

Hoogeveen, 1 juni 2017

Na de Tamboer “Bij Trommelslag”

Voor behoud van een volwaardig ziekenhuis Bethesda

*“Zullende de respective Burgers en “Schutters”...
tot het compareren op derzelver geprefigeerde tyd
door **Trommelslag** behoorlyk worden gewaerschouwd,”*

Rapport

Denktank ziekenhuis
Bethesda

Inhoud

1	Verantwoording	3
2	De zorgen van de Hoogeveense samenleving verwoord	3
3	Wat we willen <i>Een volwaardig ziekenhuis</i>	4
4	Wat we zien, waarnamen en verzamelden <i>Over vertrouwen, bereikbaarheid, reisopties, vervoer, reiskosten en bezoektijden</i>	5
5	Adherentie	7
6	Good governance	9
7	Spoedeisende Hulp = SEH	10
8	Intensive Care = IC	11
9	Geriatricie	14
10	Oogartsen en Oogheelkunde	16
11	Werkgelegenheid	17
12	Denkrichtingen	17
13	De positie van Treant	18
14	Tot slot	20
15	Bijlagen <i>Brief Huisartsen 2014 aan RvB (ZLM), Medische Staf en gemeenteraden over teloorgang van de IC en de reactie van de Intensivisten in groen.</i> <i>Peter Lubbinge grondlegger van de IC in Bethesda</i>	21

1 Verantwoording

De *Dentank* is niet in de positie van beleidsmaker of beslisser. Voor wat betreft de verzamelde (achtergrond)informatie hebben wij niet meer dan publieke bronnen en dat wat ons verteld is. Bij de informatie uit mondelinge bronnen waren wij ons ervan bewust dat “geruchten” een eigen inkleuring van de waarheid in zich hebben. Het vertrouwen in de oprechtheid van onze contacten is voor ons een afwegingskader geweest om de informatie al dan niet te betrekken bij het opstellen van dit *denkwerk*. Het ware gewenst geweest, dat wij interne informatie van Treant hadden kunnen krijgen en die mee hadden kunnen wegen in ons denkwerk en in de daaruit voortkomende aanbevelingen. Wij hebben begrepen dat een deel van de door ons gewenste informatie als bedrijfsgevoelig wordt aangemerkt.

Wellicht komt het in een later stadium tot een open uitwisseling van informatie en wordt de *Denktank* dan ook door Treant beschouwd als een gesprekspartner vanuit de bevolking en namens de Hoogeveense samenleving.

Ons *denkwerk* beoogt om met het in kaart brengen van zorgen en twijfels, elementen die het vertrouwen ondermijnen, veronderstellingen, constatering, wensen en aanbevelingen bij te dragen aan het nemen van juiste beslissingen: *die leiden tot volwaardige ziekenhuisvoorzieningen en ziekenhuiszorg in Hoogeveen en in de regio.*

2 De zorgen verwoord

Waar maken we ons in Hoogeveen zorgen over ?

Gevoed door ervaringen realiseren de inwoners van deze regio c.q. de patiënten van Bethesda dat hun eigen vertrouwde ziekenhuis schijnbaar tot het verleden behoort en dat na de fusie de ziekenhuiszorg vooral wordt gestuurd vanuit Emmen.

De vrees bestaat dat onder de vlag van Treant het voormalige ziekenhuis Bethesda uitgekleeft wordt en afbrokkelt tot een dagziekenhuis.

Die zorg wordt gevoed door het in december 2016 in de openbaarheid gekomen “voorstel locatieprofilering Treant”. Ondanks het massale protest in De Tamboer op 13/2 dat daarna uitbrak, hebben de RvB en de RvT weinig actie ondernomen om de genoemde vrees weg te nemen. Daarbij voegt zich nog bijvoorbeeld het vertrek van de oogheelkundige zorg uit Bethesda en het overplaatsen van meerdere diensten van Hoogeveen naar Emmen.

3 Wat we willen

Wij willen in Hoogeveen een volwaardig ziekenhuis.

Dat is door de gemeentebesturen van Hoogeveen en De Wolden met zoveel woorden verwoord en dat blijkt gezien de massale bijeenkomst in De Tamboer op 13 februari 2017 de wens van de Hoogeveense samenleving.

Daarmee komt onmiddellijk de vraag aan de orde: wat moet worden verstaan onder een volwaardig ziekenhuis in een rurale regio?

Onze formulering luidt:

In een volwaardig ziekenhuis kun je erop vertrouwen dat je daar onder alle omstandigheden ten allen tijde (natuurlijk ook buiten kantooruren) veilig geboren wordt, in een onverhoopt levensbedreigende situatie in veilige handen bent en als het uur daar is, kunt overlijden met maximale zorg aan het bed, in de nabijheid van je geliefden, naasten en familie.

Ook in de dun bevolkte Drentse regio zal in ieder geval in een groter bevolkingscentrum als Hoogeveen

- een polikliniek voor alle specialismen aanwezig moeten zijn,
- de spoedeisende hulp 24/7 gegarandeerd moet zijn,
- de niet complexe ingrepen plaats moeten kunnen vinden
- waar operaties, waarvoor volume-eisen gesteld zijn, naar rato worden verdeeld of gecompenseerd,
- waar een Basis-IC zoals omschreven in de huidige nieuwe richtlijn aanwezig is.

Met daarbij de kanttekening dat een ziekenhuis dat zijn kleine specialismen verwaarloost, gedoemd is te verdwijnen.

Een volwaardig ziekenhuis is voorts als een spin in het web in de samenwerking tussen de 1e - en 2e-lijnsgezondheidszorg en ook schakel via de 1e-lijn naar de “care”-instellingen.

Opmerkingen:

Wij willen denken **vanuit de patiënt** en zijn/haar directe omgeving. Voor het perspectief van iemand die ziek is, zijn er geen breuklijnen of schotten tussen eerstelijnsgezondheidszorg, ziekenhuis en verpleeghuis. Het bureaucratische, financiële en technische onderscheid is kunstmatig, de overgang van de ene plaats van behandeling naar de andere, de overdracht van de ene verzorger naar de ander: zij vormen voor een patiënt drempels in de behandeling en de zorg. Juist daar ontstaan ook gemakkelijk schakelfouten en “valpartijen”.

Voor de naasten is het van belang dat die mee kunnen wanneer dat nodig is, zodat je bij hem of haar kunt zijn - wanneer dat nodig en gewenst is.

Naarmate er sprake is van meervoudige ofwel complexe aandoeningen (bij voorbeeld bij ouderen en met name bij geriatrische patiënten) spelen onderlinge afstemming tussen behandelaars en afstanden en bereikbaarheid van de voorzieningen een toenemend prominente rol.

4 Wat wij zien, waarnamen en verzamelden

4.1 Vertrouwen

Wij hebben het volste vertrouwen in de inzet en kwaliteit van zorg van de medewerkers in Bethesda. Wij zien ook wel in, dat in deze tijd voor complexe zorg concentratie noodzakelijk is.

Wij constateren een gebrek aan vertrouwen in Treant en in de weg die Treant heeft gekozen om de ziekenhuiszorg in de regio Stadskanaal, Emmen en Hoogeveen te organiseren.

Wij *denken* dat daarin onder andere het volgende meespeelt.

- Bij de fusie is er in de regio Hoogeveen vanuit gegaan dat er sprake zou blijven van een gelijkwaardig voorzieningenniveau op beide locaties waarbij de “arts de patiënt” volgt en niet “de patiënt naar de arts komt”. Die perceptie blijkt niet juist te zijn. Want Emmen ontwikkelt zich als hoofdvestiging. De centrale diensten zijn daar inmiddels gevestigd en de tot nu toe bekend geworden plannen zijn aanbod-gestuurd in plaats van vraag-gestuurd.
- Bij de omschrijving van een vacature op de website van Treant wordt Emmen in de spotlights gezet. Waarbij de conclusie voor de hand ligt dat Hoogeveen en Stadskanaal worden gezien als ondergeschikte buitenposten. De bekend geworden locatieprofilering is opgesteld door zorgmanagers en Stafbestuur en zou waarschijnlijk door de Raad van Bestuur geaccepteerd zijn, als het stuk geen onderwerp van publieke discussie was geworden. Het feit dat bij de opstelling van die locatieprofilering geen alternatieven in ogenschouw zijn genomen of zijn uitgewerkt, versterkt de indruk dat de concentratie van de activiteiten in Emmen een beklonken zaak is en dat van eerlijke verdeling van de zorg geen sprake is.
- Het woord downsizen is in Hoogeveen gezien als kenmerkend in het document en wordt niet anders uitgelegd dan de letterlijke vertaling van afslanken. De reactie op de brief van de huisartsen van 22 april 2014 (zie de bijlage), de locatieprofilering eind 2016, de bijdrage tijdens de bijeenkomst in de Tamboer op 13 februari 2017 en de beantwoording van de vragen van de gemeenteraad en de bij de Denktank bekende reacties tijdens de eerste dialoog-bijeenkomsten geven alle een eenduidig signaal aan de samenleving die neerkomt op: wij doen het zoals we van plan wáren en dát gaan we nóg eens uitleggen.
- Het grote aantal wisselingen in het bestuur, de trage invulling van de twee ontstane vacatures in de RvB, een Raad van Toezicht op grote afstand, de lage ranking van Treant, het geïntensiverde toezicht van de IGZ op het ziekenhuis tot minimaal juni 2017 en vertrek van personeel, geven voeding aan de veronderstelling dat er sprake is van een organisatie die *out of control* is.

Terecht constateert het bestuur van Treant dat het van vitaal belang is dat er gewerkt moet worden aan herstel van vertrouwen.

4.2 Bereikbaarheid

In een groot en dunbevolkt verzorgingsgebied is de bereikbaarheid van de gezondheidsvoorzieningen een belangrijk thema. Dat speelt temeer in gebieden met een relatief oude bevolking.

