# Grenzen slechten

## De zorg in Zeeland

Verslag van een verkenning

# Grenzen slechten

## De zorg in Zeeland

### Verslag van een verkenning

Amersfoort, januari 2015
J.F. de Beer

# Inhoudsopgave

**Samenvatting** ..... 4

**Hoofdstuk 1 Inleiding en verantwoording** ..... 5
1.1 Opdracht ..... 5
1.2 Werkwijze ..... 6
1.3 Tholen ..... 7
1.4 Tandartsen ..... 7
1.5 Ontwikkelingen tijdens de opdrachtperiode ..... 7
1.6 Verantwoording ..... 8
1.7 Met dank aan ..... 8

**Hoofdstuk 2 Waarneming** ..... 11
2.0 Inleiding ..... 10
2.1 Huisartsenzorg ..... 10
2.2 Zorggroepen ..... 11
2.3 Huisartsenposten ..... 11
2.4 Farmacie ..... 12
2.5 Ketenzorg ..... 12
2.6 Anderhalvelijnszorg ..... 13
2.7 Geboortezorg ..... 13
2.8 Ambulancezorg ..... 14
2.9 Mobiele Medische teams ..... 15
2.10 Ziekenhuiszorg ..... 15
2.11 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) ..... 17
2.12 Gespecialiseerde medische voorzieningen in Zeeland ..... 17
2.13 Ondersteunende diensten ..... 18
2.14 Regiomaatschappen ..... 18
2.15 GGZ ..... 18
2.16 Verpleging, Verzorging, Thuiszorg ..... 19
2.17 Gehandicaptenzorg ..... 20

**Hoofdstuk 3 Kwetsbare zorg: een tussenstand**..... 22

**Hoofdstuk 4 Factoren die samenwerking in de weg staan en bevorderen** .. 24
4.1 Wat staat samenwerking in de weg? ..... 23
4.2 Wat kan samenwerking bevorderen? ..... 23

**Hoofdstuk 5 Beoordeling, aanbevelingen en hoe verder?** ..... 24

**Bijlagen**

## Samenvatting

Zorgen over de houdbaarheid van een robuuste zorginfrastructuur bracht Provinciale Staten van Zeeland tot het initiatief een verkenning te laten uitvoeren naar belemmeringen die samenwerking in de zorg in de weg staan en kansen die samenwerking kunnen bevorderen.

Aan de vier maanden van mijn verkenningsopdracht heb ik een onrustig beeld overgehouden. Perspectief is de Zeeuwse burger die als patiënt of cliënt is aangewezen op een bereikbare en vertrouwde Zeeuwse zorg. Is er ruimte voor een Zeeuwse aanpak? Is er werkelijk zoiets als ‘Zeeuws denken’? En wat is dit dan?

Er zijn voldoende obstakels die samenwerking in de weg staan: fysieke, culturele, emotionele. ‘Eilanddenken’ is een veelgehoord stereotype. In het relatief uitgestrekte, waterrijke en dunbevolkte Zeeland geen opsteker als het gaat om houdbare zorg. De zorginfrastructuur is op hoofdonderdelen zwak en met name in de cure kwetsbaar. De middelpuntvliedende krachten beperken zich beslist niet tot de ‘flanken’.

Tegenover dit beeld staan evenzovele kansen. Zeeland heeft de schaal en de potentie om zich te ontwikkelen tot een landelijk voorbeeld voor anderhalvelijns- en ketenzorg. Zoek over de eilanden heen domeinoverstijgende professionele verbindingen die de zorg verduurzamen, het werk leuker maken en dus tot betere zorg leiden.

Uiteindelijk regelen de Zeeuwen zelf hun zorg. Makkelijk is dit niet. Een gevoel van brede maatschappelijke urgentie en een gemeenschappelijke aanpak moet de verandering mogelijk maken. Er is geen vanzelfsprekende autoriteit. De eerstaangewezen partij zijn de zorgverzekeraars, maar om hun rol te spelen moeten zij kunnen rekenen op voldoende draagvlak en veranderingsbereidheid.

Landelijk moet het besef er zijn dat regels en bekostigingssystemen op Zeeuwse maat moeten worden gesneden; Zeeland is geen Randstad.

Samenwerken bewerken en versterken.

Grenzen slechten.

# Hoofdstuk 1 Inleiding en verantwoording

## 1.1 Opdracht

Provinciale Staten van Zeeland besloot op 4 juli 2014 een 'Verkenner Samenwerking Zeeuwse Zorg' aan te stellen (bijlage 1). Achtergrond van dit besluit is de (aanhoudende) zorg over de toekomstbestendigheid van de Zeeuwse zorginfrastructuur.

Landelijk is de zorgsector sterk in beweging, zoals schaalverandering in de ziekenhuiszorg, minder financiële middelen, omvorming van de AWBZ naar de WMO en de Wet Langdurige Zorg.

Voor Zeeland telt de naar Nederlandse verhoudingen bijzondere geografie, de relatieve uitgestrektheid en idem dunbevolktheid. Een bevolking die (in delen van Zeeland) krimpt en in heel Zeeland vergrijst.

Zorgvoorzieningen zijn bestemd voor de bevolking. Zorg levert ook hoogwaardige werkgelegenheid op. Een goede zorginfrastructuur is van groot belang voor een gunstig vestigingsklimaat van bedrijven. Toeristen rekenen op -acute- zorg die zij tijdens hun vakantie mogelijk nodig hebben.

De Provincie Zeeland heeft als regionaal openbaar bestuur geen zeggenschap over de grotendeels private zorgsector. Het trekt zich evenwel het evidente maatschappelijk en economisch belang van een goede zorg en zorginfrastructuur aan. Begrijpelijk, omdat men daarop ook aangesproken wordt.

Gedeputeerde Staten van Zeeland heeft mij de opdracht tot verkenner verleend. Deze laat zich in de kern als volgt omschrijven: *breng specifieke factoren in beeld die samenwerking in de zorg in de weg staan en tevens welke elementen (kansen) samenwerking zouden kunnen bevorderen*.

Mijn opdracht strekt zich uit tot 'zorgvoorzieningen die verstrekkingen aanbieden in het kader van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en de (intramurale) AWBZ voorzieningen, die in de toekomst vallen onder de ontwerp WLZ'. Zorgvoorzieningen die vallen onder de WMO en de Jeugdwet blijven buiten de taakopdracht. Dit laatste betekent allerminst dat er geen raakvlakken zijn. Gemeenten krijgen een niet te onderschatten verantwoordelijkheid voor een sluitende keten van zorg. Deze zijn daarom in de verkenning meegenomen; met bestuurders van een aantal Zeeuwse gemeenten is gesproken.

Voor het uitvoeren van de verkenningsopdracht is een plan van aanpak opgesteld (bijlage 2).

De opdracht is in korte tijd uitgevoerd, in de periode 22 september 2014 tot en met 29 januari 2015, dat wil zeggen in ruim 4 maanden. Het verslag is afgerond op 19 januari 2015.

## 1.2 Werkwijze

In de uitvoering van de opdracht is de nadruk gelegd op gesprekken, analyse en verslaglegging. Voor diepgaander onderzoek (naar bijvoorbeeld toekomstige behoefte aan zorg, patiëntenstromen, financiële effecten, kwaliteit van zorg, benchmarks) ontbrak zowel tijd als budget.

In de voorbereiding op de verkenning is een grote lijst van uit te nodigen gesprekspartners opgesteld. Daaraan zijn -deels op hun verzoek, deels op mijn uitnodiging- gesprekpartners toegevoegd. Met deze werkwijze is beoogd met zoveel mogelijk spelers in het zorgveld te spreken. Bijlage 3 bevat de lijst van gesprekspartners.

Aan gesprekspartners is gevraagd in openheid hun visie op heden en toekomst van de Zeeuwse zorg te geven. Dit is goed gelukt.

Vanwege hun bekendheid met de zorg in Zeeland zijn daarnaast enkele informele gesprekken binnen en buiten Zeeland gevoerd.

Tijdens de verkenning zijn de woordvoerders zorg van Provinciale Staten en de Gedeputeerde Zorg bijgepraat. In de eerste bijeenkomst is het plan van aanpak toegelicht. In de tweede bijeenkomst (om praktische redenen in twee sessies) zijn de voorlopige bevindingen van de verkenner gedeeld.

Voor de gesprekken is doorgaans de volgende werkwijze gehanteerd:

1. Toezending plan van aanpak, inclusief een format met een aantal daarop geformuleerde vragen (bijlage 4).
2. Het format is na afloop van het gesprek ingevuld en -als concept- ter beoordeling/correctie teruggekoppeld aan de gesprekspartner. Eventueel commentaar is verwerkt.

Met enkele landelijk opererende of buiten de regio Zeeland gevestigde zorginstellingen is contact geweest, is het format toegezonden en ingevuld geretourneerd. Met deze partijen zijn geen afzonderlijke gesprekken gevoerd, om de eenvoudige reden dat dit agenda technisch lastig inpasbaar was.

De definitieve gespreksverslagen blijven bij de verkenner in exclusief beheer.

De vele gevoerde gesprekken en de openheid waarmee deze gevoerd zijn, vormen het fundament van dit verslag. Ter onderbouwing gebruik ik -anoniem, tussen aanhalingstekens en cursief- quotes.

### 1.3 Tholen

De opdracht strekt zich uit over de provincie Zeeland. Als het gaat om de zorg stel ik vast dat de bevolking van de gemeente Tholen zich voor bijna alle medisch-specialistische zorg oriënteert op ziekenhuisvoorzieningen buiten de provincie. Ook op bestuurlijk niveau is de huisartsenzorg buiten Zeeland georganiseerd.

In de care zijn GORS, Allévo, SVRZ ook werkzaam in Tholen. Schutse Zorg Tholen is een specifiek Thoolse aanbieder en ook met deze organisatie is gesproken.

### 1.4 Tandartsen

Enkele eerstelijns beroepsgroepen die strikt genomen onder de taakopdracht vallen zijn buiten beschouwing gelaten. Zo is niet gesproken met de beroepsgroep van de tandartsen. De tandheelkunde voor kinderen onder 18 jaar valt eveneens onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet, maar signalen dat er hier tekorten zouden zijn, vestigingen onder druk staan of acute problemen in de organisatie van de diensten zijn mij niet bekend.

### 1.5 Ontwikkelingen tijdens de opdrachtperiode

In de korte tijd van de verkenning heeft zich een aantal betekenisvolle ontwikkelingen voorgedaan.

ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen kondigt begin september 2014 de opening van een polikliniek in Middelburg aan.

Reumatologen in Zuidwest Nederland maken bekend zelfstandig verder te gaan, los van de ziekenhuizen waaraan zij verbonden zijn.

Intussen blijkt ZorgSaam in grote (financiële) problemen te zijn beland, leidend tot een aangekondigd massaontslag in Zeeuws-Vlaanderen.

De dienstapotheek in Oostburg wordt per 1 januari 2015 opgeheven.

In november 2014 wordt bekendgemaakt dat de spoedeisende hulp (SEH) in Vlissingen per 1 januari 2015 sluit.

Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) zoekt 35 miljoen voor een nieuw te realiseren ziekenhuislocatie in Middelburg.

## 1.6 Verantwoording

De Zeeuwse zorg is mij niet geheel nieuw. In 1996 gaf ik leiding aan de 'commissie van wijzen', die gevraagd was om advies over de ziekenhuissituatie in Zeeuws-Vlaanderen, in het bijzonder in relatie tot de locatie Oostburg. In 2001 gaf ik als onafhankelijk voorzitter leiding aan de Commissie 'Toekomstvisie curatieve zorg Zeeland'. In dat rapport werd gesproken over de noodzaak van een niet vrijblijvende -geïnstitutionaliseerde- samenwerking, bijvoorbeeld door oprichting van een gezamenlijke Stichting Samenwerkende Zeeuwse ziekenhuizen.

