De toekomst van het ziekenhuis in Zutphen en de gevolgen

en impact van de afschaling van zorg

Wim Groot

26 mei 2023

Aanleiding

Gelre ziekenhuizen is een topklinisch opleidingsziekenhuis en hoort met 3500 medewerkers en 220 medisch specialisten tot de grotere ziekenhuizen in Nederland. De instelling heeft ziekenhuislocaties in Apeldoorn en Zutphen.

Gelre ziekenhuizen verkeert in een financieel moeilijke situatie. Naar verluidt heeft Gelre ziekenhuizen in 2022 een verlies van ruim €20 miljoen geleden. Aangezien het eigen vermogen van Gelre ziekenhuizen begin 2022 ongeveer €80 miljoen bedroeg, slaat dit verlies een flink gat in de financiële reserves en tast het de solvabiliteit van de organisatie aan. De bestuursvoorzitter van Gelre ziekenhuizen heeft verklaard dat de instelling inmiddels in bijzonder beheer is bij de banken. Ook de zorgverzekeraars dringen naar verluidt aan op herstel van een gezonde financiële situatie. Uit mededelingen van de Raad van Bestuur (RvB) blijkt dat de instelling €20 tot €40 miljoen moet ombuigen. Dit dient te worden gerealiseerd door kostenbesparingen en door verhoging van de productie bij gelijkblijvende of minder stijgende kosten. Dit komt neer op een ombuiging van 5% tot 10% van de omzet.

Onduidelijk is of de voorgestelde reorganisatie een oplossing biedt voor de slechte financiële resultaten over 2022. Zonder inzicht in een goed onderbouwd planningsdocument voor de reorganisatie valt niet aan te geven of Gelre ziekenhuizen met deze aanpak de financiële problemen te boven kan komen. Het ziekenhuis heeft consultancybureau Gupta in de arm genomen om een visie op de toekomst te ontwikkelen. Over het uiteindelijke toekomstbeeld van de locatie Zutphen is nog veel onduidelijk. Hetzelfde geldt voor een samenhangende analyse van de financiële problemen. Alleen op basis van een grondige analyse kan een plan worden opgesteld om uit de problemen te komen. Aangezien ook het jaarverslag over 2022 nog niet beschikbaar is, valt een volledige analyse van het tegenvallende resultaat over 2022 en de grote discrepantie tussen de winst van €2,3 miljoen over 2021 en het verlies over 2022 nog niet te geven. Het lijkt waarschijnlijk dat het verlies over 2022 - in elk geval mede - veroorzaakt wordt door een zeer hoog ziekteverzuim en extra kosten voor het inhuren van tijdelijk personeel als gevolg van dit hoge ziekteverzuim en het grote verloop aan personeel. Als gevolg van deze personeelskrapte valt de omzet over 2022, naar verluidt, ook lager uit dan begroot en is minder zorg geleverd dan afgesproken met de zorgverzekeraars. Daarnaast heeft de RvB bij herhaling aangegeven last te hebben van ‘verkeerde bed problematiek’: een patiënt die geen ziekenhuisbehandeling meer nodig heeft, maar niet uit het ziekenhuis ontslagen kan worden omdat er geen plaats in het verpleeghuis is.

Welke reorganisatie heeft de Raad van Bestuur van Gelre ziekenhuizen inmiddels aangekondigd?

Op het moment van schrijven van dit rapport ontbreekt nog een volledig beeld over de voorgenomen reorganisatie. Met name is nog niet volledig duidelijk welke zorg uiteindelijk op de locatie Zutphen nog wel zal worden aangeboden. De informatie die hier wordt vermeld is voor een belangrijk deel ontleend aan een korte notitie 'Gelre ziekenhuizen - Zorg beter voor elkaar' die de RvB begin april 2023 met het personeel heeft gedeeld.

De RvB van de Gelre ziekenhuizen heeft aangekondigd de 24/7 basis-SEH en de acute verloskunde van Zutphen naar Apeldoorn te willen verplaatsen. Ook acute operaties zullen in de nacht en de weekenden niet meer in Zutphen worden uitgevoerd. Op de locatie Zutphen zou in de nabije toekomst 24/7 alleen laagcomplexe spoedzorg aangeboden worden. Voor de avond en nacht wordt de SEH verder afgeschaald en wordt een Spoedplein ingericht waar samen met de huisartsen spoedzorg wordt aangeboden.

In eerste instantie gaf het Gelre ziekenhuizen aan vanaf 1 juli 2023 de reorganisatie te willen voeren. Echter, op 25 april jl. maakte de RvB bekend de afdeling acute verloskunde per direct te sluiten. Als reden werd genoemd dat het ziekteverzuim was gestegen tot 50% en dat daardoor niet langer voldoende zorg kon worden geboden. Sluiting van de acute verloskunde en neonatologie betekent dat er in Zutphen 's nachts geen acute operaties meer zullen worden uitgevoerd.

In het voorgenomen besluit van de RvB krijgt de locatie Zutphen het profiel van een centrum voor planbare zorg waar een focuskliniek voor orthopedie en galblaas- en liesbreuk operaties wordt gehuisvest. Deze zorg zou volledig in Zutphen geconcentreerd worden. In Zutphen komt ook een 'one stop shop' voor laagcomplexe cardiovasculaire zorgvragen. In Zutphen blijft ook de poliklinische zorg aanwezig.

De hoogcomplexe zorg, zoals de oncologie, wordt op de locatie Apeldoorn geconcentreerd. In Apeldoorn komt verder een focuskliniek voor oogheelkunde en centra voor Lyme en duizeligheid. De 24/7 basis-SEH wordt in Apeldoorn gelokaliseerd. Dit geldt ook voor de acute verloskunde en de neonatologie: de acute verloskunde die nu nog in Zutphen aanwezig is verhuisd naar Apeldoorn.

De profilering die de RvB voor de beide vestigingen in gedachten heeft, waarbij Zutphen een focuskliniek voor planbare zorg wordt en de hoogcomplexe en acute zorg in Apeldoorn wordt geconcentreerd kan voor Zutphen verder reikende gevolgen hebben dan alleen het verdwijnen van de 24/7 SEH en acute verloskunde. Als de locatie Zutphen een focuskliniek voor laagcomplexe planbare zorg en een centrum voor orthopedische zorg wordt is het voorstelbaar dat andere vormen van zorg die nu nog hier aanwezig zijn, zoals de kindergeneeskunde, de oncologische zorg en de cardiologie, (op termijn) uit Zutphen zullen verdwijnen. Als de locatie Zutphen een centrum wordt voor orthopedische zorg is het eveneens niet ondenkbaar dat ook het nachtverblijf en de IC bedden in Zutphen zullen verminderen of verdwijnen.

Voor patiënten in Zutphen heeft de nu aangekondigde reorganisatie twee belangrijke gevolgen. De eerste is dat vrouwen voor hun bevalling niet meer in het ziekenhuis in Zutphen terecht kunnen, maar naar de vestiging van Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn of naar een ander omliggend ziekenhuis moeten. Het tweede gevolg is dat ambulances met patiënten met complexe spoedzorg niet meer naar Zutphen zullen gaan. Deze patiënten zullen naar Apeldoorn of een ander ziekenhuis worden vervoerd. Op termijn zouden patiënten in Zutphen ook voor andere vormen van zorg - waaronder voor kankerbehandeling - naar een ander ziekenhuis moeten reizen.

De aankondiging van de reorganisatie komt niet geheel onverwacht. In april 2021 maakt Gelre ziekenhuizen al bekend een onderzoek te gaan starten naar een reorganisatie van de zorg in de

vestigingen in Apeldoorn en Zutphen. Eerder al in 2017 schreven een aantal oncologen van de ziekenhuizen een notitie waarin gepleit werd voor concentratie van de oncologische zorg. De discussie over locatieprofielen van de vestigingen van de Gelre ziekenhuizen speelt al langer, maar besluitvorming hierover was door de COVID-19 crisis uitgesteld.

De aankondiging van het bestuur van de Gelre ziekenhuizen heeft tot veel commotie geleid. Zo hebben verschillende Tweede Kamerfracties vragen gesteld aan minister Kuipers van Volksgezondheid. De fracties van de SP en de PvdA hebben over de voorgenomen sluiting een debat aangevraagd met de minister en aangekondigd de reorganisatie van Gelre ziekenhuizen te willen bespreken tijdens de vergadering van de vaste Kamercommissie over acute zorg op 27 juni 2023. De omliggende gemeenten hebben aangegeven de sluiting van de acute zorg in het ziekenhuis in Zutphen te willen tegenhouden. De gemeente Brummen wil daarbij bij minister Kuipers aandringen op een financiële bijdrage. Minister Kuipers van Volksgezondheid lijkt vooral op het standpunt te staan dat het ongewenst is dat een patiënt naar een SEH wordt gebracht waar geen goede en veilige zorg geboden kan worden. De minister heeft bij herhaling aangegeven dat de 45- minutennorm volgens hem ondergeschikt is aan de kwaliteit van de zorg op de SEH. Dit is ook vastgelegd in het coalitieakkoord dat VVD, D66, CDA en CU eind 2021 hebben afgesloten en in het Integraal Zorgakkoord verder is uitgewerkt. In het coalitieakkoord staat over de acute zorg: “De planbare en acute zorg moet toekomstbestendig gemaakt worden. Aan de hand van de juiste zorg op de juiste plek vragen wij de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) regiobeelden op te stellen, die kunnen leiden tot een herschikking van het zorglandschap (…).” Het Integraal Zorgakkoord, waar door de RvB van Gelre ziekenhuizen veelvuldig naar wordt verwezen, is een nadere uitwerking van het coalitieakkoord. Over de acute zorg is daar door de minister en zorgpartijen afgesproken dat “Partijen conformeren zich aan het vervangen van de 45-minutennorm voor bereikbaarheid van SEH’s en acute verloskunde door een bredere set (kwaliteits)normen met een gedifferentieerde normstelling voor tijdskritische aandoeningen. De 45-minutennorm is een spreidingsnorm, gebaseerd op de bestaande spreiding van ziekenhuizen en UMC’s toen de norm in 2002 werd geïntroduceerd. De norm is niet medisch onderbouwd.” Tot 2002 was de minutennorm voor de aanrijtijd van de ambulance overigens 30 minuten.