Eén van de klachten c.q. zorgen is dat bij het bezoek aan het ziekenhuis voor consultatie of voor een bezoek aan een opgenomen patiënt, de verbinding met het ziekenhuis in Emmen en het ziekenhuis in Stadskanaal vanuit de regio Hoogeveen een hinderlijk probleem wordt gevonden. In Hoogeveen wordt dat met name als zodanig ervaren omdat er immers meerdere alternatieven zijn, die beter bereikbaar zijn. Bijvoorbeeld in Assen, in Meppel en in Zwolle.

De kosten en reisproblemen vanuit Hoogeveen naar de ziekenhuizen in Emmen of Stadskanaal zijn uitgezocht. Dat levert het onderstaande bevindingen op.

Het gaat daarbij om:

- patiënten die heen en weer moeten reizen voor een poliklinisch consult.
- partners / familieleden / kennissen die bij opname van een patiënt in Emmen of Stadskanaal op bezoek willen gaan.

4.3 Reisopties

Vervoer

Een aantal reisopties is opgesomd en beschreven, zowel voor polikliniek bezoek als voor bezoekers van opgenomen patiënten van en naar Scheperziekenhuis in Emmen òf van en naar Refaja ziekenhuis in Stadskanaal.

Zeer onlangs reed één van ons per auto naar Stadskanaal via de kortste route (Westerbork-Borger) in 50 minuten. Opmerking: in 50 minuten rijdt men van Hoogeveen per auto via de A28 naar een prima ziekenhuis in Harderwijk - en passant - langs de ziekenhuizen te Meppel en in Zwolle.

Diegenen die over een **auto** beschikken moeten heen en terug tesamen, *per bezoek* rekenen op:

Scheperziekenhuis Emmen: reistijd v.v. totaal 1¼ uur en kosten ± € 14,00

Refaja ziekenhuis Stadskanaal: reistijd v.v. totaal 1½ uur en kosten ± € 23,00

Diegenen die **per OV** moeten reizen moeten rekenen *per bezoek*, heen en terug samen, aan:

Scheperziekenhuis Emmen: reistijd v.v. totaal meestal 2-2¼ uur (soms ook 3 à 4 uur) en kosten ± € 15,00 afhankelijk van de route soms € 20,00 tot € 30,00

Refaja ziekenhuis Stadskanaal: reistijd v.v. totaal 3-4 uur en kosten ± € 25,00 à 30,00

Bezoektijden

Aangezien in Emmen voor verschillende afdelingen c.q. verdiepingen verschillende bezoektijden bestaan zijn er voor diegene, die per OV wil of moet reizen, een veelheid aan reisroutes die verschillen afhankelijk van de tijd waarop men wil of moet vertrekken. Dit maakt het voor betrokkenen uitermate lastig om een reisplan te maken.

Reizen met het OV naar één van beide ziekenhuizen is op dit moment eveneens **volstrekt beroerd**, ook nog omdat er afhankelijk van vertrekmoment of reisdag andere reisroutes afgelegd moeten worden. Daarbij moet men daarbij één tot driemaal overstappen. Soms moet een deel van de route zelfs per belbus afgelegd worden. Die belbus moet dan één uur van tevoren worden aangevraagd, ja inderdád gebeld worden.

Wie met het OV gaat reizen, moet tevoren uitzoeken, welke reis naar Emmen of Stadskanaal wordt gekozen gezien het tijdstip waarop iemand in het gindse ziekenhuis moet zijn. Bijvoorbeeld met behulp van de "OV Reisplanner". Het plannen van de terugreis zal niet mogelijk zijn bij polikliniek bezoek, omdat men niet tevoren kan weten hoe laat die terugreis kan beginnen. De reisroute heen en terug kan via internet uitgezocht worden, maar dat is voor een bejaarde misschien een onmogelijke opgave. Wat als iemand ouder is of patiënt of wat minder mobiel en met een rollator loopt en die moet tot driemaal toe overstappen, dan beseft ieder dat een grens wordt overschreden.

Dan wordt men afhankelijk van een kennis, een buurman of een familielid met een auto. Of anders wordt het een dure taxi.

De *Denktank* constateert dat tot aan de bijeenkomst in De Tamboer nauwelijks nagedacht lijkt te zijn over deze problematiek. Die kan niet worden opgelost door een losse suggestie dan maar een busje in te zetten met een cohort vrijwilligers achter het stuur. Alleen al de gespreide reistijden etaleren hoe lastig dit op te lossen is. Treant heeft evenmin als de gemeente veel invloed op de inzet van openbaar vervoer. Tenzij Treant daarvoor budget beschikbaar stelt.

In Emmen zijn een aantal verschillende bezoektijden in gebruik. Het zou voor diegenen die op het OV zijn aangewezen op zijn minst handig zijn om die **bezoektijden** zoveel mogelijk te **uniformeren** en **aan te passen** aan de meest eenvoudige OV reisoptie (met hooguit 1x overstappen) tussen Emmen en Hoogeveen.

Oordeel Denktank

Zowel de **reistijd** als de **reiskosten**, die immers niet vergoed worden, vormen een ernstige belemmering. Helemaal als het gaat om oudere patiënten of familieleden van opgenomen patiënten. Maar net zo goed voor patiënten, die over een auto beschikken en voor een polibezoek tenminste 2 uur onderwég zijn voor een soms eenvoudig consult.

Conclusies

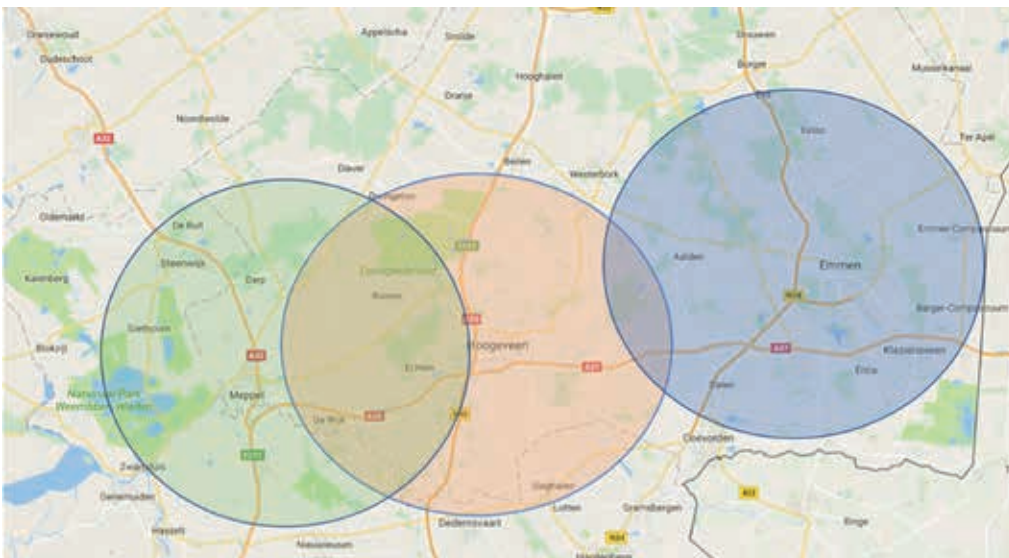
Door het ontbreken van adequaat (openbaar) vervoer en de bestaande grote afstand, is met name voor de oudere inwoners van de regio Hoogeveen de verbinding met het Scheperziekenhuis en nog sterkere mate met het Refaja Ziekenhuis een probleem. Uiteraard geldt dat ook vice versa vanuit Emmen en Stadskanaal voor een bezoek aan Bethesda.

Het uniformeren van bezoektijden en het aanpassen aan OV-tijden zou enigszins soulaas kunnen bieden.

5 Adherentie/verzorgingsgebieden

Er is gekeken naar de verzorgingsgebieden in Zuid-Drenthe. Op onderstaande kaart zijn de reistijd per auto aangegeven vanaf het centrum van Meppel, Hoogeveen en Emmen. De rand van de cirkel wordt in 20 minuten bereikt.

Het is duidelijk dat het verzorgingsgebied van Meppel en Hoogeveen elkaar voor een belangrijk deel overlappen, terwijl het verzorgingsgebied van Emmen meer perifeer gelegen is.