Ook daarna heeft het niet aan visies en rapporten ontbroken. Ik noem de rapportages van de Commissie van Wijzen van oktober 2004, het vervolgrapport van Prof. dr. P.A.M. Vierhout 'Zeeuwse zorg op locatie, een noodzakelijke vernieuwing' uit 2006, de visie 'Kiezen of verliezen' van de Provincie Zeeland van februari 2012 en het visiedocument 'Samenwerking Zeeuwse ziekenhuizen' van ZorgSaam en ADRZ van april 2012.

Na het uitbrengen van al die rapporten en visies lijken partijen -afgezien van de ziekenhuisfusie boven de Westerschelde- in het drukbezette Zeeuwse zorgveld slechts moeizaam in staat tot een effectief vervolg. Het ontbreekt aan een door het veld gedragen visie, zelfs het besef dat die er zou moeten zijn lijkt afwezig. Mogelijk is ook veel tijd verloren gegaan met gekibbel, vliegen afvangen, speldenprikken uitdelen. Allemaal contraproductief. Een 'therapeutische' exercitie loont de moeite om onderhuidse mechanismes bloot te leggen.

## 1.7 Met dank aan

De Provincie Zeeland dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen. Uitvoering van mijn opdracht zou niet mogelijk zijn geweest zonder de openhartige medewerking van de vele partijen in het Zeeuwse zorgveld. En mijn andere gesprekspartners binnen en buiten de provincie.

Hartelijk dank zeg ik aan de logistieke medewerking van de Provincie: de beschikbaarstelling van spreekruimte (Kamer Zierikzee!), de voortreffelijke voorziening van koffie, thee, fris en broodjes en voor de vermenigvuldiging van het verslag.

De verkenner heeft zijn opdracht niet alleen uitgevoerd. De medewerking van Johan Francke van de Provincie Zeeland was onontbeerlijk. Dat gezegd is dit verslag uitsluitend voor rekening van de verkenner.

Mijn opdracht heeft in korte tijd plaatsgevonden. Als verkenner hoop ik oprecht dat mijn verslag een bijdrage levert aan houdbaarheid van goede zorg in Zeeland en verbetering van de kwaliteit. Deze prachtige provincie verdient het!

# Hoofdstuk 2 Waarneming

## 2.0 Inleiding

Cure en care wordt weliswaar door verschillende systemen gefinancierd en bekostigd, maar zijn in de praktijk sterk verweven en op elkaar aangewezen. In die zin is het onderscheid achterhaald. Zo wint in de cure de chronische zorg (met een ouder wordende bevolking) voortdurend aan betekenis. Denk daarbij niet alleen of zozeer aan diabetes, hartfalen of COPD, maar ook aan oncologie.

In de care maken cliënten gebruik van de algemene zorg en van bijzondere voorzieningen, zoals een spreekuur van een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) in de eerste lijn.

## 2.1 Huisartsenzorg

De huisarts vervult als vanouds een spilfunctie in de zorg en dus ook in Zeeland. Eerstelijnszorg beweegt zich naar anderhalvelijns zorg. Acute zorg wordt nog altijd voor een belangrijk deel door huisartsen verzorgd. En de huisarts wordt steeds belangrijker in chronische zorg, waaronder bijvoorbeeld ook oncologie.

In Zeeland is de huisartsenzorg versnipperd. Ongeveer een derde van de huisartsen werkt in een solopraktijk; een groot deel van de huisartsen op het Zeeuwse platteland (naar schatting ongeveer 70) is apotheekhoudend. De Zeeuwse geografie met een groot aantal kleine(re) kernen brengt dit met zich mee. Andere zorgaanbieders voelen deze versnippering: er bestaan goede contacten, maar gedragen besluitvorming verloopt traag.

De gemiddelde leeftijd van de huisartsenpopulatie in Zeeland ligt tussen de 50 en 55 jaar. Noord- en Midden-Zeeland lukt het tot nu toe om in de praktijkopvolging te voorzien. In Zeeuws-Vlaanderen krijgen huisartsen in opleiding tijdelijk een bonus wanneer zij hun opleiding in een Zeeuws-Vlaamse praktijk volgen.

Zorggroepen en goed functionerende organisaties in de ketenzorg maken het werken voor huisartsen aantrekkelijker. Het bevordert ook de samenwerking tussen huisartsen.

De continuïteit van de huisartsenzorg lijkt voor dit moment geborgd. Er is ook niet gebleken van lang openstaande vacatures. De relatief hoge leeftijd van het Zeeuwse huisartsenbestand, het relatief hoge aantal solistische praktijken, het moeilijk kunnen vinden van opvolgers (ook als gevolg van het veelal ontbreken van een aantrekkelijke baan voor een partner) vereist veel aandacht. Dit is overigens geen specifiek Zeeuws probleem.

## 2.2 Zorggroepen

Zorggroepen zijn in het leven geroepen om de zorg voor patiënten met chronische ziektebeelden adequaat te organiseren. Op zich een prima voorbeeld van samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg. Het zwaartepunt ligt in de huisartsenpraktijk; de huisarts houdt ook de regie.

Zeeland is ruim bedeeld met zorggroepen, grote en kleine. Er zijn vraagtekens bij de kosten die dit grote aantal in termen van efficiency en overhead met zich meebrengt.

## 2.3 Huisartsenposten

De organisatie van avond, nacht- en weekenddiensten (ANW) is landelijk neergelegd bij huisartsenposten. In Noord- en Midden-Zeeland (behoudens Tholen) organiseert de Stichting Huisartsendienstenstructuur Zeeland de huisartsenzorg tijdens de ANW-uren vanuit drie huisartsenposten, Vlissingen, Goes en Zierikzee. Met ingang van 1 januari 2015 zijn alle huisartsen in dit werkgebied hierbij aangesloten.

In Zeeuws-Vlaanderen organiseert Nucleus zorg de twee huisartsenposten in Terneuzen en Oostburg.

In een relatief dunbevolkt gebied als Zeeland is de bemensing van huisartsenposten kwetsbaar. De dienstendruk per huisarts ligt ook (aanzienlijk) hoger dan het gemiddelde. In Schouwen-Duiveland werken huisartsen soms 14 uur aan een stuk om beschikbaar te zijn. In West Zeeuws-Vlaanderen houdt een kleine groep dokters de huisartsenpost in Oostburg in stand. Dit betekent wel dat elke huisarts op jaarbasis zo'n 700 diensturen genereert, ongeveer driemaal het Nederlands gemiddelde. Vanwege de specifieke geografie liggen de kosten van huisartsenposten in Zeeland naar verhouding hoog.

De huisartsenpost in Oostburg staat onder druk en het is zelfs de vraag of deze overeind blijft. In de nacht zijn er nauwelijks consulten (gemiddeld 0,5 consult per nacht). In de zomer is het drukker, vanwege toerisme. Als de huisarts visite rijdt, is er alleen een assistente aanwezig. Een alternatieve oplossing is een visite rijdende dokter in West-Zeeuws-Vlaanderen en in de zomermaanden de huisartsenpost open. Op de huisartsenpost Oostburg zou je in de zomermaanden een ziekenhuisarts neer moeten zetten met een gipsverbandmeester. Een samenhangend punt is dat ook voor de dienstapotheek in Oostburg gezocht moet worden naar een oplossing om deze in stand te houden. Zie hierna onder Farmacie.

Door de huisartsen wordt voorts aangegeven dat adequate diagnostische voorzieningen in de huisartsenpost op Walcheren van belang zijn. Dit geldt temeer

nu de SEH van het ziekenhuis in Vlissingen per 1 januari 2015 gesloten is. Gemeld is dat de huisartsen röntgen- en laboratoriumfaciliteiten ter beschikking gesteld krijgen van het ADRZ. Dit is van belang voor de fysieke binding van de huisartsenpost aan de eventueel nieuwe ziekenhuislocatie Walcheren.

## 2.4 Farmacie

Een goede geneesmiddelenvoorziening is van essentieel belang voor de gezondheidszorg. De dagvoorziening van de farmacie wordt verzorgd vanuit zo'n 20 apotheken en door een aantal apotheekhoudende huisartsen. Intramurale voorzieningen en apotheekhoudende huisartsen worden doorgaans bediend door Scheldezoom.

Met de apothekers is gesproken over de houdbaarheid van dienstapotheken, met als directe aanleiding de sluiting van de dienstapotheek in Oostburg. Dienstapotheken zijn toegesneden op een bevolkingsomvang van tenminste 80.000 inwoners. Loonkosten met 150% van de CAO, exploitatiekosten van het pand, een apotheker op afroep beschikbaar, en dat alles voor het verstrekken van slechts enkele recepten per nacht lijkt geen stand te houden.

Voortbestaan van de dienstapotheek wordt in een gebied als Zeeland steeds lastiger. Overigens niet alleen in Zeeland. Als alternatief is wel genoemd medicijnen met een mobiele service binnen anderhalf uur aan huis van de patiënt te verstrekken.

## 2.5 Ketenzorg

Boven de Westerschelde wordt de totstandkoming van de Stichting Ketenzorg Noord- en Midden-Zeeland als een aanwinst beschouwd. Ketenzorg beoogt middels samenwerking de zorg rond de patiënt tussen zorgaanbieders zo goed mogelijk af te stemmen, protocollair te regelen en te ondersteunen door werkprogramma's en het uitzetten van zorgpaden. Zorg rond patiënten die na een ziekenhuisopname elders moeten worden opgevangen, de 'achterdeur van het ziekenhuis'. Naadloze aansluiting van voor-, hoofd-, en nazorg is de kernopgave van de ketenzorg. Samenwerking is hier het sleutelbegrip en daarmee een voorbeeld van hoe samenwerking tot betere resultaten voor de patiënt leidt.

Bij de Stichting Ketenzorg Noord- en Midden-Zeeland is het netwerk CVA en palliatieve zorg ondergebracht en inmiddels ook het netwerk voor niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De Stichting heeft casemanagers in dienst voor dementie. Beoogd wordt vertrouwen in samenwerking te bevorderen, in de hoop dat iedereen zich daaraan houdt. *'De leur- en sleurfunctie is een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden van de Stichting*'.

Uit diverse gesprekken kwam naar voren dat deze Stichting onafhankelijkheid waarborgt en bijdraagt aan een groeiende samenwerking. *'Daar maken we stappen in'*, hoewel ook werd aangegeven dat wanneer het over inhoud gaat, de instellingsbelangen weer gelijk gevoeld worden. *'De concurrentiegedachte staat samenwerking in de weg'*. En: *'De vraag wie de regie moet voeren werkt doorgaans belemmerend op de totstandkoming van ketenprojecten'*.

Niettemin wordt verwacht dat de Stichting verder kan groeien.

In Zeeuws-Vlaanderen functioneert ZorgSaam in wezen als een brede Zeeuws-Vlaamse ketenorganisatie. In het verlengde ervan heeft lange tijd het Zeeuws-Vlaams Zorgoverleg (ZVZO) bestaan, met als basis onderlinge contacten tussen zorgaanbieders en -naar verluidt- bestuurlijke bevoegdheden. Het overleg heeft in die vorm geen stand kunnen houden; in plaats van het ZVZO is nu 'Het verband' ontstaan.

## 2.6 Anderhalvelijnszorg

Het begrip zegt wat het is: zorg tussen de eerste en tweede lijn. Ondersteuning van huisartsen met diagnostiek en behandeling vanuit de tweede lijn. Het project 'blauwe zorg Maastricht' is in dit verband diverse keren genoemd. Zorggroepen en ketenorganisaties zijn voorbeelden om zorg dichter bij de patiënt te brengen, effectiever te werken en kosten te besparen.