In het IZA is ook afgesproken dat het Regionaal Overleg Acute Zorgketen - ROAZ - voor 1 juli 2023 een regiobeeld acute zorg zal opstellen. In dit regiobeeld zal waarschijnlijk ook worden aangegeven of afschaling van de acute zorg tot problemen leidt. Oplossingen voor mogelijke knelpunten in de acute zorg zouden vervolgens in een regioplan acute zorg moeten worden aangedragen. Voor de planbare zorg zal in de regio Zutphen, onder leiding van Zilveren Kruis, apart een regiobeeld en een regioplan worden opgesteld. De gemeente Zutphen is betrokken bij het actualiseren van het regiobeeld planbare zorg en het opstellen van een regioplan. Wat de uitkomst en de status van deze regioplannen zullen zijn, zal moeten blijken.

Het is uiteindelijk aan het Gelre ziekenhuizen zelf om, in overleg met de zorgverzekeraars die een zorgplicht hebben en moeten garanderen dat voldoende zorg tijdig beschikbaar is voor hun verzekerden, te bepalen hoe de verschillende zorgfuncties worden verdeeld over de beide locaties. Als een ziekenhuis de 24/7 basis-SEH wil afschalen en de acute verloskunde wil sluiten zal ze daarvoor wel eerst een bereikbaarheidsanalyse moeten vragen aan het RIVM. Het RIVM bepaalt op basis van deze analyse of het ziekenhuis in Zutphen als een ‘gevoelig’ ziekenhuis wordt aangemerkt, waarbij na sluiting patiënten niet meer binnen 45 minuten op de SEH of de acute verloskunde terecht kunnen. Als dat het geval is, mogen deze afdelingen niet sluiten.

De toekomst voor de ziekenhuislocatie Zutphen

Het voorgenomen besluit van de Gelre ziekenhuizen is aanleiding geweest voor de gemeente Zutphen om nader inzicht te verkrijgen in de toekomstmogelijkheden voor het ziekenhuis in Zutphen. Meer in het bijzonder heeft de gemeente hierbij de volgende onderzoeksvraag: Wat is een realistisch beeld van ziekenhuiszorg in Zutphen: voor nu en in de toekomst, voor Zutphen en de regio? Voorafgaand aan beantwoording van deze vraag zullen een aantal subvragen worden worden beantwoord. De eerste van deze vragen is:

- Wat is het huidige ziekenhuisverzorgingsgebied van Gelre Ziekenhuizen locatie Zutphen? En hoe verhoudt het zich tot de locatie Apeldoorn, en het Deventer ziekenhuis?

Met een omzet van ruim €400 miljoen hoort Gelre ziekenhuizen tot een van de 32 grote algemene ziekenhuizen in Nederland. Het adherentiegebied van Gelre ziekenhuizen omvat ongeveer 450.000 inwoners. Afzonderlijke informatie over het adherentiegebied van de locatie Zutphen van het Gelre ziekenhuizen is niet beschikbaar. Het adherentiegebied van Gelre ziekenhuizen omvat de gemeenten Apeldoorn, Bronkhorst, Brummen, Epe, Lochem, Voorst en Zutphen. Het trekt ook patiënten van de buitengebieden van de gemeenten Berkelland en Rheden. In dit adherentiegebied heeft Gelre ziekenhuizen ongeveer 60% marktaandeel (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20202021-3002.pdf). In de kern van het adherentiegebied heeft het een marktaandeel van 72%. Het gebied is bovengemiddeld vergrijsd, op andere demografische en gezondheidskenmerken wijkt de regio niet af van het landelijk gemiddelde.

Het Deventer ziekenhuis richt zich primair op de regio Salland, maar biedt ook topklinische zorg voor een breder gebied. Het Deventer ziekenhuis levert zorg in de hoofdvestiging in Deventer en in poliklinieken in Rijssen en Raalte ten noorden van Deventer. Het verzorgingsgebied van Deventer ziekenhuis omvat ongeveer 250.000 inwoners. Er zit overlap in de verzorgingsgebieden van Gelre en Deventer ziekenhuizen in de gemeente Voorst (24.000 inwoners) en Lochem (34.000 inwoners). Het Deventer ziekenhuis is een stuk kleiner dan Gelre ziekenhuizen. In 2021 bedroeg de omzet van het Deventer ziekenhuis iets meer dan €250 miljoen, d.w.z. ongeveer 60% van dat van Gelre ziekenhuizen.

- Maakt de financiële situatie van de Gelre ziekenhuizen de voorgestelde reorganisatie noodzakelijk, zoals in de berichtgeving wordt benadrukt?

Gelre ziekenhuizen staat er financieel slecht voor. 2021 - het meest recente jaar waarvoor een jaarverslag beschikbaar is - was voor Gelre ziekenhuizen nog een relatief goed jaar. De winst bedroeg ruim €2,3 miljoen, bijna vijf keer meer dan de winst het jaar daarvoor. In 2020 bedroeg de winst nog slechts €480 duizend. Ook in de relatief goede jaren waren de financiële prestaties van Gelre ziekenhuizen al vrij mager. De winst in 2021 bedroeg slechts 0,58% van de omzet. Voor alle ziekenhuizen ligt dat rond 2% van de omzet. Gelre ziekenhuizen presteert duidelijk beneden gemiddeld.

Het eigen vermogen nam in 2021 toe van iets meer dan €80 miljoen naar €82,7 miljoen. Opvallend is dat in het jaarverslag Gelre ziekenhuizen aangeeft dat ze daarmee niet aan de door de Bank Nederlandse Gemeenten - een van de twee instellingen waar Gelre ziekenhuizen bankiert - opgelegde EBITDA-ratio van 9% en voldeed en maar net aan de door de Rabobank - de andere bankier - gestelde eisen voor de EBITDA (€30 miljoen) en de solvabiliteitsratio (25%) (https://digimv8.desan.nl/bfe5f956-86a3-478c-b43e-514f505d413b).

Het accountantsbedrijf BDO publiceert jaarlijks een Benchmark Ziekenhuizen. Uit de vergelijking van een aantal kengetallen van Gelre ziekenhuizen met andere grote ziekenhuizen blijkt dat Gelre

ziekenhuizen beneden gemiddeld scoort op rendement (0,58% in Gelre, 2% gemiddeld onder grote ziekenhuizen), solvabiliteitsratio (25,98% Gelre, 32,4% gemiddeld), EBITDA/opbrengsten (7,50% Gelre, 8,84% gemiddeld) en debt service coverage ratio (1,38% Gelre, 2,47% gemiddeld). In de financiële stresstest van BDO onder 64 algemene ziekenhuizen staat Gelre in 2021 op plaats 53 en krijgt het van BDO een 6 als gemiddeld rapportcijfer.

Hoewel het jaarverslag nog niet beschikbaar is, lijkt 2022 financieel geen goed jaar te zijn geweest voor Gelre ziekenhuizen. Naar verluidt is over 2022 een verlies geleden van €20 miljoen. De omslag van een bescheiden winst in 2021 naar een behoorlijk verlies in 2022 lijkt vooral te worden veroorzaakt door het hoge ziekteverzuim, de inhuur van duurder tijdelijke personeel, een relatief groot 'verkeerde bedden' probleem en een tegenvallende omzet door personeelsgebrek. De 'verkeerde bed problematiek zorgt voor verminderde inkomsten en verlies voor het ziekenhuis. Als inmiddels voor een patiënt waarvan de ziekenhuisbehandeling is voltooid een indicatie voor verblijf in een verpleeghuis is afgegeven (een Wlz indicatie), kan het ziekenhuis nog slechts een beperkt bedrag (€347,66 per dag) voor deze patiënt in rekening brengen. De Gelre ziekenhuizen lijken ook onvoldoende financieel voordeel te hebben gehaald uit de fusie van de beide ziekenhuizen.

De vooruitzichten voor 2023 zijn eveneens niet positief. Ziekenhuizen hebben te maken met stijgende kosten als gevolg van de hogere prijzen voor energie, materialen en personeel. In de recent afgesloten ziekenhuis CAO is een flinke salarisverhoging afgesproken. Deze stijgende kosten worden niet gedekt door de stijging van de tarieven. De compensatie voor de gestegen salarissen die het kabinet met Prinsjesdag bekend heeft gemaakt - de zogenaamde OVA compensatie - is minder dan de loonstijging die in de CAO is afgesproken. Zorgverzekeraars zijn ook niet bereid ziekenhuizen volledig te compenseren voor de gestegen kosten. Dit komt mede doordat zorgverzekeraars zelf het afgelopen jaar verlies hebben geleden, onder andere als gevolg van tegenvallende beleggingsresultaten. Het valt te verwachten dat een groot aantal ziekenhuizen dit jaar verlies zullen leiden. Dit zou ook voor Gelre ziekenhuizen kunnen gelden.

Voor Gelre ziekenhuizen geldt dat ze bovenop de financiële problemen waar alle ziekenhuizen dit jaar mee kampen de oorzaken van het forse verlies over 2022 nog niet aangepakt zijn. Een nog omvangrijker verlies over 2023 zou in combinatie met een verlies over 2022 van ongeveer €20 miljoen tot een acuut financieel probleem kunnen leiden en de continuïteit van het ziekenhuis in gevaar kunnen brengen.