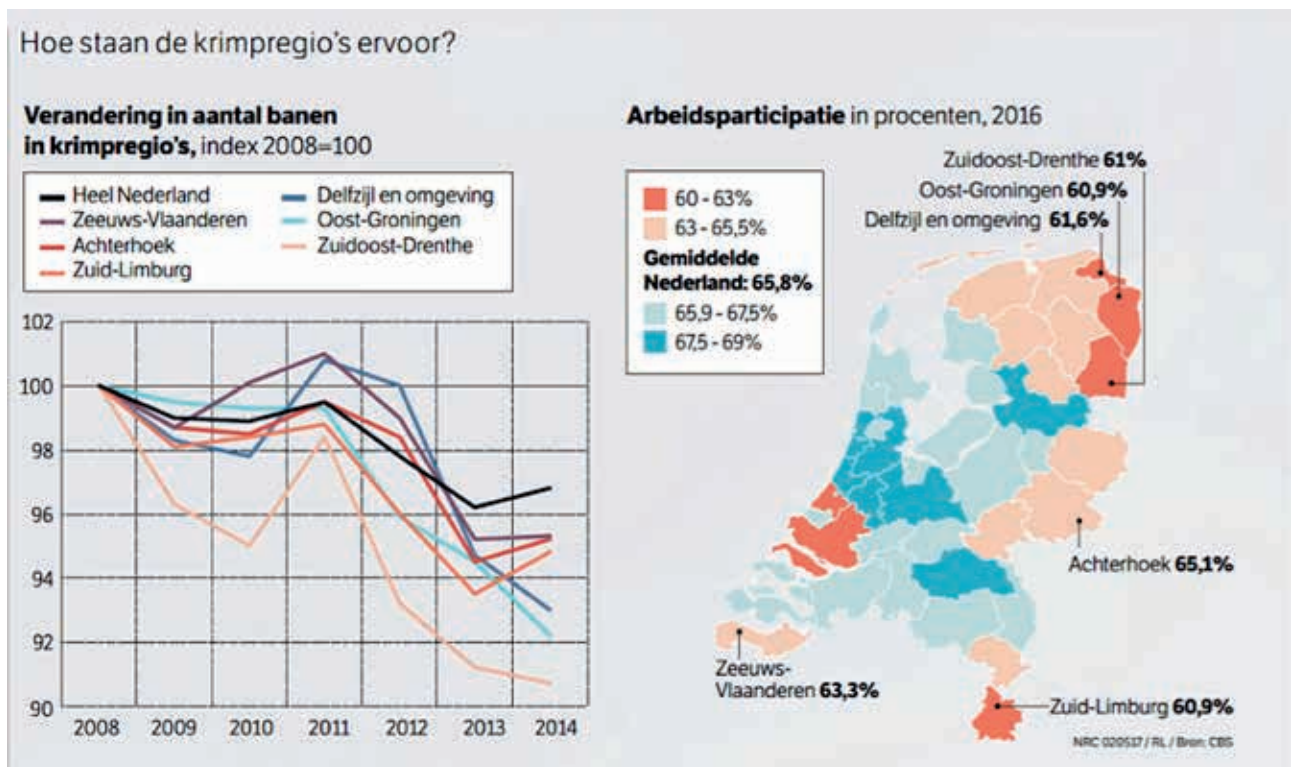
Verzorgingsgebieden Zuid Drenthe, reistijd vanaf centrum < 20 min.

Daarbij moet in ogenschouw worden genomen dat de “trek” van en naar een plaats niet los gezien kan worden van historische ontwikkelingen. Voor de Zuid-Drentse regio ligt er een min of meer natuurlijke grens op de lijn van Zweeloo naar Coevorden. Oostelijk daarvan trekt men traditioneel voor wat betreft winkels, scholen en voorzieningen op Emmen en het gedeelte ten westen daarvan gaat liever naar Hoogeveen.

Ons ontbreekt actueel demografisch onderzoek maar op basis van ervaringen durven wij de stelling aan, dat in dit gebied de beweging van Oost naar West aanzienlijk sterker is dan andersom.

De bevolkingskrimp die in het oostelijk deel sterker is dan in het westelijk deel en het feit dat het in het oostelijk deel van het land moeilijker is om personeel te werven dan in regio's die meer naar het westen liggen, ondersteunen in ieder geval deze stelling.

Ter illustratie van de ontwikkelingen een recent overzicht ten aanzien van het aantal banen en de arbeidsparticipatie. Bron: NRC Handelsblad van 2 mei 2017 pagina E7.



Door de ligging aan de landsgrens heeft Emmen per definitie geen achterland.

In de *Denktank* werd dat als volgt verwoord: een natuurlijke trek naar Emmen verwachten is als veronderstellen dat water omhoog zal stromen.

De natuurlijke grens tussen Emmen en Hoogeveen, de overlap in verzorgingsgebieden aan de westzijde en de aanwezigheid van drie topziekenhuizen in Zwolle en Groningen brengen voor Treant het gevaar met zich mee dat het verzorgingsgebied aan de westzijde steeds meer afbrokkelt en uiteindelijk het bestaansrecht van het Scheperziekenhuis kan aantasten.

Dit strookt met de uitkomst van een peiling op internet via Uitzichtpunt Bethesda. Van de ruim 4000 respondenten op de vraag waarheen men zou willen, bij *doorverwijzing vanuit Bethesda*, kiest slechts 6% voor Emmen en 4% voor Stadskanaal. De peiling startte januari 2017.

Wij denken dat het gevaar voor Treant temeer reëel is, zodra aan de noordzijde van het Treantgebied het nieuwe Ommelandse ziekenhuis in Scheemda per 2018 voor inwoners van Stadskanaal een aantrekkelijk alternatief wordt.

6 Good governance

Het hebben van een goede werkzame bestuurlijke structuur is voorwaarde voor een bedrijf om de vastgelegde missie met visie te kunnen realiseren.

Voor complexe organisaties, zoals Treant, is dat des te meer van toepassing. De zorgorganisatie schept randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden¹.

Op grond van onze waarnemingen, veelvuldige wisselingen van bestuurders, het trage verloop van het aanpassen van de organisatie als gevolg van de fusie en de wijze waarop dat ettelijke jaren na ondertekening van de fusiestukken gebeurt, geeft reden tot het zetten van vraagtekens bij de huidige governance structuur van Treant.

Hoewel Treant een missie wil tonen en een visie wil uitdragen, waarin de inwoners centraal staan, leert de praktijk ons integendeel - dat de bewoners zich dienen aan te passen aan de Treant organisatie.

Bij de Denktank leeft de overtuiging dat de RvB sterk onder invloed staat van wat de Medische Staf wenselijk acht, waardoor in veel situaties wordt voorbijgegaan aan de goede invulling van de missie/visie waarvoor de RvB eindverantwoordelijk is.

De Denktank is van mening dat een goede wisselwerking tussen de medisch specialisten voorwaardelijk is, doch vindt ook dat de belangen van de inwoners/patiënten prioriteit moeten hebben. Dit is echter onvoldoende geborgd in de huidige governance structuur. Het aanpassen van deze situatie heeft een sterke voorkeur van de Denktank, bijvoorbeeld door het belang van de specialisten te onderstrepen door middel van een zetel (zonder last of ruggespraak) in de RvB. De governance wordt daardoor transparanter en de RvB komt veel beter in zijn kracht te staan.

De *Denktank* constateert dat ook elders de overheersende invloed van medisch specialisten op het beleid, níet in het belang is van patiënten en bijdraagt aan falend toezicht.

Conclusie

De governancestructuur van Treant dient te worden aangepast door het belang van de eindverantwoordelijkheid van de Raad van Bestuur te versterken, door het organiseren van goed Toezicht en door de juiste positionering van Medisch Specialisten in de organisatie aan te houden.

¹ Governancecode Zorg (punt 3). 2017

7 Spoedeisende hulp

In de notulen van de kernstafvergadering van Bethesda van 5 november 2012 is ten aanzien van de inzet van SEH-artsen het volgende aangegeven:

“Met de RVB is overeenstemming bereikt over het aantrekken van 4 extra SEH-artsen, die zowel in Scheper als Bethesda worden ingezet. Getracht wordt om de pool nog uit te breiden. Om te voorkomen dat het ene ziekenhuis een groter beroep zou doen op de inzet van SEH-artsen dan het andere ziekenhuis, zal een pool worden ingesteld met één aansturingpunt en een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de invulling. (...) Vanuit de staf wordt een dringende oproep gedaan om goed vast te leggen, dat er ook daadwerkelijk een evenredige verdeling komt tussen Hoogeveen en Emmen m.b.t. de inzet van de SEH-artsen.”

De verzekering dat de SEH-artsen eerlijk over de 3 locaties zouden worden verdeeld is ook nadien door een toenmalig lid van de directie/het bestuur bevestigd.

Ten aanzien van dit onderwerp legt de IGZ naar aanleiding van het jaargesprek in december 2015 met Treant het volgende vast:

“voor de drie locaties is 6 fte SEH-artsen beschikbaar. Zij zullen over de drie locaties gaan rouleren. De supervisie is per locatie geregeld”.

Wij constateren dat dit niet het geval is. Dat is o.a. aangegeven en bevestigd tijdens de bijeenkomst in De Tamboer op 13 februari 2017 door huisarts mevrouw J.Dijkema in haar toespraak. Daarover bestaat ook met Treant geen verschil van mening, want ook tijdens de dialoogbijeenkomsten wordt de beperkte inzet van SEH-artsen in Bethesda bevestigd.

De *Denktank* acht het van groot belang dat in ieder geval een volwaardige SEH-arts in Bethesda wordt ingezet, zodat de opname van acute patiënten kwalitatief wordt verbeterd. Deze arts kan ook de minder ervaren artsen coachen.

Conclusie SEH

Een volwaardig regionaal ziekenhuis dient 24/7 te beschikken over een adequate SEH, met gekwalificeerde *professionals*, waaronder tenminste een SEH-arts.

Door Treant is aangegeven dat er op dit moment (mei 2017) 4 à 5 dagen per week tijdens ‘kantooruren’ een SEH arts aanwezig is in Hoogeveen. Dat is niet adequaat.

Juist buiten ‘kantooruren’, en dus bij afwezigheid van diverse vakspecialisten, zou een SEH moeten beschikken over een SEH-arts.

8 Intensive Care

Treant presenteerde onlangs het nieuwe concept Acute Zorg Afdelingen (AZA) van ziekenhuislocaties Refaja en Bethesda. Deze term is vrijwel onbekend² buiten Treant en komt dan ook niet voor in de tekst van de huidige IC-richtlijn, evenmin als in een eerder afgewezen concept.

Onder deze nieuwe naam wordt in Hoogeveen en in Stadskanaal toekomstbestendige acute zorg verleend die op een gewone verpleegafdeling niet voorhanden is. Op de AZA is continue bewaking van hart, bewustzijn, bloedsomloop en ademhaling mogelijk, schrijft Treant.

De AZA is ontwikkeld om binnen nieuwe richtlijnen de acute zorg zo in te richten dat deze beschikbaar blijft voor alle ziekenhuislocaties van Treant. De nieuwe richtlijn en kwaliteitseisen voor de inrichting van een Intensive Care, de zogeheten IC-richtlijn, zou namelijk voorschrijven dat kleinere ziekenhuizen hun intensieve zorg anders moeten organiseren. Wij betwijfelen de juistheid van deze uitleg. Voor een basis-IC gelden in de nieuwe richtlijn namelijk géén volumennormen! Wat op basis van de bij ons bekende informatie wel nodig is? Dat Emmen met zijn Kern-IC een netwerk zou hebben gevormd met de Basis-IC's van Hoogeveen en Stadskanaal! Dat kan zoals de IC van Assen gelieerd is aan het Martini Ziekenhuis en de IC's van Meppel en Hardenberg verbonden zijn met het Isala.