In veel gesprekken is gewezen op de kansen van, maar ook de noodzaak tot, veel meer samenwerking tussen ziekenhuis en eerste lijn. Deze begrippen vervagen; anderhalvelijns zorg is eigenlijk wel een mooie term om dit te duiden.

In een hechtere samenwerking met het ziekenhuis op het terrein van de keten- en anderhalvelijnszorg liggen kansen, zo kwam uit diverse gesprekken naar voren. Belemmeringen liggen in de financieringsstructuur, overigens een ingewikkeld vraagstuk.

In verschillende gesprekken is de oprichting van het 'Dokterscafé 1,5 lijn' genoemd, een spontaan voorbeeld van professionals die het zelf organiseren.

## 2.7 Geboortezorg

In Zeeland zijn eerstelijnsverloskundigen in grotere en kleinere maatschappen vooral boven de Westerschelde actief. Afhankelijk van de afstand tot het ziekenhuis en de keuze van betrokkene worden bevallingen soms nog in de thuissituatie begeleid.

In het eerstelijnsgeboortecentrum op de ziekenhuislocatie Vlissingen vinden verplaatste thuisbevallingen plaats. Op de ziekenhuislocatie Goes is de tweede-

lijns klinische verloskunde geconcentreerd. In deze regio bestaat er een Verloskundig Samenwerkingsverband met de gynaecologen en kinderartsen van het ADRZ en Dé Provinciale Kraamzorg.

Zeeuws-Vlaanderen beschikt eveneens over een Verloskundig Samenwerkingsverband. Bevallingen vinden vooral plaats in het geboortecentrum in Terneuzen. Vanuit West-Zeeuws-Vlaanderen wordt geboortezorg ook in België betrokken.

Tweedelijnsverloskundigen -verbonden aan ZorgSaam- houden periodiek spreekuur in de grotere huisartsenpraktijken in West Zeeuws-Vlaanderen of op de ziekenhuislocatie Oostburg. In 2014 vonden 78 bevallingen van buiten Zeeuws-Vlaanderen in Terneuzen plaats.

In Hulst is een eerstelijns verloskundige praktijk gevestigd.

Dé Provinciale Kraamzorg heeft in Zeeland een groot marktaandeel. Naast deelname van deze organisatie aan het Verloskundig Samenwerkingsverband in Noord- en Midden-Zeeland wordt eveneens geparticipeerd in het Verloskundig Samenwerkingsverband Zeeuws-Vlaanderen, Dirksland en West-Brabant. Verder is er nog een aantal andere kraamzorgaanbieders actief.

Discussiepunt vormt de toekomst van het eerstelijnsgeboortecentrum, zowel fysiek als financieel op Walcheren, alsmede een integraal tarief voor geboortezorg. Aanhaking van het consultatiebureau bij de zorgketen Geboortezorg lijkt voor de hand liggend, zo werd gesteld.

## 2.8 Ambulancezorg

In de zorgketen vormt de ambulancezorg een onmisbare schakel. In Noord- en Midden-Zeeland verzorgt RAV Witte Kruis de ambulancezorg. ZorgSaam voert de ambulancezorg uit in Zeeuws-Vlaanderen. Digitalisering van ritgegevens inclusief digitale vooraankondiging op de spoedeisende hulp alsook de introductie van de motorambulance zijn vernieuwingen die in de achterliggende jaren tot stand zijn gebracht. Directe aansturing en zeggenschap op de Meldkamer Ambulancezorg en omschakeling op het triagesysteem ProQua zijn eveneens gerealiseerd.

Vanuit de RAV beschouwt men de aanwezigheid van een Spoedeisende Hulpafdeling met level II in Goes als een belangrijke voorziening. Sommige ongeval slachtoffers die voorheen werden overgebracht naar academische centra kunnen nu in Goes worden opgevangen.

Kernpunt voor RAV Witte Kruis Zeeland is zo goed mogelijk in te zetten op het onderscheid tussen het spoedvervoer en het niet-spoedvervoer. Bij spoedeisende medische hulp zijn meerdere loketten ongewenst. De RAV is voorstander van een bundeling in het opvangen van deze telefoontjes in een Zeeuwse Zorgmeldkamer. De hulpvrager hoeft dan niet zelf te bepalen waar deze in de zorgketen binnenkomt en welke discipline -huisarts(enpost), ziekenhuis, thuiszorg, GGZ of ambulancezorg- moet worden benaderd.

## 2.9 Mobiele Medische teams

Bij ernstige incidenten is het Traumacentrum Zuidwest-Nederland onder aanvoering van het Erasmus Medisch Centrum (EMC) de eerstaangewezen partij. Op- of aanmerkingen over de samenwerking met en inzet van mobiele medische teams zijn niet vernomen.

## 2.10 Ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg of misschien beter gezegd tweedelijns medisch-specialistische zorg is in Zeeland een onderwerp dat al vele jaren de gemoederen bezighoudt.

In bijna alle gevoerde gesprekken zijn grote zorgen uitgesproken over de kwetsbaarheid van met name de ziekenhuiszorg in Zeeland. Zo werd aangegeven dat het al vijf over twaalf is of zelfs half één en dat zowel ADRZ als ZorgSaam het op termijn niet zullen halen. *‘Is er straks überhaupt nog wel een ziekenhuis?’*.

Vaak kwam naar voren dat men er niet in is geslaagd een intensief samenwerkingsverband tussen de ziekenhuisorganisaties onder en boven de Westerschelde tot stand te brengen. En dit wordt gezien als een gemiste kans, met grote gevolgen voor het behoud van adherentie en daarmee de kwaliteit van de Zeeuwse tweedelijns curatieve zorg. *‘De financiële problemen die je nu ziet ontstaan worden niet veroorzaakt door het feit dat er twee ziekenhuislocaties onder en boven de Schelde zijn, maar komen uit de organisaties zelf voort’*.

Zeeuws-Vlaanderen steunt van oudsher op (top)klinische voorzieningen in België en heeft een sterke band met UZ Gent. Gezien de geografie en de afstand tot Nederlandse topklinische, respectievelijk academische ziekenhuizen is dit niet onlogisch. Los daarvan lijken Nederlandse patiënten meer dan welkom in België; de zuigkracht van Belgisch-Vlaanderen moet niet worden onderschat.

Direct over de grens zijn meerdere ziekenhuizen beschikbaar voor de Nederlandse patiënt. Tijdens de verkenning werd duidelijk dat in Knokke in 2017 een nieuwe locatie van het ziekenhuis (Zeno) in gebruik wordt genomen, waarbij wordt gerekend op 2000-2500 patiënten uit Zeeland. *‘De Zeeuws-Vlaming kan*

*in Nederland niet beter worden bediend dan dat er nu aan mogelijkheden net over de grens in België zijn'.*

In West-Brabant zijn de ziekenhuizen in Bergen op Zoom en Roosendaal inmiddels gefuseerd tot Bravis. In Bergen op Zoom wordt de acute zorg geconcentreerd, inclusief ingebruikname van het nieuwe moeder- en kind centrum per 1 april 2015. Patiëntenstromen verplaatsen zich daardoor vanuit Oostelijk Zuid-Beveland mogelijk nog nadrukkelijker naar Bergen op Zoom. In dit verband is ook het uitblijven van een grondige bouwkundige verbetering van het geboortecentrum in Goes genoemd.

De fusie van de Stichting Oosterscheldeziekenhuizen en de Stichting Ziekenhuis Walcheren tot het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) heeft veel beroering gebracht, met name in Walcheren, het dichtstbevolkte deel van Zeeland. '*Deze is niet goed geland*'. Patiënten en andere zorgverleners lieten het ADRZ links liggen en zochten hun heil buiten Zeeland, in Zeeuws-Vlaanderen en bij nieuwe toetreders (ZBC's).

Ongeveer gelijktijdig met de aanvang van de verkenning kwamen financiële problemen van ZorgSaam aan het licht. *'Er werd in Zeeuws-Vlaanderen teveel gedacht in onderling regelen met het creatief vinden van oplossingen, maar we gaan steeds meer naar een normatief systeem'*. Bij het schrijven van dit verslag is onduidelijk hoe de toekomst van ZorgSaam eruit gaat zien. Gesprekspartners -met name in het Zeeuws-Vlaamse- uiten zich buitengewoon bezorgd. Met het bestuur, de Raad van Toezicht, de cliëntenraad van het ziekenhuis alsmede een vertegenwoordiging van de Zeeuws-Vlaamse gemeenten is uitvoerig gesproken.

Overigens lijkt de bevolking zich meer zorgen te maken over het verlies aan banen dan over het verlies aan zorg. *'Het verlies van werkgelegenheid weegt vermoedelijk in Zeeuws-Vlaanderen zwaarder dan het verlies aan zorg'*.

Uitgaande van de in Nederland gehanteerde 45 minutennorm voor de bereikbaarheid van geboorte- en acute ziekenhuiszorg dient in Zeeuws-Vlaanderen een klinische 24 uurs opvangmogelijkheid voor spoedeisende hulp gegarandeerd te zijn. Voor de minister is deze norm voor de bereikbaarheid van ziekenhuiszorg nog altijd hard. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht, deze is ook en met name van toepassing op de instandhouding van acute zorg.

Als het gaat om grensoverschrijdende zorg is de rol van zorgverzekeraars belangrijk. Zorgverzekeraar CZ maakt plafondafspraken met een aantal ziekenhuizen in Vlaanderen. Dit terughoudend beleid is bedoeld om (onnodige) uitstroom van Zeeuwse patiënten naar Vlaanderen te ontmoedigen en de zorg in Zeeland te houden. Een naturapolis vergoedt de kosten van behandeling bij deze Vlaamse ziekenhuizen. Een restitutiepolis vergoedt de kosten tot maximaal het Nederlands tarief.

## 2.11 Zelfstandige behandelcentra (ZBC's)

Landelijk zijn er in 2011 ongeveer 350 ZBC's actief; het aantal patiënten is tussen 2008 en 2011 bijna verdubbeld (CBS Gezondheid en zorg in cijfers 2014). ZBC's hebben het landelijk moeilijk, alleen grote ketens lijken te overleven, zo werd gezegd. In Zeeland lijken zij als paddenstoelen uit de grond te schieten. Bindmiddel of splijtzwam?

De in Zeeland werkzame ZBC's kennen een verschillende ontstaansgeschiedenis en werkvorm. Zo zijn er ZBC's die een nauwe verbinding met het ziekenhuis (ADRZ) hebben. Als voorbeeld dient ZeelandCare dat diverse specialismen aanbiedt.

In de achterliggende jaren zijn centra vanuit één specialisme ontstaan die een verbinding houden met het ziekenhuis. Het Cardiologisch Centrum Zeeland in Middelburg -opgezet vanuit Terneuzen- is daarvan een voorbeeld.

Ook zijn er centra ontstaan met uit het ziekenhuis vertrekkende specialisten, die als zodanig geen binding meer hebben met de Zeeuwse ziekenhuizen. Het Dermateam en de zich onlangs verzelfstandigde reumatologen zijn daarvan een voorbeeld.

Er zijn tenslotte ook centra die zich van buitenaf in Zeeland gevestigd hebben en evenmin een binding hebben met de Zeeuwse ziekenhuizen. Een voorbeeld is Stolmed oogkliniek, gevestigd te Goes.

Huisartsen hebben in het algemeen weinig met ZBC's, terwijl ZBC's alle belang hebben bij een naadloze samenwerking met huisartsen en ziekenhuizen. Het levert een gemengd beeld op.