De vraag is of de voorgestelde reorganisatie - de afschaling van de SEH en sluiting van de verloskunde in Zutphen - de oorzaken van de financiële tegenvallers zal oplossen? Waarschijnlijk niet. De sluiting van de acute verloskunde levert naar verluidt een besparing op van €2,7 miljoen. De afschaling van de SEH bespaart ongeveer €1,6 miljoen. Dat is in totaal ongeveer €4,3 miljoen. Dat is slechts een beperkt deel van de totale ombuiging van €20-40 miljoen die Gelre ziekenhuizen naar eigen zeggen dient te realiseren.

Het ziekenhuis zal meer moeten doen om de financiën op orde te krijgen. Terugdringen van het hoge ziekteverzuim bijvoorbeeld. Het ziekteverzuim in de zorg is hoger dan in andere bedrijfstakken. Naar verluidt is het ziekteverzuim in Gelre ziekenhuizen ook nog eens hoger dan gemiddeld in de ziekenhuizen. Voor dit hoge ziekteverzuim zijn vele oorzaken aan te wijzen. Een hoge werkdruk - onder andere als gevolg van de COVID-19 crisis en de inhaalzorg nadien - met een grote fysieke en mentale belasting en onregelmatige werktijden zijn twee belangrijke oorzaken. Weinig autonomie en zeggenschap over werktijden en mogelijkheden om de werkdruk te verminderen is een andere belangrijke factor. De hoge werkdruk en het gebrek aan zeggenschap over de werktijden komt mede door de personeelstekorten in de zorg. Zo ontstaat een vicieuze cirkel van personeelstekorten, hoge

werkdruk en weinig autonomie voor zittend personeel. Deze leiden tot een toename van het ziekteverzuim en van het tekort aan inzetbaar personeel.

Voor een deel is het ziekteverzuim het gevolg van gebrekkig werkgeverschap, waarbij te weinig wordt gedaan om de werkdruk te verminderen en personeel meer invloed te geven op hun werktijden. De aandacht voor het welzijn van met name het verpleegkundig personeel in ziekenhuizen schiet vaak tekort. De voorgestelde reorganisatie zal hier niet direct iets aan veranderen. De oorzaken van het hoge ziekteverzuim en de daarmee gepaard gaande extra kosten voor het inhuren van tijdelijk personeel worden door de reorganisatie niet weggenomen. De aangekondigde reorganisatie heeft het probleem van het hoge ziekteverzuim eerder verergerd.

De voorgestelde reorganisatie heeft tot onrust onder het personeel geleid. Deze onrust is op zichzelf al een bron van ziekteverzuim. De aankondiging van de sluiting van de acute verloskunde is waarschijnlijk een belangrijke oorzaak dat het ziekteverzuim op deze afdeling inmiddels 50% is. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarbij een hoog ziekteverzuim voor de RvB aanleiding is tot reorganisatie en de aangekondigde reorganisatie tot gevolg heeft dat het ziekteverzuim nog verder toeneemt.

De aangekondigde reorganisatie zal ook het personeelsverloop vergroten en daarmee het personeelstekort verergeren. Een deel van het verplegend personeel dat op de afdelingen op de locatie Zutphen werken die zullen sluiten of waarvan de zorg wordt afgeschaald, zal niet bereid zijn om op de locatie Apeldoorn te gaan werken. Zij zullen elders op andere afdelingen op de locatie Zutphen gaan werken of besluiten een baan buiten het ziekenhuis te gaan zoeken (bijvoorbeeld in een ander ziekenhuis). Gezien het tekort aan verpleegkundig personeel zal het vinden van een andere baan niet al te moeilijk zijn. Hetzelfde geldt voor een deel van het personeel op de locatie Apeldoorn dat werkzaam is op afdelingen die naar Zutphen verhuizen. De voorgestelde reorganisatie zal dus - zeker op de korte termijn - de personeelstekorten, het ziekteverzuim en de extra kosten voor het inhuren van tijdelijk personeel eerder vergroten dan verkleinen.

Reorganisatie kost geld. Nieuwe afdelingen moeten worden opgetuigd, bestaande afdelingen moeten worden ingekrompen of gesloten. In een situatie waarbij het ziekenhuis verlies lijdt, zijn de financiële middelen er vaak niet of onvoldoende om een reorganisatie goed uit te voeren. Daar komt bij dat de ziekenhuizen dit jaar worden geconfronteerd met een sterke kostenstijging, onder andere als gevolg van de stijging van de CAO lonen. Aangezien de loonkosten meer dan de helft van de totale kosten van de Gelre ziekenhuizen uitmaken, leidt een sterke stijging van de lonen tot een flinke stijging van de kosten. Deze kostenstijging wordt in dit jaar niet volledig gecompenseerd door een stijging van de tarieven. Het gevolg is dat veel ziekenhuizen dit jaar verlies zullen leiden en zullen moeten bezuinigen. Bij de Gelre ziekenhuizen zal dit mogelijk ten koste gaan van de financiële ruimte voor het uitvoeren van de voorgestelde reorganisatie. Dit roept de vraag op of het vanuit financieel oogpunt verstandig is om op dit moment een reorganisatie in gang te zetten.

Reorganisatie kost ook inkomsten. Een deel van de patiënten op de locatie Zutphen zullen voor acute zorg naar Deventer en andere ziekenhuizen gaan. Door de negatieve aandacht en publiciteit die Gelre ziekenhuizen nu krijgt zullen mogelijk ook patiënten die voor niet acute aandoeningen naar het ziekenhuis moeten voor een ander ziekenhuis kiezen. Een deel van de patiënten die nu naar de locatie Apeldoorn gaan voor planbare zorg, zullen na concentratie van planbare zorg in Zutphen ervoor kiezen naar een ander ziekenhuizen te gaan. Gelre ziekenhuizen verwacht zelf dat slechts 30% van de bevallingen die nu in het ziekenhuis in Zutphen plaatsvinden na sluiting van het ziekenhuis in Apeldoorn zullen plaatsvinden. Kortom, 70% van de omzet van de geboortezorg in Zutphen raakt verloren voor Gelre ziekenhuizen na sluiting van de verloskunde in Zutphen. Waarschijnlijk zal ook een belangrijk deel van de spoedeisende hulp en planbare zorg uit Gelre ziekenhuizen verdwijnen na

sluiting van de SEH en concentratie van planbare zorg in Zutphen. Hierdoor zal Gelre ziekenhuizen omzetverlies leiden. Voor de aanpak van de verkeerde bed problematiek - een door de RvB genoemde oorzaak van het verlies - is het ziekenhuis afhankelijk van het beschikbaar komen van extra plaatsen in verpleeghuizen in de regio en van een groter aanbod van het volledig pakket thuis van instellingen voor langdurige zorg. Het kabinet heeft echter als beleid dat er nog maar mondjesmaat niet verpleeghuisplaatsen bij mogen komen. Ook hier valt zonder extra maatregelen op korte termijn dus geen oplossing te verwachten voor het financiële probleem waar Gelre ziekenhuizen mee kampt.

Overal in de zorg lopen wachttijden op door personeelsgebrek en een door vergrijzing toenemende vraag naar zorg. Het hoge ziekteverzuim en het grote personeelsverloop spelen hierbij een belangrijke rol. Als de omliggende ziekenhuizen een grotere toeloop van patiënten krijgen doordat patiënten Gelre ziekenhuizen mijden vanwege de reisafstand of andere reden, zullen deze ziekenhuizen dit kunnen oplossen door het aantrekken van extra personeel of door het verder laten oplopen van de wachttijden. Voor het aantrekken van extra verplegend personeel zouden zij zich kunnen wenden tot het personeel van Gelre ziekenhuizen dat vanwege de reorganisatie op zoek gaat naar een andere werkgever.

De conclusie is dat de financiële problemen voor Gelre ziekenhuizen groot zijn en in de komende tijd nog groter kunnen worden. De nu aangekondigde reorganisatie lost het financiële probleem niet volledig op, meer is nodig om het tij te keren. Het zal tijd kosten en een plan van aanpak dat meer omvat dan de afschaling van de SEH en sluiting van de verloskunde in Zutphen om de financiële problemen te boven te komen. Het risico bestaat dat de aangekondigde reorganisatie en de reacties er op ertoe leiden dat Gelre ziekenhuizen in een negatieve spiraal terecht komt.

- Zijn er andere ontwikkelingen die een herallocatie van zorgfuncties rechtvaardigen?

Aan het verdwijnen van vormen van medisch specialistische zorg in de nabijheid liggen een aantal oorzaken ten grondslag. De belangrijkste daarvan is de schaalvergroting als gevolg van fusies van ziekenhuizen. Vergeleken met andere landen zijn ziekenhuisorganisaties in ons land veel grootschaliger. Ook ziekenhuislocaties zijn in ons land groter dan elders. Het aantal ziekenhuisbedden is in ons land wel een stuk lager dan bijvoorbeeld in Duitsland, maar een gemiddeld Nederlands ziekenhuis is veel groter en heeft meer bedden dan een ziekenhuis in Duitsland. De concentratie van ziekenhuiszorg door fusies en overnames heeft geleid tot specialisatie en taakverdeling tussen locaties van eenzelfde ziekenhuisorganisatie. Bij ziekenhuizen met meerdere locaties wordt de laatste jaren steeds vaker een van de locaties omgebouwd tot een centrum voor planbare zorg waar geen acute zorg geleverd wordt. Een recent voorbeeld is het Haga ziekenhuis in Den Haag en Zoetermeer, waarbij de laatste locatie zich richt op planbare zorg. Ook tussen ziekenhuizen is - bijvoorbeeld op het gebied van kankerzorg - sprake van toenemende concentratie en taakverdeling, waardoor niet alle zorg nog binnen de ziekenhuisorganisatie wordt aangeboden. Naast schaalvergroting spelen ook het verplaatsen van zorg naar de huisartsen en naar de thuissituatie een rol bij het verdwijnen van functies uit het ziekenhuis.