Treant heeft er voor gekozen om de drie intensivisten die door Bethesda zelf waren gerekruteerd, te positioneren in Emmen en de acute zorg in Hoogeveen te organiseren onder de naam van een AZA. De cover up heet downsizen³, het motief is centralisatie en het doel is bezuiniging.

Zoals ook tijdens de bijeenkomst van 13 februari 2017 door Treant is aangegeven, is de IC in Bethesda al meer dan een jaar geleden gesloten. Dat heeft tot gevolg, dat het ziekenhuis een daarop aangepast Zorgbeleidsplan had moeten opstellen, aangezien er vérstrekkende gevolgen zijn voor praktisch alle afdelingen. Van de zijde van Treant is onlangs bevestigd dat dit zorgbeleidsplan nog niet gereed is en nog met andere ziekenhuizen in de regio moet worden besproken.

De *Denktank* wijst op de recente ontwikkelingen bij het Gelre ziekenhuis te Zutphen toen toen in het Gelre ziekenhuis te Zutphen de IC werd afgeschaald naar een High Care afdeling. Dat betekende impliciet dat er beperkingen zouden zijn voor bijvoorbeeld het verzorgen van de klinische verloskunde. Dat heeft geleid tot handhavend optreden door de IGZ en het reincarneren van de IC. De IGZ heeft daarover op de eigen website gepubliceerd.⁴

De *Denktank* vraagt zich af op grond waarvan de IGZ zou concluderen dat het ontbreken van een goedgekeurd zorgbeleidsplan na het beëindigen van de IC-faciliteiten in het Zutphense ziekenhuis wel tot zodanige onveilige situaties zou kunnen leiden dat handhavend optreden geboden is en waarom dit anders zou moeten liggen in de Hoogeveense situatie.

² Naar verluidt bestond voordien alleen in Zwijndrecht een AZA. Zwijndrecht heeft een nederzetting van het Albert Schweitzer Ziekenhuis van Dordrecht. De primeur was een pilotproject in 2013 en betrof een combinatie van SEH en IC/CCU, maar dan voor low care patiënten. Overdag was er een SEH-arts, daarbuiten hield een Arts Acute Zorg de wacht. <https://www.asz.nl/professionals/nieuws/2013/5/16096>

³ Term gebruikt in het "Voorstel locatieprofilering Treant" (december 2016). Van Dale: downsizen is afslanken ter verhoging van de winst.

⁴ IGZ aan de Gelre Ziekenhuizen d.d. 11 april 2017. Onderwerp V 1014891. Aanwijzing ex artikel 27 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen Zorg.

Voor de Hoogeveense politiek lijkt het voor de hand te liggen om in de lijn van de handelwijze van hun Zutphense collega's op dat punt van zowel Treant, de verzekeraar als de IGZ tekst en uitleg te vragen.

In het door Treant gepresenteerde concept voor een AZA komen de patiënten op de Acute Zorg Afdeling terecht vanaf één van de verpleegafdelingen in het ziekenhuis of als zij met spoed moet worden opgenomen. Ook na een geplande of een spoedoperatie kan hier de eventuele nazorg plaatsvinden. Op de AZA verblijven patiënten van diverse hoofdbehandelaars, cardiologen, internisten, neurologen, chirurgen en longartsen.

De intensivist is hier opvallend verdwenen hetgeen kennelijk kenmerkend is voor een Acute Zorg Afdeling. Het gevolg daarvan, of eigenlijk meer de oorzaak is, dat de 9 intensivisten allemaal in het Scheperziekenhuis zijn ondergebracht.

Zonder intensivist geen IC. Voor een Basis-IC is, zo blijkt uit de richtlijn, overdag de aanwezigheid van een intensivist vereist. Tijdens de ANW-uren kan een IC-arts of een andere specialist zorg dragen.

Het optreden van de IGZ in Zutphen doet de vraag rijzen, welke gevolgen er zijn voor Bethesda als ziekenhuis in Hoogeveen. Naar de mening van de Denktank is er met het ontbreken van een adequate IC-voorziening geen sprake meer van een volwaardig ziekenhuis.

De melding van Treant dat: "De Acute Zorg Afdeling belangrijk is omdat de Treant Zorggroep op deze manier de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de ernstig zieke en kwetsbare patiënt kan behouden" komt erop neer, dat de patiënten van Hoogeveen welkom zijn in Emmen. IC-patiënten horen namelijk allemaal op een IC te liggen!

Sinds 2014 is het landelijk aantal IC opnames in Nederland bekend via de NICE. In 2015 werd van 17 miljoen inwoners 85.000 maal een patiënt op de IC opgenomen.

Treant zorgt naar eigen zeggen voor 300.000 mensen. Wij denken dat het er minder zijn: bijvoorbeeld 75.000 Hoogeveen+ 125.000 Emmen + 50.000 Stadskanaal = 250.000.

Onder hen zijn *1250 opnames per jaar* op een IC denkbaar. Voor **Hoogeveen** komt dat globaal neer op $75/250 \times 1250$ opnames = **375** opnames per jaar ofwel **1 per dag**.

Ter illustratie hierbij een overzicht van IC opnames⁵ in de afgelopen jaren waaruit duidelijk wordt welke verschuiving en van Hoogeveen naar Emmen hebben plaatsgevonden.

Het genoemde aantal opnames van 2014 is afgeleid uit het bekende aantal t/m september en via extrapolatie berekend tot het totaal van dat jaar.

⁵ Bron van de informatie: **De Intensive Care en de rol van de intensivist bij acute zorg binnen Treant in 2015 aangeboden door de negen intensivisten van ZLM.**

	IC Hoogeveen	IC Emmen	IC Stadskanaal	Totaal Hoogeveen + Emmen
			Niet vergelijkbaar: gecombineerde CCU/IC afdeling met buiten kantoortijd ook een verkoever-functie. Er zijn 3 beademingsbedden aanwezig. Een MC-afdeling is er niet. De drempel voor een CCU/IC opname is eveneens laag.	
2012	opnames 674	676		1350
	beademingsdagen 700	omstreeks 2000		
2013	opnames 485	653		1138 (15,7% afname)
	beademingsdagen 530	omstreeks 2000		
2014	opnames 233	735		968
	vermoedelijk	vermoedelijk		vermoedelijk (wéér afname van 17,5%)
	beademingsdagen 334 vermoedelijk	omstreeks 2000		

De RvB liet weten via Zorgvisie en Stafvoorzitter David Post informeerde via RTV Drenthe dat

- per twee weken 1,2 IC patiënt wordt overgeplaatst naar Emmen: ofwel 35 patiënten per jaar.
- terwijl 40-60 patiënten worden overgebracht van Bethesda naar de IC van het Scheper Ziekenhuis.

Deze cijfers lijken ons niet te rijmen.

Treant heeft de werkelijke aantallen niet beschikbaar gesteld. Op die manier wordt argwaan gewekt. Als de IC-cijfers in Hoogeveen onverklaarbaar laag worden voorgehouden, wordt het gevoel van urgentie van een IC in Bethesda de kop in gedrukt. Onze bronnen vertellen dat de ervaringen en het getal van patiënten, die IC-behoefstig zijn binnen Bethesda, van een geheel ander kaliber zijn. Ook in andere delen van het land speelt het vraagstuk van de spreiding van de intensive care (IC) en high care (HC) en het is duidelijk dat ziekenhuizen daarin keuzes moeten maken. Het spreekt voor zich dat ook de door Treant gekozen wegen de toets der kritiek van de IGZ moet kunnen doorstaan. Daarbij is het strikt voldoen aan de richtlijnen nog iets anders dan het kiezen voor de beste oplossing voor de inwoners. De Denktank is van mening dat de cijfers ten aanzien van de IC-opnames vanuit de Hoogeveense regio bekend behoren te zijn bij de beslissers en de beleidsmakers. Daar is te meer reden toe nu de informatie over de zeer lage aantallen IC -patiënten die door Treant worden genoemd zodanig laag zijn dat ze niet te verklaren zijn vanuit eerdere NICE-informatie.

De gegevens van Treant zijn niet beschikbaar [Deze volgens Treant bedrijfsgevoelige informatie blijkt wel op internet te staan voor bijvoorbeeld het Martini Ziekenhuis te Groningen in separate jaarverslagen sedert 2009: zie online het Jaarverslag Intensive Care 2009 (enz t/m 2015) Martini Ziekenhuis Groningen.

9 Geriatrie

Toen in 2010 over een bestuurlijke fusie met Emmen werd gesproken was één van de wensen van Hoogeveen geriatrie binnen het pakket van Bethesda te verwerven. Dat is ook aanvankelijk goed gegaan. Er werd door de geriater uit Emmen wekelijks poli geriatrie in Bethesda gehouden. Maar na enige jaren werd plotseling in het overleg tussen RvB en RvT bericht, dat de geriater die verplichting niet meer konden leveren - omdat één van de geriateren was vertrokken. Er werd afgesproken dat als er een nieuwe geriater werd gevonden, de poli in Bethesda zou worden hervat. Vervolgens bleek dat Stadskanaal dezelfde eis heeft gesteld bij de fusiebespreking en dat die eis toen is ingewilligd. Die afspraak met Stadskanaal wordt nu tot op de dag van vandaag wél gestand gedaan.