ZorgSaam heeft eveneens ZBC's. Deze zijn op een of andere wijze verbonden aan deze organisatie. Zij werken niet direct concurrerend op het bestaande zorgaanbod, maar vormen veeleer een aanvulling daarop.

## 2.12 Gespecialiseerde medische voorzieningen in Zeeland

In Zeeland zijn met name twee bovenprovinciale categorale medische instellingen werkzaam, te weten het Zuidwest Radiotherapeutisch Instituut (ZRTI) en Revalidatiezorg Revant. Met hun kwaliteit en organisatie worden in Zeeland resultaten geboekt die anders niet bereikt zouden worden. Juist deze bijzondere voorzieningen brengen de kwetsbaarheid van de Zeeuwse zorginfrastructuur in beeld. Het tekent de onderlinge afhankelijkheid. Vallen de ziekenhuizen om dan dreigen ook het ZRTI en Revant als 'Zeeuwse' voorzieningen om te vallen.

## 2.13 Ondersteunende diensten

Daarnaast zijn er veelal van buiten de provincie komende organisaties die ondersteunende diensten aanbieden aan de zorggroepen op het gebied van röntgen- en laboratoriumdiagnostiek zoals de SHL. Deze organisatie beheert zo'n 300 prikposten en is ook doende met het inrichten van diagnostische centra. Zo werd begin november in Goes voor de zorggroep De Bevelanden in Goes een diagnostisch centrum geopend. Het ligt in de bedoeling dat er binnen korte tijd meerdere zullen volgen.

## 2.14 Regiomaatschappen

In nogal wat gesprekken wordt de vak- of regiomaatschap aangeduid als een mogelijkheid om in de provincie -en daarbuiten- schaarse medisch-specialistische expertise optimaal te benutten en de houdbaarheid ervan te borgen. Voorbeelden van vak- of regiomaatschappen zijn de plastische chirurgie, de oogheelkunde en recent de reumatologie, verdergaand als Reumazorg Zuid West Nederland.

Diverse partijen geven aan dat vak- of regiomaatschappen grote voordelen kunnen bieden, zeker ook in Zeeland. Sommigen zien een dergelijk verband ook als een mogelijkheid om de zorg voor de Zeeuwse patiënt te borgen. Bundeling van expertise, subspecialisatie, zorg dichter bij de patiënt brengen, inhoudelijke gedrevenheid en vakmanschap bieden kansen. Zo zijn spreekuurfuncties in de eerste lijn vanuit regiomaatschappen gemakkelijker te organiseren, simpelweg omdat er meer professionele capaciteit is.

## 2.15 GGZ

De GGZ in Zeeland is in principe overzichtelijk georganiseerd, met Emergis als grootste aanbieder. Emergis levert een volledig pakket aan GGZ. Op Zeeuwse schaal zijn de onderdelen daarvan klein van omvang en daarmee kwetsbaar. Als marktleider onderhoudt Emergis in het Zeeuwse GGZ-veld goede contacten met kleinere -zeer gemotiveerde- spelers, zoals De Zeeuwse Gronden, Eleos en Kiek.

Naast Emergis heeft het ADRZ in Walcheren een PAAZ met 4 vrijgevestigde psychiaters. In Zeeuws-Vlaanderen kampt het RGC (samenwerkingsverband Emergis-ZorgSaam) met een leegloop van psychiaters.

Emergis borgt de crisisdienst, een essentiële maatschappelijke functie. De betaalbaarheid ervan staat onder druk, mede vanwege de grote bezuinigingen die de GGZ treffen. Emergis geeft daarmee aan dat de minimum infrastructuur is

bereikt. Vanuit Zeeuws-Vlaanderen slaat De Zeeuwse Gronden met woonvoorzieningen haar vleugels uit naar overig Zeeland.

Alles is klein; vooral de behoefte aan een visie om de GGZ gezamenlijk te organiseren wordt binnen deze sector sterk gevoeld.

In Zeeuws-Vlaanderen zijn 2 FACT teams (Flexible Assertive Community Treatment) aanwezig, een vanuit Emergis en een vanuit De Zeeuwse Gronden. Aangegeven is dat beide organisaties aan een samenwerkingsovereenkomst werken om in de toekomst meer gezamenlijk te organiseren.

Het organiseren van dagbesteding vormt een apart aandachtspunt.

## 2.16 Verpleging, Verzorging, Thuiszorg

De VVT-sector in Zeeland kenmerkt zich door een rijk geschakeerd aanbod van groot- en kleinschalige voorzieningen, over de eilanden verspreid. Er zijn aanbieders die Zeeland-breed werken, aanbieders die alleen in drie Zeeuwse regio's werken en kleinere aanbieders die voornamelijk plaatselijk georiënteerd en/of identiteitsgebonden (maar landelijk georganiseerd) zijn. Ook in Zeeland heeft de transitie de volle aandacht. Wat de gevolgen daarvan zijn zal in de komende jaren zichtbaar worden.

Hoewel toekomstverwachtingen niet eenduidig zijn, tonen gesprekspartners zich in het algemeen positief en optimistisch. Over kleinschalig en grootschalig wisselen meningen. Zo stellen sommige instellingen dat -in weerwil van de transitie- kleinschalige voorzieningen goed te organiseren zijn, terwijl andere -kijkend naar de houdbaarheid- aangeven dat kleinschalige aanbieders het zelfstandig niet redden. Cruciale factor is het vastgoed; met het scheiden van wonen en zorg is de wooncomponent een onrendabele lijn geworden.

Kleinschaligheid is zeker in Zeeland belangrijk en laat zich in principe ook goed organiseren. Het vereist inventiviteit, ondernemingskracht en vooral boven of buiten het instellingsbelang uitstijgen. *'Het zou een aanwinst zijn wanneer mensen in gedeconcentreerde woonvormen in de dorpen in Zeeland hun eigen huisarts op het dorp zouden kunnen behouden.'*

Zoals in de GGZ wordt ook door deze sector aangegeven dat de 24-uurs beschikbaarheid voor de acute opvang geen functie is die rendabel te maken valt.

## 2.17 Gehandicaptenzorg

In Zeeland lijkt de zorg voor mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke handicap goed geborgd. Er is een divers aanbod van grotere en kleinere voorzieningen, eveneens deels identiteitsgebonden. De sector lijkt beter dan de VVT bestand te zijn tegen de veranderingen in de bekostiging van de langdurige zorg.

Tot op zekere hoogte is er wel samenwerkingsbereidheid. Zo zijn er initiatieven om ook boven de Westerschelde een spreekuurfunctie te organiseren voor een AVG in Goes. Deze voorziening zal ook een laagdrempelige functie bieden voor ouders met vragen over hun kind, zonder contact te hebben met 'het instituut'.

Vanwege wensen van zorgvragers en mogelijkheden om meer thuis te (blijven) wonen wordt het bieden van zorg aan specifieke doelgroepen (ademhalingsproblemen bij ziektebeelden als Duchenne en ALS) lastiger. Dit zou op schaalgrootte van de provincie of zelfs daarbuiten moeten worden geregeld, evenals bijvoorbeeld de zorg voor Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG). *'Wanneer daar samenwerking toelaatbaar is, kun je het geld veel doelmatiger besteden'.*

Samenwerking binnen de gehandicaptenzorg zou intensiever kunnen. *'Dit moet vooral vanuit de inhoud komen en niet financieel gestuurd zijn'*.

Toch is komende jaren binnen deze sector wel meer krachtenbundeling nodig, waarvoor schaalvergroting niet altijd wordt gezien als panacee voor het oplossen van knelpunten. *'De zorgaanbieders moeten veel meer naar een deelcultuur'*. Samenwerken zou iets in zich moeten houden van: *'als jij het kunt doen, behoef ik het niet meer te doen en koop ik het desnoods bij jou in. Dat is echter lastig omdat dát aan instellingsbelangen raakt'.*

Vanuit diverse kanten wordt aangegeven dat er op het gebied van vervoer nog kansen liggen. Dit zou ook vanuit de vervoerssector moeten worden opgepakt.

# Hoofdstuk 3 Kwetsbare zorg: een tussenstand

Gelet op de geografische omvang van de provincie en het relatief beperkt aantal inwoners kent Zeeland *een zorgveld met veel spelers en een versnipperd aanbod*. De Zeeuwse zorgmarkt lijkt mij verzadigd, wat overigens niet wil zeggen dat er geen noden zijn.

Veel spelers genereren evenzoveel bestuurlijke drukte. In een van de gesprekken werd aangegeven dat voor een overleg in het kader van de WMO *'zo'n 170 aanbieders zijn betrokken'*. Dit zegt iets over *organisatorische en bestuurlijke drukte* en daarmee ook kosten.

In veel gesprekken kwam naar voren dat *instellingsbelang het wint van algemeen (regionaal) zorgbelang*. Instellingsbelangen zijn volstrekt legitiem, maar moeten het afleggen tegen het ultieme belang waarvoor zij staan en dat is de zorg aan patiënten en cliënten.

Sommige partijen geven aan dat er *gebrek is aan een door het veld gedragen visie* in de zin van *'Zo gaan we het samen organiseren'*. Geopperd wordt dan het idee een toekomstplan te ontwikkelen voor de komende jaren, in het licht van de vraag hoe men in Zeeland de zorg op peil kan houden.

Bij een groot aantal partijen bestaan *zorgen over de houdbaarheid van de ziekenhuisinfrastructuur*. ZBC's boven de Westerschelde, de financieel zwakke positie van het ADRZ en de zorgelijke situatie waarin ZorgSaam inmiddels verkeert, leiden tot een weinig rooskleurig beeld waar het gaat om een stabiel 7 x 24 uurs Zeeuws ziekenhuisbestel. Gesprekspartners zijn verontwaardigd dat Zeeland er niet in slaagt om gezamenlijk de ziekenhuiszorg te organiseren door onderling samen te werken in plaats van te concurreren. Concurrentie werkt in Zeeland niet, zo is opgemerkt.

In het bijzonder is de *houdbaarheid van de 24uurs acute opvang op twee locaties* een regelmatig terugkerend aandachtspunt. Kan in de toekomst op twee plaatsen een volwaardige SEH met klinische opvangmogelijkheden voor basisspecialismen in stand blijven? Hier spelen kwaliteitsnormen, financiële overwegingen en logistieke aspecten. *Crisisopvang* wordt *in de care sector* weliswaar georganiseerd, maar is financieel niet dekkend te maken. Dit maakt deze functie onder de huidige financiële omstandigheden kwetsbaar.

De *marktwerking* wordt in Zeeland sterk gevoeld. Met de komst van ZBC's en de zuigkracht van Belgisch-Vlaanderen tekent zich *een jacht op adherentie* (marktaandeel) af: de strijd om de Zeeuwse patiënt. In een regio als Zeeland met een beperkte schaal heb je elkaar juist hard nodig om de voorzieningen op peil te

houden. Diverse partijen -ook in Zeeuws-Vlaanderen- typeren één Zeeuwse ziekenhuisorganisatie als de beste optie voor Zeeland.

Als er geen nieuwe (intensieve) samenwerkingsverbanden komen wordt *een verdere verschraling van de zorg voorzien*. Dat genereert de hartenkreet: we stonden erbij en we keken ernaar! *'En zo sukkelt alles verder'*. Op enig moment is een ondergrens bereikt. Het urgentiebesef en de aandrang om de bakens te verzetten wordt binnen de sector te weinig gevoeld. Zeeuws perspectief op lange termijn wint het niet van de korte termijn (instellings)belangen.