De toenemende concentratie van zorg uit zich ook in het aantal SEH posten in Nederland. In 2022 waren er 80 ziekenhuizen met een basis-SEH met 24/7 beschikbaarheid. Het aantal basis-SEH posten wordt snel minder: in 2016 waren er nog 90 basis-SEH's in Nederland (https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/regionaal/seh#:~:text=80 ziekenhuislocaties met een 24,locaties met een basis-SEH).

Kenmerkend voor de trend naar concentratie en specialisatie is dat de zorg in toenemende mate rond de arts wordt geconcentreerd. Het is vooral concentratie van medisch specialisten. Voor patiënten betekent dit dat zij verder moeten reizen als zij medisch specialistische zorg nodig hebben

en bij meerdere aandoeningen ook vaker in verschillende ziekenhuizen behandeld worden. Opvallend is dat bij deze concentratie en specialisatie vrijwel geen rekening wordt gehouden met de beschikbaarheid van verpleegkundigen, hoewel het tekort aan verpleegkundigen aanzienlijk groter is dan het tekort aan medisch specialisten en medisch specialisten voor hun werk vaker bereid zijn te verhuizen en langer te reizen dan verpleegkundigen.

- Welke zorg en van welke kwaliteit mogen inwoners in Zutphen en de regio (= omliggende gemeenten) verwachten op de locatie Gelre Ziekenhuizen Zutphen?

In 2022 had Zutphen 48.330 inwoners en was daarmee in grootte de 97e gemeente in ons land. Het is ook een van de kleinste gemeenten met een volwaardig ziekenhuis. Van de gemeenten die kleiner zijn dan Zutphen heeft Schagen (46.833 inwoners) een vestiging van de Noordwest ziekenhuisbezoek met poliklinieken en een diagnostisch centrum. In Veldhoven (45.822) is een van de twee vestigingen van het Maxima Medisch Centrum gevestigd. Dit ziekenhuis biedt volwaardige zorg. In Veldhoven wordt onder meer complexe en acute zorg geleverd, waaronder acute harthulp. Het VieCuri ziekenhuis heeft een locatie in Venray (43.964 inwoners). Op deze locatie is een breed aanbod van vooral planbare zorgfuncties maar geen spoedeisende hulppost. In Tiel (42.277 inwoners) is het Rivierenland ziekenhuis gevestigd met een breed palet aan zorgfuncties inclusief SEH. Steden van vergelijkbare of iets grotere omvang als Zutphen met een volwaardig ziekenhuis zijn onder andere Het Van Weel- Bethesda ziekenhuis in Dirksland (50.452 inwoners), het Koningin Beatrix ziekenhuis in Winterswijk (29.253 inwoners) en het Antonius ziekenhuis in Sneek (66.236 inwoners). Daarentegen zijn er ook gemeenten van vergelijkbare omvang zonder volwaardig ziekenhuis. Het Isala ziekenhuis heeft een vestiging in Meppel (34.761 inwoners) waar geen verloskunde is. De Treant groep heeft een ziekenhuisvestiging in Stadskanaal (31.851 inwoners) met alleen planbare zorg. Het Tergooiziekenhuis heeft een vestiging in Blaricum (12.359 inwoners). Vanaf mei 2023 is daar geen spoedeisende hulppost meer. Veel grotere gemeenten - denk aan Lelystad (81.214 inwoners) en Zoetermeer (125.767 inwoners) of Oss (91.451 inwoners) - hebben geen volwaardig ziekenhuis meer. Andere, met Zutphen vergelijkbare gemeenten, als Middelburg (49.199 inwoners), Katwijk (66.032 inwoners) en Houten (50.323 inwoners) hebben geen ziekenhuis en hooguit een polikliniek van een ziekenhuis in de buurt (zie https://allecijfers.nl/ranglijst/grootste-en-kleinste-gemeenten-in-inwoners-in-nederland/).

- Wat is de minimale zorgdrempel die past bij dit gebied? (zoals hoeveelheid bevallingen?)

Belangrijk bij de vraag of de 24/7 basis-SEH en de acute verloskunde in Zutphen kunnen sluiten is de bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen. Het RIVM hanteert hierbij het begrip ‘gevoelig ziekenhuis’. Uit de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM uit 2022 blijkt dat voor de 24/7 basis-SEH en de acute verloskunde de Gelre ziekenhuizen voor 300 inwoners in Apeldoorn een ‘gevoelig ziekenhuis’ is (https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-07/Bereikbaarheidsanalyse-SEHs-en-acute-verloskunde-2022.pdf). Een ziekenhuis is gevoelig als door sluiting van de 24/7 basis-SEH of de acute verloskunde het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten met een ambulance naar het ziekenhuis kan worden gebracht toeneemt. In antwoord op Kamervragen heeft minister Kuipers aangegeven dat ook na sluiting van de SEH en de acute verloskunde in Zutphen patiënten binnen 45 minuten in het ziekenhuis kunnen zijn. Gemiddeld neemt door sluiting van de SEH en de acute verloskunde in Zutphen de reistijd met 8 minuten toe met een bandbreedte van 1 tot 16 minuten (https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D12663). Zoals hierboven is aangegeven streeft minister Kuipers van Volksgezondheid er naar om deze 45-minutennorm af te schaffen en te vervangen door andere kwaliteitscriteria voor de spreiding van de SEH en acute verloskunde.

De omvang van de SEH in Zutphen is relatief klein. Uit cijfers voor 2019 blijkt dat er in Zutphen gemiddeld 33 patiënten per dag op de SEH komen. In Apeldoorn is dat gemiddeld 60 per dag. Gemiddeld voor alle SEH's in ziekenhuizen zijn dat zo'n 70 patiënten per dag. Zowel de SEH in Zutphen als in Apeldoorn zijn dus (beduidend) kleiner dan gemiddeld. De meeste van de patiënten komen tussen 8 en 18 uur naar de SEH. Gemiddeld komen er overdag iets minder dan 3 patiënten per uur op de SEH in Zutphen. In de avond en nacht is dat minder dan 1 per uur. Tussen middernacht en 8 uur komen gemiddeld 3 patiënten naar de SEH in Zutphen. Tussen 16 uur en middernacht zijn dat er gemiddeld 11 (https://open.overheid.nl/documenten/ronl-88424ffd-17bf-46c5-9fa6-54bc1d7a6adc/pdf)

Bevallingen vinden in de regel thuis, in een geboortecentrum, poliklinisch in het ziekenhuis (eerstelijn) of klinisch in het ziekenhuis (tweedelijns) plaats. Uit de antwoorden van minister Kuipers op vragen van het CDA Tweede Kamerlid Joba van den Berg van 28 maart 2023 bleek dat er in de jaren 2020, 2021 en 2022 respectievelijk 799, 664 en 686 geboortes waren in het ziekenhuis in Zutphen. Dat zijn gemiddeld 1,8 - 2,2 geboortes per dag. Hiervan waren er 100-130 poliklinisch en 564-669 klinische bevallingen. Van de 686 bevallingen in 2022 waren 578 klinisch en 108 poliklinisch. Bij poliklinische bevallingen wordt de bevalling begeleid door een verloskundige, bij een klinische bevalling is een arts of gynaecoloog hierbij betrokken.

Het aantal klinische geboorten is betrekkelijk laag om een volwaardig klinisch geboortecentrum mee in stand te houden. Voor 24/7 beschikbaarheid van acute verloskunde is ongeveer 5,5 fte aan gynaecoloog nodig. Bij gemiddeld 1,5 - 1,8 klinische geboorten per dag kan het zijn dat gynaecologen tijdens sommige diensten betrekkelijk weinig te doen hebben. Daarbij komt dat bij klinische bevallingen ook operatiekamercapaciteit, IC bedden en neonatologiebedden beschikbaar moeten zijn. Hiervoor moet ook personeel aanwezig zijn. Omgekeerd, als geen klinische bevallingen in het ziekenhuis meer plaatsvinden is ook de aanwezigheid van deze capaciteit minder noodzakelijk en zal ook naar elders verplaatst kunnen worden. Hetzelfde geldt voor de personele capaciteit die nodig is voor verloskamers, operatiekamers, ic bedden en neonatologiebedden.

Na sluiting van de acute verloskunde zullen zwangere vrouwen moeten uitwijken naar andere ziekenhuizen in de omgeving. Volgens de bereikbaarheidsanalyse van het RIVM zal 10% naar Apeldoorn gaan, 55% naar Deventer, 25% naar Doetinchem en 10% naar Winterswijk. In het continuiteitsplan dat Gelre ziekenhuizen heeft opgesteld wordt vermeld dat volgens opgave van verloskundigen in Zutphen de verdeling er als als volgt uitzien: Deventer 30%, Apeldoorn 30%, Arnhem 10%, Doetinchem 27% en Winterswijk 3%. De opgave van de verloskundigen zijn gebaseerd op de mobiliteitsstromen tijdens de tijdelijke sluiting van de acute verloskunde in 2021. Waarschijnlijk zal een deel van de vrouwen in Zutphen die er nu nog voor kiest thuis te bevallen na sluiting kiezen voor een ziekenhuisbevalling. Het totaal aantal ziekenhuisbevallingen zal dus waarschijnlijk nog iets hoger zijn.

Een bijkomend gevolg van het feit dat minder kinderen in (het ziekenhuis in) Zutphen worden geboren, is dat minder kinderen Zutphen als hun geboorteplaats in hun paspoort zullen dragen.

Er bestaat geen norm of zorgdrempel voor het aantal bevallingen. In bijvoorbeeld Schiedam - een grotere gemeente met meer bevallingen dan in Zutphen - is bevallen in het plaatselijke ziekenhuis niet meer mogelijk. Ook in Zoetermeer - waar ongeveer 1200 bevallingen per jaar plaatsvinden - zijn plannen om de afdeling verloskunde te sluiten.