Motivatie

Het aantal (autochtone) geboorten neemt af, terwijl de bevolking vergrijsd. De provincie Drenthe is of was in elk geval lange tijd de provincie van het drentenieren. Het is tactisch gezien, maar evenzeer op grond van optimale zorgverlening verstandig, daarop de ziekenhuisvoorzieningen in te richten. De onderlinge bereikbaarheid van de verschillende ziekenhuizen in Drenthe is ronduit slecht. Dat geldt zeker voor de drie ziekenhuislocaties van Treant. Weliswaar is dat laatste niet de primaire verantwoordelijkheid van Treant, maar slechte bereikbaarheid doet patiënten wel eerder besluiten een ander, misschien beter maar in elk geval beter bereikbaar ziekenhuis te kiezen. Dat geldt zeker voor de oudere bevolking. Die is immers vaker op het openbaar vervoer aangewezen. Maar ook met het steeds drukker wordende verkeer, moeten automobilisten steeds beter opletten.

Voor de oudere patiënt en diens of haar directe omgeving, is de organisatie van optimale geriatrische zorg van groot belang.

Ziekenhuis Bethesda is **niet** aan te merken als een **seniorvriendelijk** ziekenhuis omdat het daarvoor benodigde certificaat ontbréékt. De reden is dat er aan Bethesda geen geriater is verbonden. Het ontbreken van dit keurmerk bezorgt Bethesda negatieve publiciteit. Het gevolg is een negatieve uitstraling op de bevolking en de omgeving.

Huidige situatie

Zorggroep Treant heeft in Emmen 5 geriater/internisten ouderen geneeskunde en 4 gespecialiseerde verpleegkundigen geriatrie en een klinische afdeling geriatrie met 12 bedden. Twee geriateren en twee verpleegkundigen zijn deels werkzaam in Stadskanaal. Er is geen geriater in Hoogeveen. Er komt geen geriater naar Hoogeveen voor een consult of een poli.

Wel zijn er meerdere specialisten ouderengeneeskunde (so's) werkzaam in het verpleeghuis. Deze houden ook een spreekuur voor ouderen in het ziekenhuis en nemen deel aan de geheugenpoli. In een gesprek met deze so's bleek dat zij deels werk van een geriater opvangen. Zij komen op verzoek van de huisarts bij de mensen thuis en zijn op uitnodiging aanwezig bij MDO's (multidisciplinair overleg) in de huisartsenpraktijken.

De so's ervaren de afwezigheid van een geriater hier niet als een probleem. Het is eigenlijk een probleem voor de kliniek, zeggen ze. Consultatie vindt telefonisch plaats met Emmen. De geriater komt niet naar Hoogeveen. Anderzijds hoeven patiënten volgens de vakgroep ook niet naar Emmen overgeplaatst te worden. De geriatrische patiënt kan hier gewoon behandeld worden. Volgens de vakgroep ouderengeneeskunde is er dus geen structureel reisprobleem voor de bevolking hier. In de kliniek worden de internisten en neurologen erbij betrokken als er geriatrische problematiek wordt vastgesteld. Wel vraagt de so zich af waarom de geriater uit Emmen niet naar Hoogeveen kan komen. Het is onduidelijk wat er in Hoogeveen gebeurt op het gebied van bewegingsgerichte zorg waarbij de expertise van een geriater nodig is. Zorggroep Treant zegt in meerdere toonaarden (voorzitter medische staf, afdeling management, communicatie en verkoop) te werken aan het ontwikkelen

van de geriatrie in Hoogeveen. Daartoe wordt een physician assistent geriatrie opgeleid en wordt gezocht naar een geriater voor Hoogeveen. Het is niet duidelijk geworden waarom een geriater uit Emmen geen spreekuur kan doen in Hoogeveen.

Het beeld dat hierboven geschetst is, staat bijna loodrecht op de ervaringen van de huisarts in de regio Hoogeveen. De huisartsen erkennen weet te hebben van het bestaan van de ouderenpoli van Bethesda, maar deze is niettemin bij hen nauwelijks in beeld. Dit komt o.a. omdat de route erheen, namelijk verwijzing via het digitaal verwijssysteem Zorgdomein, niet mogelijk is. Huisartsen verwijzen wel via dit systeem naar orgaanspecialisten in het ziekenhuis. Voor gedragsstoornissen bij ouderen kan de huisarts wél naar de ouderenpsychiater verwijzen.

De huisartsen in de regio Hoogeveen consulteren, bij afwezigheid van een geriater, de internist/ neuroloog en specialist ouderengeneeskunde.

Bij wat complexere ouderenproblematiek waarbij de kwetsbaarheid in de thuissituatie centraal staat, neemt de huisarts contact op met de geriater in Emmen voor een beoordeling van de patiënt en diens mantelzorger. Die vindt plaats tijdens een dagopname in Emmen, of als het thuis niet meer gaat, tijdens een klinische opname in Emmen.

Voor de opgenomen ouderen speelt het vervoersprobleem enorm. De huisartsen hebben ook ervaringen met opnames in andere ziekenhuizen, in met name Meppel en Zwolle. Deze ervaringen zijn goed.

In Hoogeveen hebben de huisartsen geen zicht op de bedbezetting en de mogelijkheden van opname. Op de SEH (afdeling spoedeisende hulp) of bij een opname is in sommige gevallen een geriatrisch assessment (geriatrische beoordeling) verplicht. Dit zou door middel van een verlengde armconstructie met de specialisten ouderengeneeskunde of geprotocolleerd via de SEH-arts zijn vastgelegd, maar de huisartsen zijn niet op de hoogte hoe dit is georganiseerd.

De huisartsen spreken uit behoefte te hebben aan één loket voor beoordeling van zieke ouderen, voor een geriatrisch assessment ofwel relevant onderzoek, met de mogelijkheid van een dagopname in het eigen ziekenhuis, en bij ontslag een z.g. warme overdracht naar de huisarts, de thuiszorg en/of mantelzorger.

Anders dan prioriteit te verlenen aan optimaal georganiseerde zorg, wordt gewerkt vanuit een model waar Treant voor heeft gekozen. De geriateren zijn ondergebracht in Emmen net als de 12 bedden geriatrie. Dat is het kader waarbinnen de huisartsen moeten werken. Ofwel zij behelpen zich met de resterende mogelijkheden.

Samenvattend

De huisartsen hebben dringend behoefte aan beoordeling van een kwetsbare oudere in Hoogeveen door een geriatrisch team! De huisartsen wijken uit naar omliggende ziekenhuizen (buiten Treant) en ze hebben onvoldoende zicht op de rol van de specialist ouderengeneeskunde in het ziekenhuis. Binnen het ziekenhuis is het onduidelijk hoe het ontbreken van een geriatrisch team wordt opgevangen, ook als dat protocollair geïndiceerd is.

Voorstel

Een werkgroep "Geriatrisch Zorgplein Bethesda" formeren en werken aan een seniorvriendelijk ziekenhuis. Passend in de lijn van de aanbevelingen die in deze nota worden gedaan, moet daar op korte termijn volgens ons iets aan gedaan worden . De oplossing ligt binnen handbereik. In Emmen zijn 12 bedden geriatrie aanwezig, waarvan de patiënten worden begeleid door in totaal vijf geriateren. Uit niets blijkt dat die bedden daar geconcentreerd moeten worden. Het betreft namelijk geen hoogspecialistische geneeskunde, maar 'gewoon' algemene interne geneeskunde. Ons voorstel is dan ook deze 12 bedden gelijk of eventueel naar rato te verdelen over de drie locaties. Hetzelfde geldt voor de geriatrisch specialisten. Er kan op elke locatie tenminste één vaste geriater werkzaam zijn

10 Oogartsen/oogheelkunde

Geconstateerd wordt dat in de afgelopen periode drie in de Hoogeveense samenleving gewaardeerde oogartsen, die actief waren in Bethesda, zijn vertrokken.

Vernomen is dat Treant niet bereid is geweest om daartoe passend ingerichte ruimte in het ICARE-gebouw te verhuren aan een orthoptiste met een omvangrijke praktijk van plusminus 500 patiënten en het aanwezige instrumentarium aan haar te verkopen. Als gevolg moest deze orthoptiste uitwijken buiten Bethesda en vond zij een onderkomen bij een opticien.

Vastgesteld moet worden dat de bij Treant actieve oogartsen die eerder ook dienst deden in Hoogeveen, na vertrek van de oogartsen uit Bethesda, nu alléén in het Refaja Ziekenhuis nog oogheelkundige zorg aanbieden. De RvB heeft hierin hoe dan ook een belangrijke rol in gespeeld.

Binnen de *Denktank* werd gesteld dat er helemaal geen tekort aan oogartsen is. Je kunt ze overal in het land vinden als je een PC hebt en die kunt hanteren. Met als voorbeelden ZBC's⁶ en Zonnestraal. Soms moet je wel wat ver reizen, maar dat hoeft voor een eenmalig bezoek geen bezwaar te zijn. Althans zo klonk het verhaal.

Maar daarmee worden geen oplossingen geboden voor acute problemen en buiten kantooruren. Het bezoeken van klinieken in bijvoorbeeld Ede is geen alternatief voor de oudere mensen die voor oogproblemen soms frequent naar een oogarts moeten. Zij bezitten vaak geen PC, hebben soms alleen een AOW, geen auto en soms ook geen familie.

Door de keuze van Treant om geen oogartsen dienst te laten doen ofwel door de keuze van de betrokken specialisten om in Hoogeveen geen dienst te willen doen, ontstaat er in Hoogeveen een situatie waarin men gedwongen een andere oplossing kiest bij private aanbieders op kortere of grotere afstand van Hoogeveen.

Het is onbegrijpelijk dat men in de omgeving van Refaja dicht bij huis en óók buiten kantooruren wél goede oogheelkundige zorg kan krijgen, maar dat dezelfde zorg in Hoogeveen ontbreekt. Daarmee verliest het ziekenhuis van Hoogeveen een voor de bewoners belangrijk specialisme waarbij het volstrekt onaannemelijk is dat het Treant ooit weer zal lukken om de clientèle terug te krijgen van aanbieders die de krenten uit de pap hebben gevist.