Meerdere malen is naar voren gebracht dat (veel) meer *geïnvesteerd zou moeten worden in preventie en ICT*. Gezonde voeding, voldoende beweging etcetera zijn elementen die helpen voorkomen dat later een beroep op de zorg noodzakelijk is. Als voorbeeld is GoedLeven in Zeeuws-Vlaanderen genoemd, zij het dat de uitvoering ervan kennelijk moeizaam verloopt. ICT wordt in de toekomst als middel beschouwd om zorg dichterbij te brengen. Zo kan ook de geografie worden *'getackeld'*.

Verschillende malen is ook het *belang benadrukt van een goede zorginfrastructuur voor het vestigingsklimaat van bedrijven en behoud van toerisme*. De samenwerking met het Zeeuwse bedrijfsleven biedt kansen. Zo is ook de verbinding met het onderwijs, kennisinstituten en toerisme genoemd.

# Hoofdstuk 4 Factoren die samenwerking in de weg staan en bevorderen

Kernpunt in de opdracht was het in kaart brengen van factoren die samenwerking in de weg staan en bevorderen. De top 10 van beiden.

## 4.1 Wat staat samenwerking in de weg?

1. Eilanddenken, een spanningsveld tussen boven en onder de Westerschelde; we redden het zelf.
2. Onvoldoende besef van onderlinge afhankelijkheid.
3. Veel zorgen, of te weinig draagvlak voor oplossingen, maar geen visie, aanpak en regie.
4. Gebrek aan zelfvertrouwen.
5. Samenwerking kost tijd, geld, energie en wordt onvoldoende gefaciliteerd.
6. Onvoldoende gezag, leiderschap en besluitvaardigheid.
7. Geen beslissingsmacht of doorzettingsmacht. Partijen lukt het niet. Regierol zorgverzekeraars te weinig zichtbaar en te weinig gevoeld.
8. Wetenschappelijke verbinding zwak.
9. Versnipperde huisartsenzorg.
10. Oud zeer: dottercentrum in Terneuzen, poli ZorgSaam in Middelburg.

## 4.2 Wat kan samenwerking bevorderen?

1. Een groot gevoel van urgentie, mede door de financiële omstandigheden: druk maakt vloeibaar. Aandacht voor continuïteit en kwaliteit van zorg.
2. Zeeuws denken en handelen.
3. Ondernemingsgeest; samenwerking zorg-onderwijs-kennisinstituten-bedrijfsleven-investeerders.
4. Technologie, waaronder met name ICT, en logistiek.
5. Vertrouwenwekkende keuzes maken.
6. Ongewenste middelpuntvliedende krachten tegengaan.
7. Deugdelijke financiering van (nieuwe) samenwerkingsconstructies.
8. Nieuwe generatie bestuurders.
9. Beperking bestuurlijke drukte.
10. Stimulerende rol van zorgverzekeraars, met name de marktleider.

Het grootste risico voor Zeeland: de Zeeuwse zorg is failliet; u stond erbij en keek ernaar. Zover komt het niet, maar de tijd voor grote stappen voorwaarts dringt. Laat in Zeeland achterstand zich omvormen tot voorsprong. De schaal van de provincie leent zich ervoor!

# Hoofdstuk 5 Beoordeling, aanbevelingen en hoe verder?

Aan de krappe vier maanden van mijn verkenningsopdracht heb ik een onrustig beeld overgehouden. Perspectief is de Zeeuwse burger die als patiënt of cliënt is aangewezen op een bereikbare en vertrouwde Zeeuwse zorg. Is er ruimte voor een Zeeuwse aanpak? Is er werkelijk zoiets als 'Zeeuws denken'? En wat is dit dan? Dit is als verkenner mijn hersenkraker. Ik ben terughoudend, niet onverkort positief, maar zie tegelijkertijd voldoende kansen. Het moet ook!
De transitie in de care, net begonnen, is als zodanig een feit. Ten opzichte van het landelijk beeld zie ik niet veel bijzonderheden. Verwacht wordt dat de WLZ gefinancierde langdurige zorg in de toekomst verder zal krimpen en zal verschuiven naar het sociale domein (WMO). Afhankelijk van de voorbereiding van partijen, met name zorgaanbieders, pakt de sanering ook in Zeeland warm of koud uit. In Zeeland misschien iets sterker vanwege de relatieve kleinschaligheid van voorzieningen, die ook valt terug te voeren op de uitgestrektheid van de provincie. Feit is dat ook Zeeland niet ontkomt aan afbouw van intramurale capaciteit.

Bestuurlijk en financieel is de care verkokerd georganiseerd in sectoren: VVT (verpleging, verzorging, thuiszorg), GHZ (gehandicaptenzorg), langdurige GGZ (geestelijke gezondheidszorg). Tussen de sectoren valt veel winst te boeken; ontschotting in de care biedt een veelbelovend perspectief. Een verstandelijke beperking kan gepaard gaan met psychiatrische klachten; zo kom je bij de GGZ. Op leeftijd kan een verstandelijke beperking samengaan met dementie; zo kom je bij de ouderenzorg. De zorg verbeteren door grenzen te slechten, naar bijzondere oplossingen te zoeken. Samenwerking in functies als dagbesteding en vervoer, het benutten van kostbare infrastructuur. Samenwerking met onderwijs, horeca en bedrijfsleven. Concentratie van bijzondere functies, zoals dementie bij verstandelijk gehandicapten, de LVG-zorg, NAH, Duchenne.

Twee min of meer los van elkaar werkzame, relatief kleine -en financieel zwakke- ziekenhuizen, de trek van de Zeeuws-Vlaamse patiënt naar België (net over de grens), de matige, maar verbeterende?!- reputatie van het ADRZ, het beeld van vertrekkende maatschappen, nieuwe aanbieders op de Zeeuwse zorgmarkt, het gebrek aan visie en urgentiegevoel, het domino-effect van wegvallende zorg die belangrijke voorzieningen ('Parels') als ZRTI en Revalidatiezorg Revant meesleept. '*Het onvermogen om een passend zorglandschap te organiseren*'.

De ziekenhuissituatie in Zeeland geeft het beeld van twee werelden, boven en onder de Westerschelde. Met Tholen als een klein voorbeeld van geen van beiden.

In de cure liggen de grootste uitdagingen. Breng de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt.

Christensen (medeauteur van The Innovator's Prescription) voorspelt dat het traditionele ziekenhuis een van zijn kernactiviteiten, de diagnostiek zal kwijtraken. Diagnostiek zal straks plaatsvinden bij mensen thuis doordat ze beschikken over handige sensoren en apps, of bij de huisarts die taken overneemt van de tweede lijn. Een andere belangrijke verandering zou zijn dat er nieuwe netwerken ontstaan voor de zorg aan chronische patiënten. Mensen leven steeds langer doordat behandeling van voorheen dodelijke ziektes succesvoller worden. Dat betekent dat er steeds meer oudere chronische patiënten bijkomen. Voor hun zorg verblijven zij niet in het ziekenhuis. Ze blijven thuis, omringd door een flexibele schil van zorgverleners en medische steunpunten in de buurt. (Zorgvisie december 2014).

De huisartsenzorg functioneert in principe goed. Maar er blijven kansen liggen, mede door versnippering in organisatie en uitvoering. Huisartsen lijken zich beter te gaan organiseren. Verdergaande krachtenbundeling in de vorm van groepspraktijkvorming in medische centra maakt het ruimtelijk gezien ook makkelijker de praktijkondersteuning te organiseren, maakt het beter mogelijk zich als huisarts te specialiseren en biedt ruimte voor consultatie van medisch specialisten in de huisartsenpraktijk. Spreekuurfuncties van huisartsen in kleine(re) kernen voor een of meerdere dagdelen in de week kunnen de zorg dan toch dicht bij huis houden. Een strakke organisatie van de Zeeuwse huisartsenzorg is ook belangrijk voor de aantrekkelijkheid van Zeeland voor (de werving van) nieuwe huisartsen.

Zorggroepen doen goed werk, maar er zijn er teveel en is dus versnipperd.

Zeeland heeft een unieke kans om hét keten- en eerste/anderhalvelijnscentrum van Nederland te worden. In organisatie, communicatie, ICT, faciliteiten (zoals diagnostiek), betrokkenheid van professionals en regie moet veel geïnvesteerd worden. In die omslag moet de bestuurlijke drukte aanzienlijk worden teruggebracht. Er zijn teveel partijen, met evenzovele -goedbedoelde- belangen, die het Zeeuwse zorgveld onnodig ingewikkeld maken. Hoewel geen specifiek Zeeuws verschijnsel, zeker ook in Zeeland belangrijk om aan te pakken.

Ziekenhuizen worden groter in geconcentreerde complexe zorg en kleiner in basiszorg. Dit betekent dat er naast de -blijvende- academische oriëntatie van Zorgsaam op UZ Gent enerzijds en van ADRZ op EMC anderzijds mogelijkheden zijn om door middel van samenwerking de acute- en tweedelijnszorg in Zeeland optimaal te organiseren.

Behoud van adherentie is van het grootste belang in een krimpende regio. *'Richt je nu zoveel mogelijk op de 95%, dan heb je al zo'n slag te pakken'*.

Een strakke fusie van de beide Zeeuwse ziekenhuizen biedt geen oplossing. Cultuurverschillen, verschillende oriëntaties, fysieke en financiële belemmeringen staan dit in de weg. *'Van fusie komt ruzie'*. Realisatie ervan levert waarschijnlijk veel bestuurlijke drukte en achterhoedegevechten op en vraagt te grote en zware

(financiële) inspanningen van beide organisaties. Het leidt af van de werkelijke uitdagingen waarvoor de Zeeuwse ziekenhuiszorg staat. Ik vind dus dat in die optie geen energie moet worden gestoken. Er komt met een fusie ook niet zomaar een nieuw ziekenhuis in Zeeland. Wie financiert dit? De tijd van 'grote' ziekenhuizen is voorbij. Over 10 à 15 jaar zijn er geen ziekenhuizen meer zoals nu in Goes en Terneuzen. 'Meerwaarde ontstaat niet door fusie, maar door integratie' (Skipr 9 januari 2015).

Schep een virtueel ziekenhuis vanuit inhoud. Mogelijk kan een coöperatiemodel daarbij helpen, naar onder meer Twents voorbeeld, waarbij zelfstandigheid van de deelnemende partijen behouden blijft.

Wat hierbij doorslaggevend kan werken is het creëren van ziekenhuis- en eilandoverstijgende maatschappen die (letterlijk) over en weer de tweedelijns medisch-specialistische zorg in Zeeland verlenen. Regiomaatschappen bewijzen dat samenwerking op regionaal niveau wel degelijk mogelijk is en wel van 'onderop'. Hoewel landelijk niet toegejuicht (Regeerakkoord 2012), kunnen zij in Zeeland in duurzame, innovatieve en houdbare zorg het verschil maken. Rits de kansen tot samenwerking van onderop: via de professionals. Zij doen het werk. Al het andere is belangrijk, maar faciliterend.

Zo'n aanpak vergroot de kans op opleidingsplaatsen en dit is niet onbelangrijk!

ZBC's kunnen dit patroon aanvullen met snelle patiëntvriendelijke zorg. ZBC's brengen de zorg in principe dichter bij de patiënt, organiseren marktdruk die kan leiden tot betere dienstverlening en meer doelmatigheid. Zij moeten zich onderdeel willen voelen van een groter (Zeeuws) belang. Voorkomen moet worden dat zij de krenten uit de pap halen; het ziekenhuis 'leegeten'.

Onttrekking van 'winstgevende' productie aan het ziekenhuis waarmee eveneens de 'standby' van de acute zorg voor een belangrijk deel wordt gefinancierd is een zorg. Dit laatste lijkt mij overigens een kwestie van (inrichting van de) bekostiging en daarmee -hoe complex ook- in beginsel oplosbaar. De wil wijst de weg.