De RvB heeft aangegeven dat sluiten van de afdeling verloskunde geen gevolgen zal hebben voor de polikliniek kindergeneeskunde en de polikliniek voor ouders met een kinderwens (IVF). De

verpleegafdeling van de kindergeneeskunde is al in Apeldoorn gelokaliseerd, dus daar zal geen verandering in komen na het sluiten van de verloskunde in de locatie Zutphen.

De vraag is of de concentratie van de acute verloskunde in Apeldoorn niet tot problemen leidt. De gynaecologen en andere artsen zullen waarschijnlijk de minste moeite hebben om vanuit Zutphen naar Apeldoorn te verhuizen. De binding via de maatschap maakt dat dat het eenvoudigst is. Het is evenwel niet ondenkbaar is dat sommige gynaecologen werk zullen zoeken in andere ziekenhuizen die dichterbij huis gelegen zijn of waar ze het werken aantrekkelijker vinden. Het tekort aan gynaecologen leidt er toe dat ze niet allemaal strikt gebonden zijn aan Gelre ziekenhuizen. Voor verpleegkundigen en ander zorgpersoneel dat werkzaam is bij de acute verloskunde ligt dat anders. Zij zijn soms minder gericht op een carrière, niet gebonden door een maatschap en voor hen is door het personeelstekort in de zorg ook ruime mogelijkheden om een baan elders en dichtbij huis te vinden. De aangekondigde sluiting van de acute SEH heeft inmiddels tot een enorme toename van het ziekteverzuim geleid waardoor onmiddellijke sluiting onvermijdelijk werd.

De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) geeft in een reactie aan het te betreuren dat Gelre ziekenhuizen voornemens is de afdeling acute verloskunde te willen sluiten en stelt dat “in tijden van capaciteitsproblematiek is het onverstandig om verloskamers te sluiten” (https://www.knov.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht/kritische-kamervragen-over-aangekondigde-sluiting-verloskunde-afdeling-gelre-ziekenhuis-zutphen).

- Welke mogelijke gevolgen heeft afschaling van de SEH en sluiting van de verloskunde voor andere afdelingen in het ziekenhuis? Oftewel wat is de samenhang tussen deze afdelingen en andere afdelingen, en wat zijn dan mogelijke gevolgen? Welk waterbedeffect kan er ontstaan?

Ongeveer 1,7 miljoen mensen bezoeken jaarlijks een SEH post in een ziekenhuis. Het aantal ziekenhuisopnames (inclusief dagopnames) bedraagt ongeveer 2,7 miljoen. Een belangrijk deel van de patiënten komt derhalve via de SEH het ziekenhuis binnen. Voor sommige specialisaties - zoals cardiologie en orthopedie - komt een deel van de instroom van patiënten via de SEH en een ander deel via een polikliniekbezoek het ziekenhuis binnen. Bij andere specialismen - zoals bijvoorbeeld de oncologie - komen patiënten vooral via een polikliniekbezoek het ziekenhuis binnen. Bij sommige specialismen - zoals bijvoorbeeld de orthopedie - is een scheiding tussen planbare en acute zorg goed te maken. Bij andere specialismen - zoals bijvoorbeeld bij de cardiologie - is dat minder goed mogelijk. Wel is voor vrijwel alle specialismen een (fysieke) scheiding tussen poliklinische en klinische zorg te maken.

De RvB heeft kenbaar gemaakt om van de locatie Zutphen een focuskliniek voor planbare zorg te willen maken. Wat de RvB hier precies onder verstaat is onduidelijk. In de berichtgeving wordt steeds verwezen naar orthopedische ingrepen. Soms worden daarnaast ook liesbreuken en galblaasoperaties genoemd. Dat is dus beperkter dan een kliniek voor planbare zorg. Of ook andere vormen van planbare zorg, zoals bijvoorbeeld chemotherapie voor kankerpatienten of geplande behandeling voor hartpatiënten, ook in Zutphen aanwezig blijven is onduidelijk. De nadruk op een focuskliniek voor orthopedie wekt de indruk dat uitsluitend deze zorg in Zutphen aanwezig blijft.

Een profilering van locaties van ziekenhuizen met meerdere vestigingen valt vanuit het oogpunt van ziekenhuisefficiëntie te verdedigen. Of profilering van locaties tot meer efficiëntie en betere kwaliteit leidt valt moeilijk vooraf en in het algemeen te zeggen. Het hangt zeer sterk af van de omstandigheden of profilering ook tot verbetering leidt.

Of ook de poliklinische zorg voor orthopedie uitsluitend in Zutphen zal worden geconcentreerd of dat dit ook in Apeldoorn beschikbaar zal blijven is niet duidelijk. Vanuit efficiëntie oogpunt zou

concentratie van de polikliniek wel voor de hand liggen, aangezien poliklinieken vaak een groot beslag op de huisvestingsruimte doet en poliklinische ruimtes vaak niet erg efficiënt worden benut. Daar staat wel tegenover dat het concentreren van poliklinieken voor orthopedie in Zutphen tot verlies aan adherentie in Apeldoorn kan leiden.

Een focuskliniek orthopedie suggereert dat het om meer gaat dan alleen het concentreren van de planbare orthopedie, maar dat Gelre ziekenhuizen van Zutphen een groot en onderscheidende kliniek wil maken voor orthopedische zorg in de regio en ook patiënten van buiten het eigen adherentiegebied wil aantrekken. Aan een dergelijke ambitie zijn wel beperkingen verbonden. Zelfstandige behandelcentra (zbc's) kunnen laagcomplexe orthopedische interventies meestal goedkoper uitvoeren dan ziekenhuizen. Verder is in Nijmegen een grote en goed bekend staande focuskliniek voor orthopedie, de Maartenskliniek. Een focuskliniek orthopedie zal hiermee op prijs en kwaliteit moeten concurreren. Het is verder de vraag of zorgverzekeraars zitten te wachten op een focuskliniek orthopedie in Zutphen die patiënten uit de adherentiegebieden van de omliggende ziekenhuizen aantrekt. Verzekeraars hebben de ervaring dat groei van het aantal patiënten in het ene ziekenhuis - bijvoorbeeld door een focuskliniek orthopedie - meestal niet gepaard gaat met krimp in andere ziekenhuizen. Een focuskliniek met een bovenregionale aantrekkingskracht zal door de zorgverzekeraars snel worden gezien als een extra kostenpost. In het Integraal Zorgakkoord is afgesproken dat het aantal behandelingen en daarmee de reële kosten van de ziekenhuizen de komende jaren met niet meer dan ongeveer 0,5% per jaar mag toenemen. Deze zeer beperkte mogelijkheid voor groei legt ook een beperking op aan de ambitie om tot een bovenregionale centrum voor orthopedie uit te groeien. Zorgverzekeraars zitten er ook niet op te wachten dat een focuskliniek tot verlies aan marktaandeel bij andere ziekenhuizen leidt, vanwege de impact op de concurrentieverhoudingen tussen ziekenhuizen. Ook kan het gevolgen hebben voor de financiële stabiliteit van de omliggende ziekenhuizen.

- Welk mogelijke gevolgen heeft dit voor de inwoners van Zutphen en de regio? (o.a. bereikbaarheid ziekenhuiszorg, andere geboortezorg)

Het gevolg van het afschaffen van de 24/7 SEH is dat ambulances in het overgrote deel van de gevallen niet meer naar de locatie Zutphen zullen gaan, maar naar Apeldoorn, Deventer of een ander ziekenhuis in de regio zullen rijden. Voor een bevalling in het ziekenhuis zal ook verder gereisd moeten worden nadat de acute verloskunde in Zutphen is gesloten. Niet alleen patiënten die acute zorg nodig hebben zullen verder en langer moeten reizen, dit geldt ook voor familie en anderen die deze patiënten in het ziekenhuis willen bezoeken. Tegenover deze langere reistijd staat mogelijk wel dat de kwaliteit van zorg die deze patiënten in het ziekenhuis ontvangen beter wordt. De gedachte achter concentratie en schaalvergroting is immers dat specialisatie en een groter aantal verrichtingen tot betere zorg leidt. Of dat uiteindelijk ook het geval is, zal moeten blijken.

Bij planbare zorg spelen verschillende factoren een rol bij de keuze voor een zorgaanbieder. Dit zijn naast de bereikbaarheid en reisafstand ook de kwaliteit en de wachttijd. Vooral dit laatste element speelt een steeds belangrijker rol naarmate de wachttijden oplopen.

- Is het te verwachten dat een aanzienlijk deel van de thuisbevallingen na verplaatsing van spoedeisende verloskunde in het ziekenhuis zal plaatsvinden?

Het aantal thuisbevallingen is de afgelopen decennia flink afgenomen. In 2021 vond 13,9% van alle bevallingen thuis plaats. Bijna driekwart van alle bevallingen vinden plaats in het ziekenhuis (https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/bevallingen). Het sluiten van de acute verloskunde in Zutphen zal ertoe leiden dat vrouwen die een voorkeur hebben voor thuisbevallen eerder zullen besluiten de bevalling niet thuis maar in het ziekenhuis te laten plaatsvinden. Ook verloskundigen zullen

waarschijnlijk eerder besluiten tot een ziekenhuisbevalling vanwege de langere reistijd. Dit gaat wellicht in tegen de wens van sommige vrouwen om thuis te bevallen, maar vanuit een oogpunt van kwaliteit van zorg is bevalling in een goed geoutilleerd ziekenhuis wel te prefereren.

- In hoeverre is een volwaardige IC haalbaar, wanneer deze alleen ingezet wordt als achtervang voor planbare zorg?