De *Denktank* acht het noodzakelijk dat er om het afbrokkelen van het Bethesda Ziekenhuis te stoppen, op dit vlak omgaande maatregelen worden genomen. Dat kan niet door af te wachten tot zich een oogarts aandient die bereid is te solliciteren naar een functie in Emmen.

Voor de korte termijn lijkt er geen andere optie dan dat de oogartsen die werkzaam zijn in Refaja, net als voorheen weer in Hoogeveen aan de slag gaan. Van de RvB mag op dit punt doortastend optreden worden verwacht.

⁶ **Zelfstandige behandelcentra. Een zelfstandig behandelcentrum – kortweg ZBC - is een samenwerkingsverband van minstens twee medisch specialisten. Het aantal ZBC's is in de afgelopen tien jaar sterk gegroeid. Het gaat om planbare, minder complexe zorg waarvoor de patiënt niet hoeft te worden opgenomen. Stand-alone specialismen zoals orthopedie, oogheelkunde en dermatologie lenen zich hier bijvoorbeeld goed voor. Het aantal centra is de afgelopen tien jaar sterk gegroeid. De Wet Toelating Zorginstellingen is in 2006 ingevoerd om de marktwerking in de zorg te bevorderen. Met de inwerkingtreding van deze wet is het 'harde' onderscheid tussen ziekenhuizen en ZBC's vervallen. Er bestaan alleen nog 'instellingen voor medisch specialistische zorg'. In de praktijk wordt de term ZBC echter volop gebruikt. [Bron: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen NVZ op internet.]**

11 Werkgelegenheid

Wij vrezen dat de herschikkingen binnen de Treant-organisatie een aanzienlijk verlies aan arbeidsplaatsen voor Hoogeveen met zich mee brengen. Is dit het geval dan betekent dat ook voor de *spin-off* verlies van werkgelegenheid.

Voor zover bekend zijn in ieder geval de volgende afdelingen vanuit Bethesda verhuisd naar Emmen: Personeel en Organisatie, Financiële administratie, Afdeling Inkoop en Automatisering (ICT).

Of het verlies van arbeidsplaatsen in Hoogeveen wordt gecompenseerd, is voor de Denktank niet duidelijk. Bij voortgaande concentratie van het hogere zorgsegment in Emmen is er geen reden om te veronderstellen dat het doorvoeren van de gevolgen van de fusie voor de werkgelegenheid zelfs maar in de buurt komt van een neutraal verloop.

Deze aanname wordt ondersteund door de mededeling namens Treant dat de medewerkers zullen zijn op de plaats, waar men voor het werk heen moet. Voor de hierboven genoemde vier afdelingen biedt die reden echter geen goede verklaring.

Aansluitend aan De Tamboer-manifestatie op 13/2/2017 werd aan de RvB van Treant een vraag (no 22) gesteld over de werkgelegenheid. In een schriftelijk antwoord aan de Gemeenteraad werd opgemerkt: “we verwachten dat de werkgelegenheid voor de komende jaren in Hoogeveen eerder zal toenemen dan afnemen”. Verwacht mag worden dat aan de beleidsmakers duidelijk gemaakt wordt waar die veronderstelling op gebaseerd is.

In de contacten met vertegenwoordigers uit de politiek is niet gebleken dat een verlies aan werkgelegenheid als een belangrijk thema wordt gezien. Zuid-Drenthe, zo is ons gemeld, moet gezien worden als één arbeidsmarkt en dat brengt met zich mee dat er gereisd moet worden en dat wordt niet als een nadeel gezien.

Het imago van Hoogeveen als woonplaats zal er door deze uitstroom en braindrain naar Emmen niet beter op worden. Terwijl dit kennelijk van politieke zijde niet als een belangrijk thema wordt gezien, maakt het georganiseerde bedrijfsleven hier zich grote zorgen over het afkalven van het voorzieningenniveau met de ziekenhuisvoorziening als belangrijk voorbeeld.

12 Denkrichtingen

“Hij die zichzelf wil beschermen gaat op een terp wonen, die het land wil beschermen investeert in dijken”.

Op basis van de tot nu toe door Treant gepresenteerde stukken als het voorstel locatieprofilering, de antwoorden aan de gemeenteraad en de zogeheten dialoogavonden moet de conclusie worden getrokken, dat gekozen wordt voor het wonen op de terp in Emmen en minimale zorg biedt voor de dijken. Dát voornemen wordt uitgelegd aan de bevolking, de politiek en de andere *stakeholders*.

De keuze is een zo sterk mogelijke hoofdvestinging, het juist voldoen aan de formele richtlijnen in de nevenvestigingen en aantrekken van voldoende patiënten vanuit die locaties om bedrijfseconomisch verantwoord te kunnen blijven werken. Met als verhoopt resultaat dat goede zorg tegen aanvaardbare kosten kan worden geboden.

In de Locatieprofilering wordt uitgegaan van verdere centralisatie richting Emmen: bijvoorbeeld voor patiënten met een CVA, voor mensen die een scopie van de darmen moeten ondergaan en de operaties van de perifere vaten. Er staan plannen in het document die verschuiving van zorg naar Scheper tot gevolg hebben, terwijl die behandeling net zo goed in Bethesda zou kunnen gebeuren. Ook orthopedische operaties, die aanvankelijk vooral als compensatie zouden worden verplaatst naar Hoogeveen en Stadskanaal, blijken door de nieuwe samenwerking binnen de vakgroep vooral weer in Scheper te worden geconcentreerd. Van evenwichtige verdeling van de zorg komt weinig terecht. Samenwerking ligt voor de hand en kan zorgen voor een maximaal resultaat bij goed draagvlak: maar die vlieger gaat dus niet op in de regio Zuid-Drenthe.

En wel om de volgende reden:

- De hoofdvestiging ligt decentraal
- De locatie van de hoofdvestiging heeft geen achterland
- Er is onvoldoende adherentie om een topziekenhuis te worden
- De oriëntatie vanuit Hoogeveen is West- en Noord-gericht
- Het verzorgingsgebied rond Hoogeveen wordt voor een belangrijk deel overlapt door het verzorgingsgebied van Meppel met dichtbij een topziekenhuis in Zwolle

Die conclusie sluit aan bij de argumenten die enkele jaren geleden hebben geleid tot het advies voor een sterk interventiecentrum⁷ in het centrale gedeelte van de provincie. Om dienstbaar te zijn aan bijvoorbeeld Hoogeveen, Assen, Emmen en Hardenberg.

13 De positie van Treant

Wil het voortbestaan van Treant zeker gesteld worden dan zal het zwaartepunt van de organisatie meer moeten verschuiven naar de westelijke rand van het verzorgingsgebied. Dat zal nadelen hebben voor Emmen maar voor die regio is er geen alternatief. Er moet financieel en mentaal zwaar geïnvesteerd worden in versterking van “de dijken”.

Voor de korte termijn

Naast het inmiddels uitgevoerde besluit om een specialistisch mammacentrum op richten dient wellicht op korte termijn gedacht te worden aan:

- Herschikking van personeel voor de inzet van SEH-artsen, een intensivist, geriateren en oogartsen in Hoogeveen.
- Zorg bieden als volwaardig ziekenhuis en de concurrentie aangaan met private instellingen, die het in de ANW-uren laten afweten.
- Het samen met de huisartsen en de Care-organisaties opzetten van ouderenzorg. Bijvoorbeeld als een pilot die vergelijkbaar is met een ouderenzorgplan/geriatriesch zorgplein zodanig dat dit als unique selling point voor Treant kan worden gezien.

⁷ KPMG rapport d.d. 2012 p 128: **Scenario interventiecentrum. Conclusie: Het interventiecentrum levert met een concentratie van zorg een positieve bijdrage aan het verbeteren van zorg en biedt de potentie om de nodige efficiënties te realiseren. (Logistiek, energiegebruik). (...) Doorrekening met een meer gunstige locatie voor marktaandeel (station Hoogeveen) laat zien dat een interventiecentrum financieel haalbaar kan zijn. Voor bepalen van een eventuele locatie is afstemming op de ontwikkeling in de regio (Meppel, Assen, Stadskanaal) wenselijk. Dit kan voordelen opleveren voor de regio (beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorg) en ZLM (gunstige effecten op marktaandeel).**

Voor de langere termijn

Daar waar ziekenhuisorganisatie en zorgverzekeraars veel tijd nodig hebben om een gedegen visie voor de langere termijn te formuleren, mag van een uit de Hoogeveense bevolking voortkomende *Denktank* niet verwacht worden dat in enkele maanden wel te presteren.

Daarbij moet ook nog in aanmerking worden genomen dat deze Denktank niet over alle noodzakelijke informatie kan beschikken.

Maar de *Denktank* beschikt wel over een goed netwerk in de Hoogeveense samenleving en daarbuiten in de wereld van de gezondheidszorg. En uiteraard is er vanuit “de patiënt” gedacht een goede schets te geven van de richting die gekozen zou moeten worden.

Wij stellen ons voor dat een patiënt de wens heeft **in veilige en vertrouwde handen te zijn waarbij een snelle diagnose zonder onderbreking overgaat in een adequate behandeling.**

Om dat te bereiken liggen er voor de actoren de volgende opgaven en kansen.