Marktwerking en concurrentie zijn in Zeeland (en ook daarbuiten) besmeurde begrippen. Deels terecht, deels onterecht. Concurrentie is goed om scherp te houden, niet om de infrastructuur te verzwakken. Zie ZBC's en particuliere investeerders niet als bedreiging, maar als kans. Mits alle partijen hun rol goed weten te spelen.

De wonderolie samenwerking smaakt goed, maar ik zie te weinig oplossingen. In het tweeluik samenwerking-concurrentie is het zaak de juiste balans te vinden, op een manier die het belang van de Zeeuwse patiënt optimaal dient.

Vormen van samenwerking die beogen de markt te verdelen kunnen op problemen stuiten bij de ACM/NZa. Belangrijk is dat beide toezichtsorganen zich realiseren dat de regels in Zeeland misschien anders moeten worden toegepast dan in bijvoorbeeld de Randstad. In een kleine provincie als Zeeland kunnen de kartelregels tot een verlies van voorzieningen leiden. Beter een kartel dan niets.

Aanbevelingen:
1. Huisartsenzorg krachtiger organiseren.
2. Anderhalvelijnszorg maximaal opzetten.
3. Ketenzorg sterk stimuleren en de organisatie ervan krachtig ondersteunen.
4. Totstandkoming regiomaatschappen bevorderen. Breng zodoende een virtueel ziekenhuis tot stand, eventueel gefaciliteerd door een coöperatiemodel.
5. ZBC's een volwaardige plek geven; zij moeten zich hun verantwoordelijkheid voor houdbare Zeeuwse zorg aantrekken.
6. Zeeuwse Zorgmeldkamer inrichten.
7. Care sector anders inrichten: doelgroepen en functies delen. Leemtes in dagbesteding voorkomen en bestrijden.
8. Bestuurlijke drukte terugbrengen.
9. Zorgverzekeraars en zorgkantoor nemen een zichtbare en leidende rol.
10. De verbinding zoeken, niet de verwijdering. Letterlijk en figuurlijk. Zeeland moet binden.

En hoe verder?
Er zijn geen pasklare oplossingen: Zeeland moet zelf de Zeeuwse zorg regelen. Dat kan een verkenner niet. En de klok tikt.

Van VWS, NZa, ACM valt weinig te verwachten. Wel van ondernemingszin, het met elkaar regelen en organiseren. Ook met serieuze particuliere ondernemers (binnen en buiten de zorg) alsmede investeerders.

Zeeland wordt bestuurd door 13 gemeenten en de Provincie. Op deze bestuursorganen rust vanuit ieders rol en betrokkenheid een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid.

Zorgverzekeraars hebben wettelijk zorgplicht, voeren via deze plicht de regie en verdelen de financiële middelen. Zij hebben een belangrijke -mogelijk doorslaggevende- rol als het gaat om de houdbaarheid van de Zeeuwse zorg. Dit geldt in het bijzonder voor de marktleider.

Wie ook deze rol op zich neemt: eenvoudig is het niet. Alle partijen moeten zich schikken in mogelijk oncomfortabele oplossingen om te voorkomen dat essentiele zorgvoorzieningen wegvallen.

Er is veel gesproken over het gebrek aan visie. Er zijn visies. Breng ze bij elkaar en maak er één van, eventueel per domein. Kijk per sector wat aan de hand van bevolkingsprognoses de eerste tien tot twintig jaar nodig is. Houd rekening met ontwikkelingen die steeds zichtbaarder worden: concentratie, strakkere eisen aan zorginkoop, minder financiële middelen met verder krimpende intramurale capaciteit, haalbaarheid en betaalbaarheid, ict en -niet in de laatste plaats- zelfbewustere en zelfzoekende patiënten en cliënten.

Een strakke vorm van procesregie en elkaar bij de les houden is vereist. Bij het ontbreken ervan lukt het niet en val je snel terug op bestaande gedragspatronen. Voer de druk op spelers maximaal op om hieraan mee te werken. Van die spelers wordt verwacht over hun schaduw heen te stappen en mee te werken aan (Zeeuwse) oplossingen. Deze hebben de potentie uniek in Nederland te zijn.

Samenwerken bewerken en versterken.

Grenzen slechten.

BIJLAGE 1

SGR-62
14008761
Ingediend op 5 juni 2014

Initiatiefvoorstel met betrekking tot het aanstellen van een ‘Verkenner samenwerking Zeeuwse zorg’
**Initiatiefvoorstel van de leden Annebeth Evertz, Joan van Burg, Ger van Unen en Jack Werkman**

De ondergetekenden stellen het volgende voor:

**Samenvatting**
Het initiatiefvoorstel heeft tot doel te komen tot het aanstellen van een Verkenner samenwerking Zeeuwse zorg, die de belemmerende factoren onderzoekt en in beeld brengt welke samenwerking in de Zeeuwse zorg in de weg staan. Bovendien dienen zo mogelijk ook samenwerkingsbevorderende factoren benoemd te worden, die zich richten op het behoud van een (curatieve) zorginfrastructuur die met inachtneming van de schaalgrootte van Zeeland ook in de toekomst blijft beantwoorden aan de eisen van kwaliteit, toegankelijkheid, bereikbaarheid en continuïteit.

**Probleemstelling**
In een dunbevolkte regio is samenwerking en ketenvorming tussen zorgaanbieders essentieel om de zorginfrastructuur in stand te houden. Indien een en ander zeker in het perspectief van de op handen zijnde schaalvergroting in de ziekenhuiszorg niet of onvoldoende tot stand komt dreigt het gevaar van uitholling. Deze uitholling treft primair niet alleen de patiënten- c.q. cliëntenzorg, maar eveneens de Zeeuwse werkgelegenheid. Bovendien heeft dit een onacceptabele achteruitgang van het woon- en leefklimaat tot gevolg. Noch de rijksoverheid, de zorgverzekeraar, of de provincie heeft de mogelijkheid om samenwerking tussen zorgaanbieders tot stand te brengen. Door de diffuse verantwoordelijkheidstoedeling ontbreekt het aan eenduidige sturingsmogelijkheden om het gezamenlijke Zeeuwse (patiënten)belang op termijn te borgen.

**Wat willen we bereiken?**
Het einddoel is een toekomstbestendige (curatieve) zorginfrastructuur voor Zeeland. Zorg in de nabijheid van de Zeeuwen vanuit de gedachte 'Centraal wat moet, decentraal wat kan; of anders gezegd: wat binnen de regio geboden kan worden op Zeeuws niveau organiseren, wat -gegeven de schaal- niet realistisch is, buiten Zeeland betrekken'. Nauwe samenwerking is daarvoor een essentiële voorwaarde. Te weinig en te langzaam komt deze nu tot stand. Met respectering van wettelijke bevoegdheden en verantwoordelijkheden dient gezocht te worden naar een modus waarbij samenwerking intensiever tot ontwikkeling komt, bij voorkeur met instemming van belanghebbende partijen.

**Wat gaan we daarvoor doen?**
Hoewel de Zeeuwse (curatieve) zorginfrastructuur geen kerntaak van de provincie is, wordt er een Verkenner aangesteld, die nagaat welke belemmerende factoren de samenwerking binnen de Zeeuwse zorg in de weg staan. Daarbij benoemt de Verkenner welke samenwerkingsbevorderende factoren zich richten op het behoud van een (curatieve) zorginfrastructuur. De Verkenner houdt hierbij rekening met de schaalgrootte van Zeeland, de eisen van kwaliteit, de toegankelijkheid, bereikbaarheid en de continuïteit. De Verkenner gaat met name uit van het zorgsegment dat ressorteert onder het (basis)pakket van de Zorgverzekeringswet en de langdurige (intramurale) zorg (thans nog AWBZ).
Draagvlak voor samenwerking is belangrijk. De Verkenner rapporteert op welke wijze hij de samenwerkingspartners betrokken houdt bij de uitvoering van dit traject.

**Waaraan kunnen wij zien of dat bereikt is?**
Vóór 1 december 2014 legt de Verkenner samenwerking Zeeuwse zorg een schriftelijke verantwoording over aan Provinciale Staten van de door hem / haar ondernomen activiteiten en de problematiek die zichtbaar wordt, voorzien van eventuele oplossingsrichtingen.

**Wat mag het kosten?**
Naar verwachting is voor deze verkenningsronde een maximumbedrag van ca. € 75.000,--, excl. BTW, doch incl. reis- en verblijfkosten nodig. Na het overleggen van de verantwoording zal worden bezien of en zo ja op welke wijze hieraan een vervolg gegeven zal worden.
Wij stellen u voor te besluiten overeenkomstig bijgevoegd ontwerpbesluit.

Annebeth Evertz namens de fractie van de PvdA
Joan van Burg namens de fractie van de SGP
Ger van Unen namens de fractie van de SP
Jack Werkman namens de fractie van de VVD

ONTWERP-BESLUIT:

Provinciale Staten van Zeeland;

Gelezen het initiatiefvoorstel van de leden Evertz, Van Burg, Van Unen, Werkman d.d. juni 2014, nr. …

Besluiten:

1. Het initiatief te nemen voor het aanstellen van een Verkenner samenwerking Zeeuwse zorg, die:
   a. nagaat welke belemmerende factoren noodzakelijke samenwerking in de Zeeuwse zorg in de weg staan, en
   b. zo mogelijk ook samenwerkingsbevorderende factoren benoemt, die zich richten op het behoud van een (curatieve) zorginfrastructuur die met inachtneming van de schaalgrootte van Zeeland ook in de toekomst blijft beantwoorden aan de eisen van kwaliteit, toegankelijkheid, bereikbaarheid en continuïteit.
   c. adviseert op welke wijze de verschillende samenwerkingspartners betrokken kunnen worden bij de uitvoering van dit traject.
2. De verwachting uit te spreken dat er vóór 1 december a.s. een schriftelijke verantwoording ligt, met bevindingen zoals bedoeld onder 1;
3. De kosten voor de aanstelling van deze Verkenner samenwerking Zeeuwse zorg te ramen op een maximumbedrag van € 75.000,-- excl. BTW, doch inclusief reis- en verblijfkosten en deze ten laste te brengen van het Statenbudget;
4. Na de ontvangen verantwoording als bedoeld onder 2. te beoordelen of hieraan een vervolg gegeven wordt;
5. Gedeputeerde Staten te belasten met de uitvoering van dit besluit.

En gaan over tot de orde van de dag.

# Bijlage 2

Plan van aanpak "Verkenner Samenwerking Zeeuwse zorg"

Inleiding:
Er zijn grote veranderingen op komst in de zorg. Naar verwachting zal de intramurale capaciteit afnemen o.m. wegens verkorting van ligduur in ziekenhuizen, concentratietendensen vanwege opschaling, toetreding nieuwe aanbieders en zorg die in de anderhalve lijn geboden wordt, terwijl dit in de care sector vanwege de extramuralisatie eveneens het geval is.
Dat betekent dat binnen het uitgestrekte Zeeland -met relatief weinig inwoners per km2 en een (sterk) vergrijzende bevolking, in het perspectief van krimpende middelen- een sterke zorginfrastructuur vereist is om deze veranderingen adequaat op te kunnen vangen.

De provincie ziet samenwerking tussen zorgaanbieders als het middel om instandhouding van zorgvoorzieningen te bevorderen. Niet alleen in de ziekenhuissector, maar ook voor intramurale voorzieningen, die nu nog ressorteren onder de AWBZ.