Op de intensive care afdeling van de Gelre ziekenhuizen locatie Zutphen zijn gewoonlijk 2-3 intensive care bedden bezet (https://www.ic-gelre.nl/info-ic-afdelingen/info-ic-zutphen). Als de locatie Zutphen een focuskliniek voor orthopedie wordt, is het zeer wel mogelijk dat enkele of zelfs alle IC bedden in Zutphen zullen verdwijnen. Het ziekenhuis kan er voor kiezen alle IC bedden te sluiten en alleen relatief gezonde patiënten in Zutphen te behandelen voor wie de kans dat er complicaties optreden en de patiënt op de IC moet worden behandeld klein is. Als tijdens de operatie of behandeling toch complicaties optreden zullen deze patiënten per ambulance naar Apeldoorn of Deventer worden gebracht om daar op de IC te worden behandeld.

- Er wordt flink op ingezet dat ambulances de eerste hulp gaan verlenen? Maar kan dat wel en is dat geen wensdenken? Zijn er niet legio aandoeningen die je echt niet ter plekke kunt behandelen (zoals geboorten en bepaalde hersenaandoeningen) en moet de patiënt dan niet zo spoedig mogelijk naar een ziekenhuis dichtbij?

Sluiting van de 24/7 SEH vereist uitbreiding van de ambulancedienst. Vanwege de langere rijtijden is meer capaciteit nodig. Binnen de wettelijke 45-minutennorm voor de aanrijtijd van de ambulance is er bij het ambulancevervoer in sommige gevallen een afruil tussen de snelheid waarin het ziekenhuis wordt bereikt en de kwaliteit van zorg die het ziekenhuis kan bieden. Kort gezegd: het dichtstbijzijnde ziekenhuis is niet altijd het ziekenhuis waar de patiënt de best mogelijke zorg krijgt. Voor de patiënt kan het in sommige gevallen beter zijn verder te reizen en in een beter toegerust ziekenhuis opgenomen te worden.

De mogelijkheden voor het verlenen van zorg in de ambulance en tijdens de rit naar het ziekenhuis zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. De zorg voor patiënten die een beroerte hebben gehad, kan al in de ambulance worden gestart. Echter, dit geldt voor sommige aandoeningen maar niet voor alle. Dit zou pleiten voor een ziekenhuis dichtbij. Echter hier zijn twee belangrijke kanttekeningen te maken. De eerste is dat het ziekenhuis dichtbij soms niet de meest geschikte plek is om de patiënt te behandelen. Voor ernstige en complexe aandoeningen, zoals bijvoorbeeld een beroerte, kan het beter zijn dat de patiënt niet naar het dichtstbijzijnde maar naar het best geoutilleerde ziekenhuis wordt vervoerd. De tweede kanttekening is dat er een wettelijke norm is dat voor acute zorg patiënten binnen 45 minuten in het ziekenhuis moet kunnen zijn. Na sluiting van de 24/7 SEH en acute verloskunde blijft dat voor patiënten in Zutphen en omstreken volgens de berekeningen van het RIVM het geval. Het voornemen van minister Kuipers om de 45-minutennorm door meer medisch onderbouwde en gedifferentieerde kwaliteitsnormen voor bereikbaarheid van de SEH te vervangen, lijkt verstandig. Voorwaarde is wel dat goede medisch onderbouwde kwaliteitsnormen worden gedefinieerd. Dat kan in de praktijk nog wel eens moeilijk blijken te zijn.

Sluiting van de acute verloskunde en afschaling van de SEH zal tot een groter beroep op ambulancezorg leiden. Dit levert voor Gelre ziekenhuizen een (beperkte) besparing op. De maatschappelijke kosten nemen door deze maatregelen echter toe. Op verzoek van de Vereniging van Samenwerkende Algemende Ziekenhuizen (SAZ) - een vereniging van algemene of streekziekenhuizen - heeft onderzoeksbureau TNO onderzoek gedaan naar de mogelijke besparingen van nachtsluiting van de acute zorg (zie https://open.overheid.nl/documenten/ronl-d363bcad00354185048a452fb4cad2f792072446/pdf). TNO concludeert dat nachtsluiting van

kleinere SEH's geen oplossing biedt voor het personeelstekort in de ziekenhuizen. De besparing op personeel door nachtsluiting blijkt verwaarloosbaar klein. Nachtsluiting is per saldo kostenverhogend omdat het leidt tot veel extra inzet van ambulances en schaars ambulancepersoneel. In zijn reactie op het rapport stelt minister Kuipers evenwel dat op basis van het TNO rapport geen conclusies kunnen worden getrokken over de gevolgen van (nachtelijke) sluiting van SEH's in het algemeen (https://open.overheid.nl/documenten/ronl-a85bc44253c03c78391849d19a7e3baaa816d670/pdf). De minister is duidelijk voorstander van meer concentratie van spoedeisende hulp, ten koste van de kleinere SEH's.

- Welke mogelijke gevolgen zijn er voor de gemeente, als zijnde uitvoerder wetten sociaal domein?

De gevolgen voor de gemeente van de reorganisatie van Gelre ziekenhuizen liggen vooral op het terrein van de Wmo. Als gevolg van de reorganisatie zullen sommige patiënten niet meer in het ziekenhuis in Zutphen worden opgenomen, maar behandeld worden in Apeldoorn of in een ander ziekenhuis. Hierdoor zullen deze patiënten en hun naasten verder moeten reizen. Patiënten en hun naasten die niet over eigen vervoer beschikken zullen hiervoor in sommige gevallen een beroep doen op de vervoersvoorzieningen van de gemeente. Daarnaast worden de reisafstanden langer als zij niet meer in het ziekenhuis in Zutphen geholpen worden. Inwoners zonder eigen vervoersmogelijkheden zullen dus vaker en voor een grotere afstand een beroep gaan doen op de gemeente. Voor de gemeente nemen daardoor de kosten van Wmo voorzieningen toe.

- Welke mogelijke gevolgen zijn er voor de arbeidsmarkt en werkgelegenheid?

Door de reorganisatie zal voor sommige medewerkers de functie die ze hebben verplaatst worden van de locatie Zutphen naar Apeldoorn. Niet alle medewerkers waarvan de functie verhuist zullen bereid zijn om ook in Apeldoorn te gaan werken. Sommigen zullen een andere functie binnen de locatie Zutphen prefereren, anderen zullen wellicht de voorkeur geven aan een vergelijkbare of andere functie in een ander ziekenhuis, een andere zorginstelling of bij een bedrijf buiten de gezondheidszorg. Voor de verdere arbeidsmarkt en werkgelegenheid in Zutphen zal de aangekondigde reorganisatie waarschijnlijk weinig tot geen gevolgen hebben. Hetzelfde geldt voor het algehele vestigingsklimaat in Zutphen.

- Welke mogelijke gevolgen zijn er voor andere zorgpartijen, zoals huisartsen, verloskundigen, thuiszorgorganisaties?

Het is moeilijk om exact aan te geven wat de gevolgen zullen zijn voor huisartsen, verloskundigen en thuiszorgorganisaties. De gevolgen voor de huisarts zullen ongetwijfeld onderwerp zijn van gesprek tussen de lokale huisartsenvereniging en de Gelre ziekenhuizen. Het is mogelijk dat de afschaling van de SEH leidt tot een groter beroep op de huisartsen en de huisartsenpost. Ook is niet heel duidelijk welke bijdrage Gelre ziekenhuizen gaat leveren aan het Spoedplein in de avond en nacht. Mogelijk leidt dit tot extra belasting van de huisartsenpost. Daarnaast is het mogelijk dat ook overdag meer patiënten contact zoeken met de huisarts en minder snel geneigd zijn contact te zoeken met de SEH in het ziekenhuis.

De grotere toeloop van patiënten naar de huisartsenpost kan gevolgen hebben voor de bereidheid van huisartsen om zich in te zetten voor de huisartsenpost. Aan de randen van het adherentiegebied van het ziekenhuis Zutphen zullen patiënten met een acute zorgvraag naar een ander ziekenhuis dan het Gelre ziekenhuizen gaan. Met name patiënten in Voorst en Lochem zullen waarschijnlijk voor SEH en acute verloskunde niet naar Apeldoorn maar naar Deventer gaan. Dit leidt tot een situatie waarbij huisartsen in deze plaatsen diensten draaien op de huisartsenpost in Zutphen maar hun patiënten als

ze SEH of acute verloskundige zorg nodig hebben (met de ambulance) naar Deventer worden gebracht.

Een van de problemen waarmee Gelre ziekenhuizen te kampen heeft is de zogenaamde verkeerde bedproblematiek: patiënten die uitbehandeld zijn in het ziekenhuis maar voor wie niet direct een plaats in een verpleeghuis of thuiszorg beschikbaar is. Gelre ziekenhuizen zal deze verkeerde bedproblematiek moeten aanpakken om financieel weer gezond te worden. Een groter beroep op de wijkverpleging, meer beschikbare plaatsen in verpleeghuizen in de regio en een groter aanbod van het volledig pakket thuis zullen hiervan onderdeel moeten zijn. Het is niet duidelijk wat Gelre ziekenhuizen en de instellingen voor langdurige zorg in de regio doen om dit 'verkeerde bed' probleem aan te pakken.

- Welke mogelijke gevolgen zijn er voor het Deventer ziekenhuis? En andere ziekenhuizen in de omgeving (Doetinchem, Winterswijk, Enschede)?

De omliggende ziekenhuizen - en met name het ziekenhuis in Deventer - zullen te maken krijgen met een groter aantal patiënten voor SEH en verloskunde uit het verzorgingsgebied Zutphen. Ook is het mogelijk dat de negatieve berichtgeving over Gelre ziekenhuizen patiënten met andere zorgvragen ertoe brengt om naar een ander ziekenhuis in de omgeving te gaan. Het Deventer ziekenhuis heeft direct nadat Gelre ziekenhuizen haar reorganisatieplan openbaar maakte aangegeven de extra toestroom van patiënten wel aan te kunnen (https://www.dz.nl/nieuws/algemeen/gevolgen-deels-sluiten-spoedzorg-en-verloskunde-gelre-zutphen).

- Welke mogelijke gevolgen zijn er voor Zutphen als aantrekkelijke gemeente om in te wonen, werken en leven? Hierbij uitgaande dat Zutphen gaat groeien naar 50000/55000 inwoners.

