuis en daarmee wordt afstand belangrijk.

#### Aanbeveling 3

Houd bij de ontwikkeling van scenario's rekening met regionale verschillen en geef ook ruimte aan deze verschillen.

Iedere regio heeft andere kenmerken en uitdagingen.

Grensregio's aan België of Duitsland hebben te maken met patiënten uit deze landen, maar ook met patiënten die naar ziekenhuizen over de grens gaan. Regio's aan de Noordzee hebben in de zomer een grote toestroom van toeristen. Voor excentriek gelegen plekken geldt dat sluiting van ziekenhuizen of acute zorgvoorzieningen grotere invloed heeft. Stedelijke gebieden hebben te maken met mobiliteitsproblemen door de drukte. De manier waarop de meest kwalitatieve zorg bereikt kan worden, kan voor iedere regio verschillend zijn. Denk bij het ontwikkelen van scenario's hoe een norm ruimte kan bieden aan regionale verschillen.

#### Aanbeveling 4

Neem meerjarige ontwikkelingen op het gebied van demografie en economie mee in de ontwikkeling van de norm.

Beslissingen worden genomen op basis van de huidige demografische en economische ontwikkelingen, of enkel op basis van huidige ontwikkelingen in de zorg. Denk bij het maken van de scenario's na over ontwikkelingen in andere beleidsterreinen, bijvoorbeeld ook op het gebied van woningbouw of gebiedsprocessen.

#### Aanbeveling 5

Draag zorg voor een betere kennisdeling en communicatie richting inwoners.

Voor burgers is het verschil tussen een SEH, HAP, of een spoedplein niet altijd duidelijk, waardoor ze zich soms op de verkeerde plek melden. Denk bij het ontwikkelen van de scenario's na over hoe mensen op de juiste plek komen, bijvoorbeeld door voorlichting of door de inrichting van de triage.

Wanneer er veranderingen plaatsvinden in het acute zorgland-schap moet dit ook duidelijk worden gecommuniceerd. De gemeente kan hierbij een belangrijke rol van betekenis spelen.

### 3.6 Discussie

De perspectieven van bestuurders uit verschillende regio's gaven een divers en uitgebreid beeld van de ontwikkelingen binnen de acute zorg. Veel bestuurders maken zich zorgen over de toekomst van de acute zorg en zijn erg begaan met dit thema. Dat blijkt onder andere uit het feit dat alle aanwezigen graag op de hoogte blijven van dit traject en graag in fase 2 verder spreken over de ontwikkelde alternatieve scenario's over de 45-minutennorm. Veel bestuurders spraken hun waardering uit voor de uitnodiging om hierover in gesprek te gaan.

In de gesprekken zijn zorgen besproken zoals de zorgen die leven onder inwoners over de aanrijdtijd van ambulances in kleinere afgelegen dorpskernen. Desalniettemin zijn bestuurders ook positief over bepaalde ontwikkelingen, zoals de terugkeer van lokale zorgvoorzieningen ter preventie om de acute zorg te verlichten of zelfs te vermijden.

In verhouding waren er weinig grootstedelijke gemeenten aanwezig. Mogelijk voelen de grotere gemeenten zich elders al goed gerepresenteerd op dit thema. De groep van bestuurders was desondanks sterk gevarieerd. Er waren bestuurders aanwezig uit gebieden met toenemende urbanisatie, die daarmee ook te maken hebben met het wegtrekken van jonge gezinnen, alsook bestuurders uit gebieden met een toekomstige bevolkingstoename vanwege bijvoorbeeld de komst van expats of andere arbeidsmigranten.

De gemeenten van de aanwezige bestuurders zijn divers in bevolkingsdichtheid en uitgestrektheid. Daarnaast vertegenwoordigden sommige bestuurders meerdere gemeenten. De lijst in de bijlage met aanwezige bestuurders van gemeenten is dan ook niet uitputtend. Deze wethouders agendeerden vaak meerdere standpunten met wisselende belangen per gemeente.

## BIJLAGE 1

# Aanwezigen bijeenkomsten

Aanwezig	Gemeente	Functie
<b>Locatie Den Haag</b>		
Michele Ferriere	Weert	Wethouder
Joelle Gooijer	Delft	Wethouder
Jacky Silos Knaap	Vlaardingingen	Wethouder
Reny Wietsma	Teylingen	Wethouder
Albert Smit	Assen	Wethouder
Edward Piena	Ridderkerk	Wethouder
Ingeborg ter Laak	Zoetermeer	Wethouder
<b>Locatie Eindhoven</b>		
Harry Coenen	Voerendaal	Wethouder
Mathil Sanders	Geldrop Mierlo	Wethouder
Evert Weys	Hilvarenbeek	Burgemeester
Jurgen Dekkers	Hilvarenbeek	Handhavingsjurist
Kees Bel	Vijfheerenlanden	Wethouder
Martin Leenders	Venray	Wethouder
Arlette Vrusch	Heerlen	Wethouder
Evert Blaauw	Bronckhorst	Wethouder
<b>Locatie Utrecht</b>		
Peter de Vrij	Den Helder	Wethouder
Ellen Dusseldorp	Oost-Gelre	Wethouder
Mischa Peters	Culemborg	Wethouder
Freek Brouwer	Urk	Wethouder
Rinze Broekema	Lelystad	Wethouder
Marieke Schouten	Nieuwegein	Wethouder
Lars Carree	Zandvoort	Wethouder
<b>Locatie Zwolle</b>		
Maaïke Boesenburg	Nunspeet	Ambtelijke vertegenwoordiging
Jan Carlo Bos	Staphorst	Wethouder
Eugène van Mierlo	Almelo	Wethouder
Jur Mellies	Stadskanaal	Wethouder
Stefanie Junink	Bronckhorst	Beleidsadviseur
Janita Tabak	De Frieske Marren	Wethouder
Pieter van der Zwam	Smallingerland	Wethouder
Marianne Poelman	Súdwest-Fryslân	Wethouder
Jasper Bloem	Zutphen	Wethouder
Alwin te Rietstap	Hardenberg	Wethouder
René van Amersfoort	Noordoostpolder	Wethouder
Maaren Reckman	Harderwijk	Wethouder
Wendy Goodin	Lochem	Wethouder





## ‘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](http://www.berenschot.nl)