Door Provinciale Staten is een initiatiefvoorstel aangenomen waarin Gedeputeerde Staten opgedragen wordt een "Verkenner Samenwerking Zeeuwse zorg" aan te stellen met als opdracht na te gaan, welke redenen er zijn die samenwerking in de Zeeuwse zorg belemmeren en welke factoren onderlinge samenwerking zouden kunnen bevorderen, die de kwaliteit van zorg en instandhouding van voorzieningen ten goede komen.

Bovenstaande wordt bij uitwerking van dit plan van aanpak als vertrekpunt gehanteerd.

Doel:
Behoud en waar mogelijk versterking van de regionale zorginfrastructuur, die -afgezet tegen de financiële kaders- past binnen de huidige wet- en regelgeving en professionele kwaliteitseisen en -standaarden.

Als afgeleide factoren gelden daarbij:
- behoud van (hoogwaardige) werkgelegenheid;
- het voorkomen van negatieve gevolgen voor de leefbaarheid in de provincie als gevolg van het verdwijnen c.q. 'opdrogen' van voorzieningen.

Inhoud opdracht: In het besluit van Provinciale Staten wordt samenwerking als het middel gezien om zorgvoorzieningen* te behouden en te versterken. Het maken van een verkenning over de vraag hoe daar door het veld tegenaan gekeken wordt, welke relaties aangehaald kunnen worden en welke nieuwe impulsen voor krachtenbundeling mogelijk nadere uit-

werking verdienen. De factoren die samenwerking belemmeren zijn eveneens van belang, doch zijn van andere orde wanneer nieuwe initiatieven tot stand komen *(geen oude koeien uit de sloot halen en strijdbijlen begraven)*.

Definiëring taakopdracht:

- het inzichtelijk en (zo mogelijk beter) bespreekbaar maken van bestaande knelpunten;
- waar mogelijk en voor de hand liggend het intensiever gebruik maken van elkaars kwaliteiten, diensten en expertise;
- onderzoek doen naar verdergaande samenwerking in de verticale lijn en -waar mogelijk en haalbaar- ook in de horizontale lijn, eventueel uitmondend in netwerkvorming, met als gevolg een hoger zorgrendement door betere samenwerkingsafspraken;
- waar beletsels bestaan die onderlinge samenspraak/samenwerking in de weg staan, deze signaleren. Mogelijk gaat nog teveel gaat langs elkaar heen en staat er te veel op zich;
- Verbindingen verkennen op basis van vertrouwen;
- Het bouwen aan vertrouwen, creativiteit en verbinding, waar dat tot nu toe ontbreekt;
- Adviseren, bemiddelen, begeleiden en aanjagen van partijen om te komen tot het maken van afspraken, die tot nu toe blijven liggen, met als doel effectieve verbindingen te leggen in de samenwerking tussen zorgaanbieders;
- kansen die worden gesignaleerd, zullen eveneens worden gerapporteerd;
- Uitgaande van de bevindingen zo mogelijk aanbevelingen formuleren voor de opstelling van een strategische zorgagenda voor de komende jaren.

Omvang en begrenzing taakopdracht: zorgvoorzieningen die verstrekkingen aanbieden in het kader van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en de (intramurale) AWBZ voorzieningen, die in de toekomst vallen onder de ontwerp WLZ.

Voorgestelde aanpak/werkwijze:
Voeren gesprekken –al dan niet gecombineerd- met diverse partijen en direct betrokken stakeholders (zie bijgevoegd schema – Bijlage 1):

- *Cluster Medisch-specialistische zorg*: ziekenhuizen, ZBC's, categorale instellingen, kortdurende intramurale GGZ (< 1 jaar);
- *Cluster (acute/chronische) medische zorg*, incl. huisartsenzorg: kringbestuur LHV/besturen Happen, RAV, zorggroepen, SHL en apothekers;
- *Cluster geboortezorg*: betrokken partijen: eerstelijns verloskundigen (VSV); kraamzorg aanbieders, RAV, ziekenhuis;

- *Cluster chronisch langdurige intramurale zorg:* V en V-sector, GGZ intramuraal (langer dan 1 jaar), intramurale zorg voor mensen een beperking.

*Overige stakeholders:*
- CZ;
- Patiëntenorganisatie Klaverblad;

En mogelijk met partijen als ACM, VWS en Inspectie.

Van de gesprekken worden (korte) verslagen gemaakt en deze worden als concept toegezonden aan gesprekspartners, met het verzoek om daarop te reageren. Gespreksverslagen worden na aangebrachte correcties en aanvullingen als definitief aangemerkt en blijven eigendom van opdrachtnemer. Op deze wijze is een goede borging van vertrouwelijkheid verzekerd, terwijl dit bovendien een zekere mate van openheid van gesprekspartners mogelijk maakt.

<u>Doorlooptijd:</u>
September: presentatie plan van aanpak aan Statenleden en formele instemming door GS van Plan van Aanpak.
September-oktober-november: voeren van gesprekken met zorgaanbieders en overige stakeholders, waaronder Zorgverzekeraar CZ en Patiëntenorganisatie Klaverblad;
Oktober-november terugkoppeling naar Statenleden/Gedeputeerde Staten, hetzij mondeling, hetzij schriftelijk, afhankelijk van de opbrengsten uit de gespreksronde.
December 2014: streven is in december de verkenning op te leveren. Het tijdsbestek is beperkt, waarbij ook sprake is van afhankelijkheid van agenda's van gesprekspartners. Desgewenst kunnen de uitkomsten van de verkenningsronde worden afgerond met een plenaire bijeenkomst met partijen.

<u>Inhoud rapportage c.q. uitwerking onderdeel "Definiëring taakopdracht":</u>

- Rapporteren over de vraag of en zo ja op welke terreinen er uitgaande van win-win tussen partijen afspraken te maken zijn, zodat kansen kunnen worden benut;
- Rapporteren over de vraag waar knelpunten in de samenwerking in de zorg(keten) blijven liggen;
- Rapporteren van knelpunten die door verschillende partijen naar voren worden gebracht, maar waar de sleutel voor een oplossing ontbreekt;
- Rapporteren waarom, gelet op de waarnemingen van partijen bepaalde beslissingen noodzakelijk zijn;
- Zo mogelijk formuleren van aanbevelingen die -gehoord hebbend de partijen in het veld- naar boven komen en waar draagvlak voor bestaat;

- Op basis van die aanbevelingen opstellen van een strategische agenda van punten die in de toekomst de gezamenlijke aandacht zullen vragen.

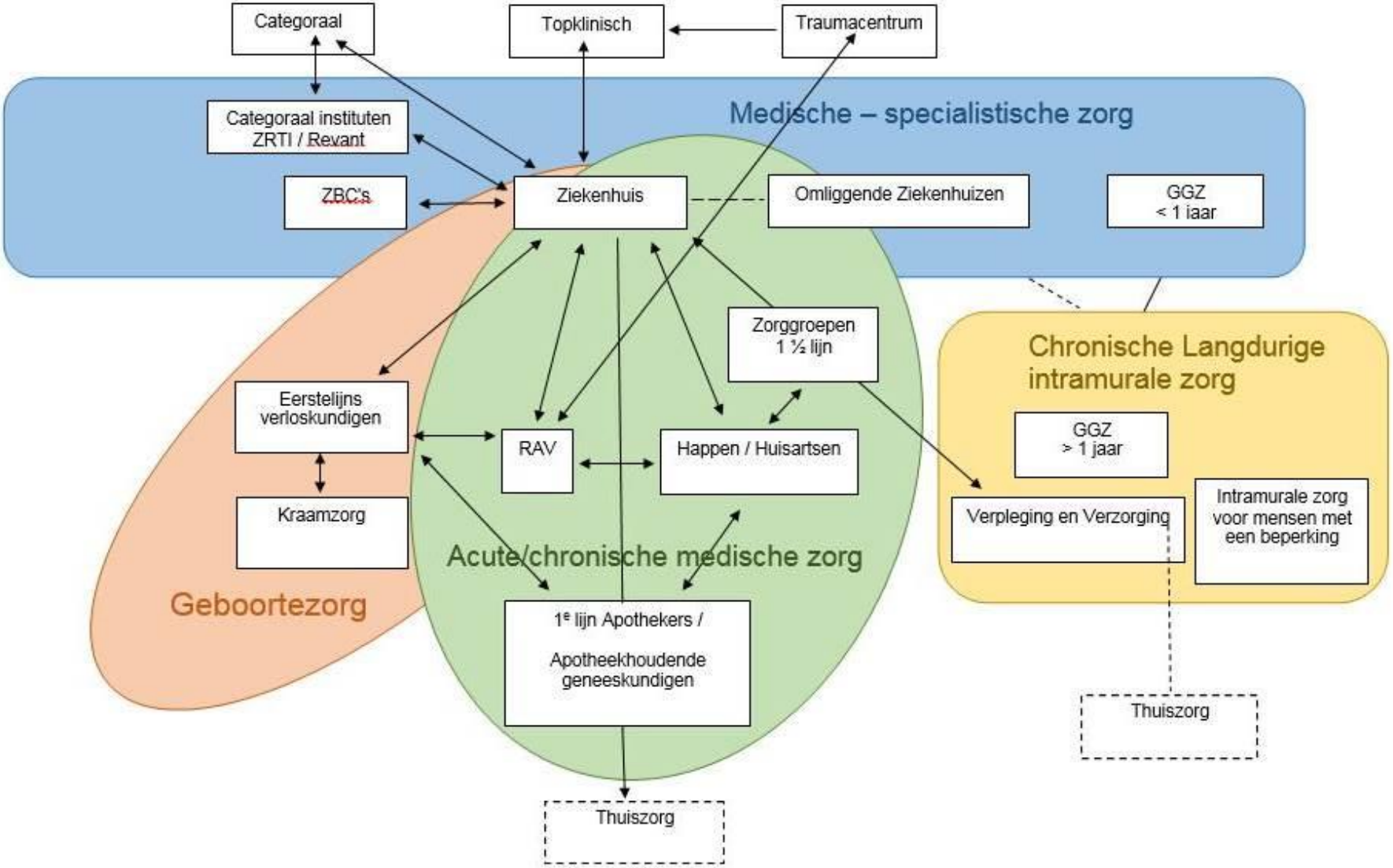
Randvoorwaarden invulling opdracht:

- Autonomie zorgaanbieders respecteren;
- Landelijke wet- en regelgeving en geldende professionele kwaliteitsstandaarden;
- Zaken die goed en efficiënt georganiseerd en toekomstbestendig zijn, worden als gegeven beschouwd en kunnen als voorbeeld strekken voor overige gebieden;
- Bestaande samenwerkingstrajecten worden niet doorkruist; en
- Last but not least, de medewerking van partijen om de uitvoering van de opdracht mogelijk te maken.

Hoofdvragen voor een mogelijk format voor de besprekingen:

Wat zou volgens de gesprekspartner nodig zijn om een toekomstbestendige zorginfrastructuur in Zeeland te organiseren en realiseren?
Welke samenwerkingsvormen zijn nodig en welke veranderingen zijn daarvoor vereist?
Welke factoren staan noodzakelijke samenwerking in de weg?
Zijn er kansen te benoemen die te benutten zijn bij intensievere samenwerking?
Hoe komen we daar?

*Waar in dit plan van aanpak over zorgvoorzieningen wordt gesproken, worden die voorzieningen bedoeld zoals die in het Besluit van Provinciale Staten zijn geduid.