Goede woningen, scholen en andere voorzieningen maken een gemeente aantrekkelijk om in te wonen. Kwalitatief goede en toegankelijke zorg is hiervan een onderdeel, maar voor jongeren en gezinnen wel van ondergeschikt belang. Voor ouderen speelt de nabijheid van zorginstellingen een grotere rol, maar ook hier is het een van de overwegingen en vrijwel nooit de belangrijkste overweging om zich in een gemeente te vestigen. Bij de bereikbaarheid van zorgvoorzieningen gaat voor veel burgers de aanwezigheid van de huisarts boven de bereikbaarheid van een ziekenhuis. Ook de aanwezigheid van levensloopbestendige voorzieningen zoals woon-zorg instellingen zullen waarschijnlijk meer prioriteit hebben dan de aanwezigheid van een ziekenhuis. De gevolgen voor de aantrekkelijkheid van de gemeente om er te wonen en te werken is daarom waarschijnlijk zeer beperkt.

Net als in veel andere regio's neemt het aantal bewoners in de regio toe, met name als gevolg van migratie. De huidige groei van het aantal inwoners heeft slechts een zeer geringe invloed op het gebruik van de (acute) zorg. Op termijn verwacht de regio een groei van 50.000 inwoners. Dit kan wel tot een merkbare toename van het zorggebruik leiden. Echter, de reorganisatie die Gelre ziekenhuizen wil doorvoeren wordt bepaald door het huidige zorggebruik en de huidige penibele financiële situatie. Het zou niet van verstandig beleid getuigen als het ziekenhuis zich zou laten leiden door onzekere toekomstige ontwikkelingen als die ten koste gaan van de huidige continuïteit.

- Is er een langere termijn toekomst voor het ziekenhuis in Zutphen of is dit een eerste stap in de volledige ontmanteling van de ziekenhuiszorg in Zutphen?

De bevolking vergrijst. Hierdoor neemt de vraag naar zorg toe. Het Centraal Planbureau heeft bij de doorrekening van de coalitieakkoord becijfert dat de zorgvraag de komende jaren met 3% per jaar zal stijgen (basispakket plus intensiveringen coalitieakkoord). Daar staat tegenover dat in het Integraal Zorgakkoord slechts een zeer beperkte groei van de medisch specialistische zorg is afgesproken: de

ziekenhuiszorg mag de komende jaren met niet meer dan 0,5% per jaar toenemen. Tussen de groei van de zorgvraag en de toegestane groei van de medisch specialistische zorg bestaat een discrepantie die door efficiency maatregelen zoals passende zorg en verplaatsing van zorg naar de huisartsen en de thuissituatie opgelost zou moeten worden. Waarschijnlijk zal deze discrepantie leiden tot knelpunten en oplopende wachtlijsten.

Gezien de toenemende zorgvraag zal er behoefte blijven aan de ziekenhuiscapaciteit die in Zutphen aanwezig is. Ook vanuit bedrijfseconomische redenen is er geen aanleiding te veronderstellen dat het ziekenhuis in Zutphen volledig ontmanteld zal worden en zal sluiten. Het ziekenhuisgebouw is betrekkelijk nieuw en nog lang niet (financieel) afgeschreven. Het zou een groot financieel verlies opleveren als Gelre ziekenhuizen het gebouw zou sluiten.

Vanwege de geringe ruimte voor groei van het aantal ziekenhuisverrichtingen zoals afgesproken in het Integraal Zorgakkoord is het evenwel niet te verwachten dat er veel ruimte is voor groei van de Gelre ziekenhuizen. De gedachte die in sommige van de stukken van de RvB van Gelre ziekenhuizen lijkt door te klinken dat Zutphen zou moeten uitgroeien tot een bovenregionaal centrum voor planbare zorg of een bovenregionale focuskliniek orthopedie lijkt daarom moeilijk te realiseren. Hetzelfde geldt voor de wens om de financiële problemen te boven te komen door de productie - en daarmee de omzet - te verhogen en ruimere contracten met de zorgverzekeraars af te sluiten. Hiervoor zijn op grond van de afspraken in het Integraal Zorgakkoord weinig mogelijkheden.

Hierbij passen wel twee kanttekeningen. De eerste is dat als Gelre ziekenhuizen door aanhoudende verliezen in een acute financiële noodsituatie geraakt en een faillissement dreigt, dan zou de toekomst van de ziekenhuislocatie Zutphen onvoorspelbaar kunnen worden. De tweede kanttekening is dat de ontmanteling van de locatie Zutphen verder kan gaan dan alleen de afschaling van de SEH en sluiting van de acute verloskunde. Het is zeer wel denkbaar dat bijvoorbeeld ook de oncologische zorg die nu nog in Zutphen wordt geboden naar Apeldoorn zal verhuizen. Gelre ziekenhuizen kan er ook voor kiezen om de IC bedden in Zutphen de sluiten en geen of nog maar beperkt nachtverblijf mogelijk te maken en in Zutphen alleen relatief gezonde patiënten te behandelen.

- Welke voorbeelden in het land zijn er waar dezelfde discussie speelt / heeft gespeeld, en welke lessen zijn hieruit te trekken?

In de afgelopen decennia zijn veel ziekenhuizen gesloten. Op dit moment telt Nederland 7 academische ziekenhuizen en 62 algemene ziekenhuisorganisaties. Deze 69 instellingen leveren zorg op 113 ziekenhuislocaties. Ter vergelijking: in 2015 waren er 8 academische ziekenhuizen en 64 algemene ziekenhuizen. Als we verder terug gaan zijn deze aantallen nog groter. Veel middelgrote steden zijn de afgelopen decennia 'hun' ziekenhuis kwijtgeraakt. Vrijwel altijd heeft fusie of sluiting van ziekenhuizen en taakverdeling en specialisatie van ziekenhuislocaties tot discussie en protest onder de lokale bevolking geleid. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat weerstand onder de lokale bevolking vrijwel nooit toe wijziging van de plannen van ziekenhuisorganisaties heeft geleid.

Een voorbeeld van vrij recente datum is het faillissement van de IJsselmeer ziekenhuis in Lelystad (77.893 inwoners in 2019). Sinds de overname door het St Jansdal ziekenhuis heeft het ziekenhuis in Lelystad geen 24/7 SEH meer, geen acute verloskunde en geen IC bedden. In Lelystad worden geen spoedoperaties gedaan en alleen geplande operaties op relatief gezonde patiënten. Alleen op maandag- en dinsdagnacht is verblijf in het ziekenhuis mogelijk, op de andere dagen is overnachting niet mogelijk. Voor spoedingrepen moeten patiënten naar de vestiging van het St Jansdal in Harderwijk of naar een ander ziekenhuis (https://www.stjansdal.nl/locaties/zorgaanbod-lelystad).

Een voorbeeld van recentere datum is het LangeLand ziekenhuis in Zoetermeer. Na het mislukken van de juridische fusie tussen het HagaZiekenhuis, het Reinier de Graaf ziekenhuis en het LangeLand ziekenhuis hebben het Haga ziekenhuis en het Langeland ziekenhuis besloten tot een fusie. Vanaf 1 juni 2023 heet het LangeLand ziekenhuis HagaZiekenhuis Zoetermeer. De reorganisatie van het ziekenhuis in Zoetermeer vertoont overeenkomsten met die in Zutphen. De 24/7 SEH zal verdwijnen evenals de IC bedden. Het Haga ziekenhuis heeft ook aangekondigd de acute verloskunde in Zoetermeer te willen sluiten. De planbare zorg van het Haga ziekenhuis zal in Zoetermeer worden geconcentreerd. In Zoetermeer blijft een orthopedisch centrum en ook delen van de kankerbehandeling zullen ook in de toekomst in Zoetermeer aanwezig zijn.

- Aan welke knoppen kan de gemeente draaien? Hoe zit het met de zorgplicht van de verzekeraar? Wanneer zakt die door het plafond en hoe kunnen we dat beïnvloeden?

Er zijn weinig 'knoppen' waar de gemeente Zutphen in deze situatie aan kan draaien. Het ziekenhuis is gehouden tot een zorgvuldig besluitvormingsproces en dient zich te houden aan de AMvB en de ministeriële regeling acute zorg. Volgens de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg *(*Wkkgz) dient het ziekenhuis in overleg te gaan met belanghebbenden waaronder de gemeente. Betrokkenen moeten ook hun visies, wensen en zorgen aan het ziekenhuis kenbaar kunnen maken. Het ziekenhuis moet ook aangeven wat er met deze visie, wensen en zorgen is gedaan. De RvB heeft in de raadsvergadering van 27 maart jl. haar plannen aan de gemeenteraad en het college van B&W toegelicht. Daarna is er op 5 april jl. een bijeenkomst geweest met de RvB van Gelre en de gemeentebesturen van Zutphen en Apeldoorn. Minister Kuipers heeft op 31 maart jl. in antwoord op Kamervragen aangegeven dat de RvB hiermee aan zijn wettelijke verplichtingen heeft voldaan (https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D12663). De minister heeft ook duidelijk aangegeven dat het ziekenhuis uiteindelijk besluit: "De zorgaanbieder moet de inbreng van partijen meewegen in de besluitvorming en aangeven wat hij met de inbreng doet en neemt uiteindelijk zelf, in overleg met de zorgverzekeraars, een besluit" (https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2023D12662). De minister voegt daar aantoe dat "de uiteindelijke uitkomst van de procedure kan, ondanks alle inspanningen, anders zijn dan betrokkenen wensen." Daarmee geeft de minister aan dat de RvB wel luistert, maar dat dit mogelijk geen verandering in de voorgenomen besluiten teweeg brengt.