- In gemeenten worden steeds meer initiatieven genomen om, met name de ouderen, via samenwerkingsverbanden/buurt-coöperaties in beeld te krijgen en te houden en te ondersteunen waar dat nodig is. Daarin spelen huisartsen en wijkverpleegkundigen een centrale rol waarbij het gaat om de gezondheidsaspecten en gemeenten en verzekeraars waar het gaat om het dragen van de kosten. De patiënt wordt binnen dat raamwerk gekend en is daarin in veilige handen.
- Wanneer de medische situatie dat nodig maakt dient de patiënt ook binnen de 2e-lijns gezondheidszorg bekend te zijn en gekend te worden. Daarbij is het nodig dat de huisarts de specialist kent en beiden de patiënt kennen. Anders gezegd: “het over de schutting kieperen van het medische dossier” is geen bijdrage aan het “in veilige en vertrouwde handen zijn”. Ook al beschikken de actoren over elkaars mailadressen, namen en CV. Het inrichten van een ouderenzorgplein waar een geriater op locatie deel van uit maakt, zou tegen die achtergrond een goede stap zijn.
- Naar het oordeel van de *Denktank* zijn er in de plattelandsgebieden voor een dergelijke opzet betere kansen dan in de verstedelijkte gebieden. Omdat een patiënt en zijn situatie bekend zijn, kan het niet anders dan dat er kostenvoordelen zijn. Onnodige intake-procedures kunnen immers worden overgeslagen en onderzoeken en analyses hoeven niet dubbel uitgevoerd te worden.
- Bij een veilige situatie hoort een volwaardige ziekenhuisvoorziening in de grote kernen en adequate 24 uren bezetting van de SEH en IC-zorg. In dit rapport is elders aangegeven wat daarvoor noodzakelijk is.

De *Denktank* constateert dat “het stabiliseren van een patiënt” kennelijk wordt aangemerkt als een toonbeeld van goede gezondheidszorg. Het is goed om vast te stellen dat het stabiliseren in geval van levensbelang kan zijn. Feit is ook dat er op dat moment vaak nog geen diagnose kan worden gesteld of nog niet tot een adequate behandeling kan worden overgegaan. In dat opzicht is het stabiliseren een vertraging in datgene wat in het belang van de patiënt noodzakelijk is. Wanneer dat gebeurt om een levensbedreigende situatie af te wenden is dat een groot goed. Wanneer het stabiliseren van een patiënt nodig is omdat de voorzieningen in de 2e-lijns zorg niet zodanig zijn georganiseerd, dat tot een snelle diagnose en aansluitende behandeling kan worden gekomen: dan is “stabiliseren” tijdverlies en dus verfoeilijk.

De ziekenhuizen in de rurale gebieden zijn naar de mening van de Denktank gehouden om op locaties die goed en snel bereikbaar zijn, volwaardige ziekenhuisvoorzieningen overeind te houden. Dat medici die daarvoor nodig zijn op locatie aanwezig zijn, spreekt voor zich. Om daarvoor een metafoor te gebruiken: “om een restaurant draaiende te houden bezuinigt met niet op de koks”

Het spreekt ook voor zich dat de ziekenhuizen in de dunner bevolkte gebieden voor volstrekt andere opgaven gesteld worden dan die in de stedelijke gebieden.

De *Denktank* is van oordeel dat in de regio's de samenwerking met de topziekenhuizen goed georganiseerd moet zijn.

In Drenthe doet zich de bijzondere situatie voor dat het grootste deel van de provincie door bestaande samenwerkingsverbanden vanuit het Martiniziekenhuis en vanuit het Isala ziekenhuis wordt gedekt. Een kleiner deel valt binnen het gebied van Treant in Emmen, alwaar het Scheper niet de status van een topziekenhuis heeft of zal bereiken.

De *Denktank* verwacht van de *stakeholders* dat zij visie ontwikkelen voor de zorg in Drenthe. Dat men de spirit heeft zelf een structuur te ontwerpen voor de zorg binnen de eigen regio. Het alternatief zal zijn dat de bestaande Topklinieken de lakens gaan uitdelen in Drenthe en Zuid-Groningen.

De Denktank verwacht dat op basis van een dergelijke samenwerking met een Topkliniek de problematiek van de oogheelkunde en van de geriatrie opgelost kan worden. Daarbij wordt op dit moment buiten beschouwing gelaten of het mogelijk en wenselijk is om met de private aanbieders tot een samenwerkingsverband te komen. Het is van wezenlijk belang om samen een netwerk tot stand te brengen van Kern- en Basis-IC's naar de omschrijving in de nieuwe richtlijn. Op langere termijn is het voor Assen en Emmen en Hoogeveen en misschien ook Stadskanaal het beste samen te werken aan een gezamenlijke toekomst en een interventiecentrum in Midden-Drenthe. Schijnbaar nog een stip aan de horizon maar beslist geen fata morgana.

14 Tot Slot

De Denktank is ervan overtuigd dat het merendeel van de bevolking in de regio Hoogeveen niet gelukkig is met de resultaten van de fusie van het Bethesda Ziekenhuis en het Scheperziekenhuis. Het heeft niet gebracht wat men had verwacht, en vanaf het destijds gekozen vertrekpunt van twee bijna gelijkwaardige ziekenhuizen had mógen verwachten.

De invloed op het beleid van de anders georganiseerde en op andere leest geschoeide medische staf in Emmen is daar zeker debet aan. In de paragraaf ten aanzien van good governance is daar aandacht aan besteed. Ontvlechting van de fusie is op dit moment geen reële optie.

De *Denktank* merkt op dat de aanbeveling in het rapport van KPMG om te komen tot een centraal gelegen interventiecentrum goed gemotiveerd was en meer bijgedragen zou hebben aan optimale ziekenhuisvoorzieningen in Drenthe dan het nu gekozen alternatief.

Het is aan de *stakeholders* (overheid, toezichthouders en verzekeringsmaatschappijen) om na te gaan of Treant vanuit de gekozen hoofdvestiging in Emmen op eigen kracht de noodzakelijk samenwerking en noodzakelijke kracht kan ontwikkelen, dat een volwaardige ziekenhuisvoorziening ook in Hoogeveen wel kán worden gerealiseerd. Óf dat nu al energie moet worden gestoken in een herbezinning en een herschikking.

Daarbij merkt de *Denktank* op dat bij uitblijven van adequate stappen de burgers toenemend hun heil elders zullen gaan zoeken. Die tendens zal steeds sterker worden naargelang de *stakeholders* achter de feiten aan blijven lopen⁸.

⁸ **Er is Periculum in Mora: het is gevaarlijk te talmen. Naar Livius. Dit citaat is een middeleeuwse rechtsterm, die de grond behelst voor het haastig instellen van een gerechtelijke vervolging.**

Bijlagen

BIJLAGE I

Aan de Leden van de Raad van Bestuur ZLM⁹
ZLM locatie Bethesda Ziekenhuis,
en gemeente De Wolden
Hoogeveen, 22 april 2014

cc. De Leden van de Staf
Raadsleden van gemeente Hoogeveen

Geachte Leden Raad van Bestuur, Leden van De Staf, Gemeenteraadsleden,

De positie van de Intensive Care, IC, in het Bethesda Ziekenhuis is in het geding. De IC in het ziekenhuis is bepalend voor de juiste opvang van kwetsbare patiënten hetzij na een complicatie bij een operatie of direct bij opname van een meestal oudere patiënt met meerdere aandoeningen. De IC vormt min of meer het hart van een ziekenhuis. *Een stellige opmerking waarvoor iedere grond ontbreekt, van de 6800 operatieve ingrepen gaan er gemiddeld twee per maand naar de IC, het overgrote deel gaat naar huis, de verpleegafdeling of de PACU, in de opvang van operatieve patiënten speelt de IC dus een zeer marginale rol. Waar het gaat om comorbiditeiten gaat het om ouderen en chronische zorg, een bereikbare polikliniek, korte lijnen tussen eerste en tweede lijn en een beddenhuis met patientvriendelijke zorg, dat is het hart van een ziekenhuis. De kans op IC behoefte bij een niet-electieve opname ligt onder de 1%.*

Bij reorganisatie van de ziekenhuizen dreigt de huidige IC te worden vervangen door een PACU, dit is een vereenvoudigde opvang met minder langdurige zorg, in avond en nacht niet maximaal bewaakt. *Helaas pertinente onzin de bewakingfaciliteiten en kwalificaties van het personeel zijn op de PACU exact hetzelfde als op de IC, sterker nog de PACU is op dit moment gesitueerd op de IC. Patiënten die langdurige IC zorg nodig hebben moeten volgens de richtlijn naar een level 2 IC, dat was al zo, zal ook zo blijven en naar verwachting zal de komende richtlijn zelfs vooraf al triage eisen die gaat bepalen of en naar welke IC een patiënt zal moeten worden vervoerd.* De Orde van Medisch Specialisten, OMS, schrijft in haar open brief aan de Tweede Kamer dat zij het op medische gronden hier zeer mee oneens is, dat dit de kwaliteit van de totale zorg aantast. Ook de regieraad van ZLM, geselecteerde groep van 18 specialisten, zegt in haar advies dat de intensivisten pleiten voor het handhaven van de IC in Bethesda. *Dat klopt, maar de regieraad heeft geconstateerd dat dat niet houdbaar zal zijn op de lange termijn en geadviseerd een acute opname afdeling te openen op Bethesda en Stadskanaal.* Echter de bezetting van de IC daalt door verbeterde operatietechnieken tijdens dag opnames. Een PACU in Hoogeveen zou genoeg moeten zijn. Gecomplieerde ingrepen zullen dan in Emmen gebeuren, aldaar is IC op hoger niveau. *Dagopnames zijn van geen enkele invloed op de IC productie, met name richtlijnen, protocollen, minimaal invasieve ingrepen voor bijvoorbeeld vaatchirurgie maar met name interventieteams en perioperatieve optimalisering spelen een rol bij het dalen van de IC behoefte.* De ouderen in Hoogeveen maken zich zorgen dat zij ook bij eenvoudige ingrepen maar wel al met meerdere bestaande ziektes die complicaties kunnen geven, niet meer in Hoogeveen worden geholpen. Er zijn inmiddels al meerdere voorbeelden bekend van patiënten die direct naar Emmen en ook naar Stadskanaal zijn vervoerd voor verdere behandeling. *Voor een aantal zaken is het al staand beleid mensen over te plaatsen voor zaken die we hier domweg niet doen. De winst zit erin dat we nu één organisatie hebben en daarmee expertise in huis halen die in Emmen en Stadskanaal aanwezig is, soms zal de patiënt daarvoor moeten reizen, net als vroeger, maar meestal de dokter.*

⁹ De bewuste antwoorden zijn in deze weergave door ons groen cursief weergegeven.