Categoraal
Topklinisch
Traumacentrum
Medische – specialistische zorg
Categoraal instituten
ZRTI / Revant
ZBC's
Ziekenhuis
Omliggende Ziekenhuizen
GGZ
< 1 jaar
Zorggroepen
1 ½ lijn
Chronische Langdurige
intramurale zorg
Eerstelijns
verloskundigen
RAV
Happen / Huisartsen
GGZ
> 1 jaar
Kraamzorg
Verpleging en Verzorging
Intramurale zorg
voor mensen met
een beperking
Acute/chronische medische zorg
Geboortezorg
1e lijn Apothekers /
Apotheekhoudende
geneeskundigen
Thuiszorg
Thuiszorg

# Bijlage 3

| Datum/tijden/waar: | Organisatie: | Gesproken met: (s.s.t.t.) |
|---|---|---|
| | | |
| **Maandag 22-09** | | |
| 11.30 – 12.30 uur<br>*Standplaats Goes* | RAV Witte Kruis Ambulance-zorg Zeeland | De heren Wildschut en Meppelder |
| 13.30 – 15.00 uur<br>*Provinciehuis* | Klaverblad | De heer Van de Kreeke |
| 15.00 - 16.30 uur<br>*Provinciehuis* | SHZ | De heren Bordui en Munstermann |
| | | |
| **Dinsdag 23-09**<br>*Provinciehuis* | | |
| 8.30 – 10.00 uur | Zeelandcare | De heer Versluis |
| 10.00 – 11.30 uur | Zorggroep Ter Weel | Mevrouw Traas |
| 11.30 – 13.00 uur | Eleos | Mevrouw Weststrate |
| 14.15 - 15.15 uur | KIO | Mevrouw Korten |
| 15.30 – 17.00 uur | Reumazorg Zuidwest-Nederland | Mevrouw Veris en de heer Harbers |
| | | |
| **Woensdag 24-09**<br>*Provinciehuis* | | |
| 8.30 – 10.00 uur | Stichting Ketenzorg Midden en Noord Zeeland | Mevrouw Van Werkhoven |
| 10.00 – 11.30 uur | Cederhof Kapelle, Cleijenborg (N-Beveland) en Eilandzorg (Schouwen-Duiveland) | De heer De Jong, mevrouw Kalle-waard en de heer Pinxteren |
| 11.30 – 13.00 uur | SRVZ | Mevrouw Davits en mevrouw Bras |
| | | |
| 13.30 – 15.00 uur | Zorgstroom Walcheren | De heren De Boevere en Phernambucq |
| 15.00 – 16.30 uur | ZIB Investments Beheer BV | De heer Van Koeveringe |
| 17.00 – 18.00 uur | Provincie Zeeland | Woordvoerders zorg Provinciale Staten en Gedeputeerde zorg |
| | | |
| **Dinsdag 14-10**<br>*Provinciehuis* | | |
| 11.00 – 12.30 uur | Allévo | Mevrouw Dekker |
| | | |
| 15.00 – 16.30 uur | SHL | Mevrouw Van Ginkel en de heer Holthuis |

| | | |
|---|---|---|
| **Woensdag 15-10**<br>*Provinciehuis* | | |
| 9.00 – 10.00 uur | Schutse Zorg Tholen | De heer Kok |
| 10.00 – 11.30 uur | Revant | De heren Meijer en Corsius |
| 11.30 – 13.00 uur | Zorgverzekeraar CZ | De heren Pijnenburg, Rooijmans en De Potter |
| 13.30 – 15.00 uur | Kiek | Mevrouw Wisse |
| 15.00 – 16.30 uur | Kringbestuur Zeeland LHV | De heren Rutten, Bergen en Van der Valk |
| | | |
| **Donderdag 16-10**<br>*Provinciehuis* | | |
| 8.30 – 10.00 uur | Gors | De heer Hulstein |
| 11.30 – 13.00 uur | Emergis | De heren De Schipper en Mentjox |
| | | |
| 13.30 – 15.00 uur | Kring Verloskundigen Zeeland/Kraamzorg | Mevrouw Van Dierendonck, mevrouw Kliphuis en de heer Priem |
| 15.00 – 16.30 uur | Zorggroep De Bevelanden | Mevrouw Van der Sluis en de heer Posthumus |
| 17.00 – 18.00 uur<br>*HZ Vlissingen* | Hoge School Zeeland | De heer De Buck |
| | | |
| **Maandag 27-10**<br>*Provinciehuis* | | |
| 10.30 – 11.45 uur | Stichting Werk voor Ouderen | De heer De Graaf |
| 11.45 – 13.00 uur | Stichting Ouderenzorg Kanaalzone | De heer Van Gysel |
| 13.00 – 14.00 uur | Juvent | De heer Abbing |
| 14.30 – 16.00 uur<br>*Locatie Goes* | ADRZ | Raad van Bestuur: de heren Van Eck, Van Riel en Soethout (bestuurssecretaris) |
| 16.00 – 17.00 uur<br>*Locatie Goes* | ADRZ | Delegatie Bestuur Medische staf: de heren Visscher en Van den Hoek |
| | | |
| **Dinsdag 28 -10** | | |
| *Zeeuws-Vlaanderen*<br>*De Brouwzaele Terneuzen* | | |
| 8.30 – 10.00 uur | De Zeeuwse Gronden | De heer Van Blarikom |
| 10.00 – 11.30 uur | De Okkernoot | Mevrouw Van Rooijen |
| 11.30 – 13.00 uur | Curamus | De heren Van der Maas en Buijsse |
| 13.30 – 15.00 uur | Tragel Zorg | De heer Van den Bosch |
| | | |
| **Donderdag 6 -11**<br>*Provinciehuis* | | |
| 10.30 – 12.00 uur | Arduin | De heren Van Wijk en Van der Waal |
| 13.00 – 14.30 uur | Zuidwester | De heren Waardenburg en Van Westen |
| 15.00 – 16.30 uur | Zorggroep Schouwen-Duiveland | Mevrouw Leenhouts en mevrouw Oomen |
| 16.30 – 18.00 uur | ViaZorg | De heer Naafs |
| | | |
| **Vrijdag 7 – 11**<br>*Terneuzen Nucleus* | | |
| 9.30 – 11.00 uur | Nucleus | De heren Frequin, Samandar en Ephraïm |

| | | |
|---|---|---|
| 11.00 – 12.00 uur | Stichting MaeTri-X | Dhr. Jaspar |
| **Dinsdag 18 – 11**<br>*Den Haag* | | |
| 12.00 -13.30 uur | Autoriteit Consument en Markt | Mevrouw Slot en de heer Tacken |
| | | |
| **Woensdag 19-11**<br>*Provinciehuis* | | |
| 13.30 - 15.00 uur | Cardiologisch Centrum Zeeland | De heren Janssens en De Kok |
| 15.00 – 16.30 uur | Economische Impuls Zeeland | De heer Roos |
| | | |
| **Donderdag 20-11**<br>*Provinciehuis* | | |
| 10.00 – 11.00 uur | Cedrah | De heren Stoop en Lommers |
| 11.30 – 13.00 uur | Stolmed oogklinieken | De heer Frijters |
| | | |
| 17.00 – 18.00 uur | Provinciale Staten | Woordvoerders zorg |
| | | |
| **Vrijdag 21-11**<br>*Provinciehuis* | | |
| 9.00 – 10.00 uur | Walcherse Huisartsen Co-operatie (WHC) | De heer Van Russen Groen |
| 10.00 – 11.30 uur | ADRZ | Delegatie Raad van Toezicht: Mevrouw Van Montfrans (voorzitter) en de heer Bekkers en dhr. Van Eck (Voorzitter Raad van Bestuur). |
| 13.30 – 15.00 uur | Warmande | Mevrouw De Jong |
| 15.00 – 16.30 uur<br>*Dermateam Middelburg* | Dermateam | De heer Habets en de heer Van Gerwen |
| | | |
| **Maandag 01-12**<br>*Provinciehuis* | | |
| 11.00 – 12.15 uur | ZRTI | Mevrouw Snijders |
| 13.00 - 14.00 uur | Zorggroep Beter zorg | De heer Mookhram |
| 14.00 – 14.30 uur | Provincie | Bijpraten Gedeputeerde Zorg, de heer Van Heukelom |
| 15.00 – 15.30 uur | Traumacentrum Zuidwest-Nederland | Telefonische afspraak:<br>De heer Kuipers, voorzitter Raad van Bestuur Erasmus Medisch Centrum |
| 15.30 – 16.30 uur | Adviesbureau Rikken | De heren Rikken en De Brouwer |
| 16.30 - 17.30 uur | Gemeenten | Wethouder mevrouw Szarafinski (Middelburg), wethouder de heer Maas (Veere), wethouder de heer van der Reest (Goes) en de heer Witkam (College Zorg en Welzijn) |
| 17.30 – 18.30 uur | Provinciale Staten | Woordvoerders zorg (2e sessie) |
| | | |
| **Dinsdag 02-12**<br>*Provinciehuis* | | |
| 8.30 – ca. 9.30 uur | Eerstelijns Apothekers | Mevrouw Duerinckx, de heren Baltus en Van de Rijt |
| 10.45 – 11.30 uur<br>*ZorgSaam Terneuzen* | Juutsom | Mevrouw Oosterling |

| | | |
|---|---|---|
| 11.30 – 13.00 uur<br>*ZorgSaam Terneuzen* | ZorgSaam Zeeuws-Vlaanderen | Combigesprek met Raad van Bestuur: de heren Rutgers en Schelfhout; en de heer Breukelman (voorzitter Bestuur Medische Staf), mevrouw Vroege, secretaris Bestuur Medische Staf en mevrouw Lafort, Hoofd Communicatie |
| 15.00 - 16.00 uur<br>*CZ Tilburg* | Zorgkantoor Tilburg | De heer Vermeulen |
| 16.00 – 17.00 uur<br>*CZ Tilburg* | Zorgverzekeraar CZ | De heren Gijzen, Pijnenburg en Rooijmans |
| | | |
| **Donderdag 18-12**<br>*Provinciehuis* | | |
| | | |
| 15.30 – 16.30 uur | ADRZ | Delegatie Cliëntenraad: de heer Jansen (voorzitter), mevrouw Buizer (vicevoorzitter) en de heer Antonisse (secretaris) |
| | | |
| **Vrijdag 19-12** | | |
| 8.00 – 9.00 uur<br>*GGD Goes* | Gemeenten Z-Vlaanderen | De heren Mulder (burgemeester Hulst), wethouder Lieftink (Terneuzen) en wethouder De Bruijn (Sluis) |
| 9.30 – 10.30 uur<br>*ZorgSaam Terneuzen* | ZorgSaam | Raad van Toezicht: De heer Huijsmans (voorzitter), de heer Schouten (vicevoorzitter), de heer Colardyn, mevrouw De Cocq en mevrouw Meijer |
| 10.30 – 11.30 uur<br>*ZorgSaam Terneuzen* | ZorgSaam | Delegatie Cliëntenraad: De heren Westerbeek (voorzitter) en Walraven (secretaris) |
| | | |
| **7 januari 2015** | | |
| 15.00 – 16.00 uur<br>*Den Haag* | VWS | De heer Van den Dungen, mevrouw Mosterdijk en de heer Wiggers |

# BIJLAGE 4

***Format voor gesprekken "Verkenner Samenwerking Zeeuwse Zorg" 2e helft 2014***

***Naam organisatie:***

***Gesproken met:***

***Datum:***

| |
|---|
| **1. Wat is nodig om een toekomstbestendige zorginfrastructuur in Zeeland te organiseren en realiseren?** |
| **2. Welke samenwerkingsvormen zijn nodig en welke veranderingen zijn daarvoor vereist?** |
| **3. Welke factoren staan noodzakelijke samenwerking in de weg?** |
| **4. Zijn er kansen te benoemen die te benutten zijn bij intensievere samenwerking?** |
| **5. Hoe komen we daar?** |
| **6. Overig** |

Foto omslag: E. Heijdens