Staat de gemeente Zutphen verder machteloos? Niet helemaal. Er zijn twee situaties denkbaar waarin de gemeente wel een rol kan spelen. De eerste is als de gemeente met een aantrekkelijk inhoudelijk plan komt dat een bijdrage levert aan de oplossing van de financiële problemen van Gelre ziekenhuizen, een duurzaam perspectief biedt op de (ziekenhuis)zorg en wordt omarmd door de dominante zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de belangrijkste externe financier, de Rabobank. Een inhoudelijk alternatief gebaseerd op een duurzaam perspectief als 'zorg dichtbij in Zutphen als het kan, verder weg als het moet' is mogelijk kansrijk. In gezamenlijk overleg zou gezocht kunnen worden naar oplossingen die zowel bijdragen aan het verminderen van de financiële problemen als aan goede en toegankelijke zorg in Zutphen. Naast het ziekenhuis, de gemeente en de zorgverzekeraar zouden ook de huisartsen en de instellingen voor langdurige zorg hierbij betrokken moeten worden. Onderdeel van een gezamenlijk plan voor de zorg in Zutphen zou moeten zijn dat het ziekenhuis de gemeente meer comfort geeft over de ziekenhuiszorg die in Zutphen aanwezig blijft. De gemeente zou - samen met de instellingen voor langdurige zorg - het ziekenhuis kunnen helpen bij het oplossen van de 'verkeerde bedproblematiek'. Dit kan bijvoorbeeld door de mogelijkheden voor een volledig pakket thuis te vergroten. De gemeente zou hier bijvoorbeeld aan kunnen bijdragen door het bieden van Wmo voorzieningen zoals woningaanpassingen, recreatieve en sociaal-culturele activiteiten en het bieden van sociaal vervoer aan mensen met een volledig pakket thuis.

De gemeente Zutphen is betrokken bij het opstellen van het regiobeeld en - in een latere fase - van het regioplan voor de planbare zorg in de regio. Het opstellen van het regiobeeld en regioplan gebeurt onder leiding van zorgverzekeraar Zilveren Kruis. De gemeente zou haar positie hier kunnen gebruiken om in samenwerking met Zilveren Kruis tot een voor de gemeente en Gelre ziekenhuizen aantrekkelijk plan te kunnen komen.

Een tweede - minder voor de hand liggende - mogelijkheid is dat de gemeente Gelre ziekenhuizen financiële steun aanbiedt. Als Gelre ziekenhuizen door aanhoudende verliezen in acute financiële nood raakt, dan is het mogelijk dat de RvB zelf het initiatief neem en bij de gemeenten in de regio aanklopt voor financiële ondersteuning. Een dergelijke situatie kan ontstaan als de voorgenomen reorganisatie geen of onvoldoende resultaat oplevert of als Gelre ziekenhuizen door de reorganisatie in een negatieve financiële spiraal geraakt. Dit zou dan mogelijkheden bieden voor de gemeente om in ruil voor financiële steun invloed te krijgen op de besluitvorming van het ziekenhuis. Aangezien het hier waarschijnlijk om omvangrijke bedragen gaat, is het de vraag of de gemeente hiertoe bereid en in staat is.

Conclusie en aanbevelingen

Ziekenhuizen in Nederland zijn zelfstandige (en niet op winst gerichte) ondernemingen. Dit betekent dat een ziekenhuis een grote mate van vrijheid heeft om haar activiteiten naar eigen inzicht in te richten. De overheid heeft vooral als taak om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen te garanderen. In de situatie van de Gelre ziekenhuizen betekent dit dat de overheid er op toeziet dat de 45-minutennorm voor de bereikbaarheid van de acute zorg niet wordt overschreden en de kwaliteit van zorg door de reorganisatie niet in gevaar komt. Daarnaast heeft de minister bij AMvB bepaald dat het ziekenhuis haar voorgenomen reorganisatie tijdig kenbaar maakt en belanghebbenden, waaronder de gemeente, hun visie daarop kunnen geven. De directe invloed van de gemeente op de besluitvorming van de RvB van het ziekenhuisuitgaven is dan ook beperkt. Ook de minister en de Tweede Kamer hebben weinig tot geen mogelijkheden om de besluiten van de RvB van het ziekenhuis ongedaan te maken. Het is uiteindelijk het ziekenhuis dat besluit. De enige directe mogelijkheid voor de gemeente om invloed te verwerven is als zij bereid is het ziekenhuis substantieel financieel te ondersteunen.

Gelre ziekenhuizen bevinden zich in een financieel penibele situatie. Sluiting van de acute verloskunde en afschaling van de basis-SEH lossen de financiële problemen van het ziekenhuis op zijn hoogst slechts voor een deel op. Het ziekenhuis zal meer moeten doen om financieel weer gezond te kunnen worden. Dit moet het ziekenhuis deels zelf doen, maar voor een deel heeft het daarbij ook anderen - waaronder de gemeente - nodig. Dit geldt bijvoorbeeld voor het verminderen van de ‘verkeerde bedproblematiek’ die zwaar op het ziekenhuis drukt. Het is daarom zowel in het belang van de gemeente als van het ziekenhuis om gezamenlijk een perspectief op de toekomst van de zorg in Zutphen te komen. Hiervoor zou de gemeente in gesprek moeten komen met het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en andere betrokken zorgaanbieders zoals de huisartsen en de instellingen voor langdurige zorg. Dit kan in het kader van het opstellen van een regioplan of daarbuiten.

De Gelre ziekenhuizen verkeren in een financieel moeilijke situatie en staan onder bijzonder beheer van de bank. De nu aangekondigde reorganisatie - de afschaling van de SEH, sluiting van de acute verloskunde en het herinrichten van de locatie Zutphen tot een focuskliniek voor planbare zorg - is waarschijnlijk niet voldoende om het ziekenhuis financieel weer op orde te krijgen. Daarvoor is meer nodig. Verdere reorganisatie is daarom niet uitgesloten. Daarnaast doet het ziekenhuis er verstandig aan prioriteit te geven aan het terugdringen van het ziekteverzuim en het verloop van het personeel

en aan het terugdringen van het ‘verkeerde bed probleem’. De RvB zou ook meer rekening moeten houden met de onrust die de aangekondigde plannen onder het personeel heeft veroorzaakt en de gevolgen daarvan voor het ziekteverzuim en verkoop. Het moet voorkomen dat het ziekenhuis in een negatieve spiraal belandt. Het is niet ondenkbaar dat de financiële situatie van het ziekenhuis het komende jaar nog verder zal verslechteren. De gemeente dient hier rekening mee te houden en doet er goed aan hier op voorbereid te zijn.

Een andere aanbeveling is om geen onrealistische verwachtingen te wekken. Dit geldt voor lokale bestuurders en politici, maar zeker ook voor leden van de Tweede Kamer. Ook leden van de Tweede Kamer hebben weinig invloed op de besluitvorming van het ziekenhuis. Zelfs de minister heeft dat niet. Dit is te meer het geval omdat de minister van VWS een duidelijke visie heeft op de acute zorg en de coalitiepartijen deze visie ook hebben onderschreven. De visie van de minister richt zich op concentratie en verdere schaalvergroting van de acute zorg, niet op het openhouden van kleine SEH posten. De minister heeft verder in antwoord op Kamervragen aangegeven dat Gelre ziekenhuizen aan de ministeriële regeling van de AMvB bij ziekenhuisreorganisatie voldoet. Politici dienen zich verder rekenschap te geven van de moeilijke financiële situatie waarin Gelre ziekenhuizen zich bevinden. In hun publieke uitlatingen zouden politici dat duidelijker moeten aangeven. Het wekken van onrealistische verwachtingen bij burger leidt slechts tot teleurstelling en verlies aan vertrouwen.

Uitvoering onderzoek

Dit rapport is opgesteld door Wim Groot. Wim Groot is hoogleraar gezondheidseconomie aan de Faculty of Health Medicine and Life Sciences sinds 1998 en hoogleraar evidence based education aan de School of Business and Economics sinds 2008, beide aan de Universiteit Maastricht. Van 2015 tot 2019 was hij ook hoogleraar evidence based education and labor market policy aan de Faculty of Economics and Business van de Universiteit van Amsterdam. In 1986 behaalde hij zijn doctoraal diploma economie aan de Universiteit van Amsterdam en in 1992 a promoveerde hij aan dezelfde universiteit.
Van 2007 tot 2015 was hij Kroonlid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Op dit moment is hijonder andere lid van de raad van toezicht van de Patientenfederatie, lid van de ZoNMW commissies 'Uitkomstgerichte Zorg' en 'Uitkomstgericht Organiseren en Betalen', en lid van de NWO Vici commissie. Hij was onder andere voorzitter van de IBO commissie 'preventie', lid van de ZoNMW evaluatiecommissie 'Citrienfonds' en voorzitter van NWO Veni en Vidi commissies 'Recht en Bestuur' en 'Economie en Bedrijfskunde'.
Hij heeft concultancy opdrachten gedaan voor verschillende ministeries, de provincie Limburg en voor organisaties als de Europese Commissie, de OECD en de Worldbank. Op dit moment is consultant voor de Swiss Agency for Development and Co-operation voor hervorming van het medisch onderwijs in Oekraine.
Hij heeft meer dan 360 publicaties in international wetenschappelijke tijdschriften en meer dan 55 promovendi begeleid. Hij was onder meer columnist voor het Financieele Dagblad, Algemeen Dagblad, Zorgvisie, Avanta en HO Management. Hij is momenteel columnist voor de Observant en Wynia's Week.
In 2004 ontving hij een eredoctoraat van de National University of Kiyv-Mohyla Academy in the Ukraine.
Voor meer informatie zie:
http://www.maastrichtuniversity.nl/web/Institutes/HealthServicesResearch/GrootWim.htm
https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/persons/wim-groot/publications/
https://research.com/scientists-rankings/economics-and-finance/nl
http://www.researchgate.net/profile/Wim_Groot of LinkedIn: https://www.linkedin.com/in/wim-groot-15452844/