Hierop reagerend ondertekenen nu veel mensen een verklaring dat ze alleen in het Bethesda willen worden behandeld, of anders naar Zwolle vervoerd willen worden, alwaar zij zijn verzekerd van goede zorg en ook goed bereikbaar zijn voor hun familie. De voorzitter van de cliëntenraad van het Jannes van der Sleeden heeft zich hier ook voor uitgesproken, om patiënten en familie niet steeds ver te laten reizen. ***Het is inderdaad verstandig patiënten te adviseren naar een ander ziekenhuis te gaan om het Bethesda te behouden, nóg een productiedaling van tien procent en we zijn failliet.*** De huisartsen van Hoogeveen e.o. vragen hierbij de Leden van Raad van Bestuur dringend de huidige IC in Hoogeveen in stand te houden. Een lage bezettingsgraad kan worden verhoogd door ook hier meer (gecompliceerde) ingrepen uit te voeren. ***Het aantal ingrepen waarbij, in afwezigheid van een PACU, een IC nodig is ligt rond de honderd, een productiestijging van nog geen 2,5%. De daling heeft zoals eerder gezegd niets te maken met het verplaatsen van zorg, dan zou de productie in Emmen immers moeten stijgen en dat is niet zo. Op het totaal aan beademingsdagen leveren deze ingrepen hoegenaamd geen bijdrage.*** Bij ons basisziekenhuis hoort een IC. Ook in Hardenberg ondersteunt Isala Zwolle met haar intensivisten de IC aldaar. ***Klopt, op waarneembasis voor heel veel geld per dag. Geld dat beter besteed kan worden aan het bereikbaar maken en verbeteren van zorg die mensen wel in grote getalen nodig hebben, daarnaast gaat de komende richtlijn sturen op daadwerkelijke productie en die is nog steeds heel erg laag. Met alleen zes bedden en een slapend rijk wordende intensivist uit Zwolle kom je dan niet meer weg. Wat bij ons basisziekenhuis hoort is een acute opvang voor kritiek ziek patiënten waar opname en stabilisatie door poortspecialisme en een anesthesioloog, zo doen we dat nu en zo blijft dat in de toekomst. De diensten worden nu niet door een intensivist bediend en in de toekomst ook niet. Wel blijft een intensivist bereikbaar voor overleg ook dat gaat niet veranderen.*** Als de concentratie van acute zorg dreigt tot slechts een paar grote ziekenhuizen in het Noorden, Leeuwarden UMCG en ZLM Emmen, zoals beschreven in Quickscan van Twijstra & Gudde, leidt dit tot onnodige verarming van de zorg in Hoogeveen, Midden-Drenthe en De Wolden tot aan Meppel, ook fors verlies van adherentie naar ZLM, wat uiteindelijk het voortbestaan van de gehele ZLM groep in gevaar kan brengen. ***De acute zorg staat niet ter discussie, ook hier is maar voor een marginaal deel van de patiënten een IC nodig. Die voordeur blijft open, daar is nooit discussie over geweest.***

De plannen gepresenteerd door de regieraad zouden medio mei ,juni hun beslag krijgen.

Wij stellen voor om op korte termijn een gesprek met U als Raad van Bestuur te hebben over bovengenoemde zaken.

Met vriendelijke groet,

Namens huisartsen regio Hoogeveen,
R.M. Mors, R. Wissink, J.B. Luten, H.T. Kuiper

Bijlagen : Brief OMS over AO zorg ; Quickscan Spoedzorg Noorden ; Persbericht ZH Hardenberg;

BIJLAGE II

Zorgvuldige zorg bieden op het beste niveau

Bethesda heeft er voor gekozen haar IC te sluiten en een AZA [Acute Zorg Afdeling] te stichten. Er wordt beweerd dat de geboden zorg daar niet onder zal lijden .

Elke patiënt is welkom en als duidelijk is of wordt dat patiënt op een IC thuis hoort, dan zal na 'stabilisatie' die patiënt worden overgeplaatst.

Het klinkt allemaal redelijk maar de daagse praktijk is weerbarstig.

Stabiliseren van een patiënt is een relatief begrip en krijgt pas retrospectief betekenis.

Er wordt veelal - ook door artsen - gesproken over het "stabiliseren van de patiënt". Dit 'begrip' verdient scherpe stellingname omdat het misleidend is en pseudokwaliteit suggereert. Het is een hol begrip, eigenlijk een fantasiebegrip, omdat het niet te definiëren valt en waar dus ook niet mee te werken valt. De één zal de patiënt al 'stabiel' verklaren, de ander vindt dat deze nog in shock verkeert. Het is ronduit treurig en ook arrogant te menen dat dit adequaat te regelen is op een AZA. Diegene die meent het beter te weten, komt daar wel achter als hij/zij wat langer IC patiënten van begin tot einde behandeld heeft , waarbij met 'het einde' dan vooral wordt bedoeld: het herstel van de patiënt. De zorg voor een patiënt is echter een continu proces en behoort niet zo'n willekeurig afkap moment te hebben als "wel of niet stabiel" dan wel "pseudostabiel". Dan kan de patiënt beter maar direct naar het juiste ziekenhuis gebracht worden.

Als van meet af al duidelijk is dat een patiënt op een IC thuis hoort, is het maar de vraag of het starten van diagnostiek en behandeling niet beter elders kan plaatsvinden in plaats van op de AZA van Bethesda.

De toegevoegde waarde van ' stabilisatie' op de AZA acht ik gering als die patiënt binnen een half uur in een ziekenhuis is met IC-faciliteit .

Doorgaans wordt al het verrichte onderzoek trouwens elders ook weer overgedaan.

Er zullen ook patiënten zijn bij wie wat later een IC- indicatie wordt gesteld en ook die gaan dan weer op transport.

Van de behandelend artsen wordt maximale inspanning gevraagd zolang een patiënt op de AZA ligt, maar tegen de achtergrond van de verwachte overplaatsing kan die verflauwen.

Niet onvermeld mag blijven dat kennis noch ervaring met critical care op een AZA ooit tot bloei zal en kan komen.

In bredere zin lijkt een kennisachterstand onvermijdelijk, in alle geledingen.

Conclusie

Zonder IC verliest een ziekenhuis veel meer dan wel gedacht wordt. Het verliest de meest geavanceerde *know how* in de patiëntenzorg, evenals de hulptroepen er om heen. De artsen verliezen vaardigheden en hoe excessen te behandelen. Men heeft geen ervaring meer anders dan wat nét buiten de norm valt. In zo'n ziekenhuis zou ik niet meer willen werken. De kans is dan ook aanzienlijk dat hetzelfde geldt voor werkzoekende collega's. Want het is toch het mooiste wat er is: Zorgvuldige zorg bieden op het beste niveau.

Peter Lubbinge

Oud internist

Stichter van de IC in Bethesda in 1979

Peter Lubbinge autobiografisch in 2017

In november 1979 ben ik gestart in Bethesda. Mijn IC-opleiding volgde ik op de chirurgische IC van Dijkzigt die door Kieje Bruining was gestart. Hem kun je één van de eerste IC-specialisten noemen.

De oudere broer van Jaap Thijs, Bert - helaas te jong overleden - begon in de VU .

Ik ben ruim een jaar hoofd geweest van de in 1978 geopende interne IC in Dijkzigt, een fantastische tijd. Ben drie maanden op een IC in Boston geweest, in het fameuze Mass General en had toen voldoende gewicht om hoofd te worden .

Sterk, Kiestra en Kijkuit hadden al wat voorbereidend werk verricht maar hadden een beperkte training achter de rug. Zij waren van grote waarde om de IC van de grond te krijgen en - niet te vergeten - de verpleging op niveau te krijgen.

Met ons vieren lukte dat en er ging alleen een patiënt de deur uit als dialyse noodzakelijk was.

Zonder op te scheppen denk ik dat we een hoog niveau haalden, zeker voor een perifere ziekenhuis.

Een aantal malen heb ik de vereniging van Noord-Nederlandse internisten toegesproken om IC- technieken toe te lichten.

Het waren echt de beginjaren op IC- gebied en de term intensivist bestond nog niet.

Formele opleidingen begonnen te komen.

Hoogeveen, 31 mei 2017

Samenstelling DENKTANK Ziekenhuis Bethesda

E. Bakker-van Dijk	<i>(wvn. vzt. PCOB, Lid Senior Platform)</i>
J. Beijering	<i>(voormalig Fractievzt. CDA, vzt. Alzheimer Drenthe, voormalig directeur Westerkim)</i>
G. Booij	<i>(ondernemer in rust)</i>
G. Koele	<i>(vzt Hoogeveense Ondernemers, voormalig directeur UNIVE)</i>
M. Koppe	<i>(was gynaecoloog in Bethesda)</i>
G. van Leeuwen	<i>(was kinderarts in Bethesda)</i>
G. Metselaar	<i>(juridisch adviseur, voorzitter Denktank)</i>
R. Mors	<i>(huisarts, vzt. Transmuraal Overleg Hoogeveen)</i>
N. Muis	<i>(was kinderarts in Bethesda en transmuraal coördinator)</i>
H. Plantenga	<i>(oud-huisarts, en jarenlang transmuraal coördinator)</i>
K. Reenders	<i>(oud-huisarts, 2003-2012 lid Raad van Toezicht)</i>
G. Rubingh	<i>(oud-huisarts in Zuidwolde)</i>
L. Sakko	<i>(vzt. Algemene Ouderen Bond)</i>