

KLANKBORDGROEP Toekomstige Zorg Zeeland

MIDDELBURG

Middelburg, december 2016

Aan: Commissie Toekomstige Zorg Zeeland

Onderwerp: Evaluatie Tussenrapportage “Bouwend op groeiend vertrouwen”

Beste leden van de Commissie TZZ,

De Klankbordgroep TZZ heeft in haar vergaderingen van 7 november en 5 december jl. de tussenrapportage uitvoerig besproken.

Deze besprekingen hebben geleid tot de nu onderstaande evaluatie zowel van het proces als de inhoud. Wij hopen hiermee een aanzet geven tot een discussie over de verdere voortgang van het project.

Wij spreken onze waardering uit voor de transparante rapportage en de gekozen bewoordingen daarin. Het is duidelijke taal en dat bevordert de transparantie.

“Vertrouwen” is het begrip, dat als een rode draad door de rapportage heen loopt. Groeiend vertrouwen zelfs, zoals de titel kernachtig weergeeft. Dat groeiende vertrouwen is een verdienste van uw commissie, nu in het verleden nogal wat pogingen om dit te bereiken niet slaagden.

Het Zorggebouw.

Vooraf het bijvoeglijk naamwoord “groeiend” spreekt ons aan. Het doet ons denken aan een bouwproces tot een complex en functioneel bouwwerk, waaraan door de architect veel aandacht is besteed aan de wensen van de gebruiker, wil het gebouw duurzaam en toekomstbestendig staan. Een dergelijk gebouw moet vele jaren mee. En dat geldt ook voor de Zorg in Zeeland. Tegelijkertijd moeten we ervoor zorgen dat dit gebouw ook functioneel is voor de (verre) toekomst. We hebben de indruk dat het gebouw van de Zorg in Zeeland ondertussen de tekentafel aan het ontgroeien is en dat de fundamenten worden gelegd. Daarmee komt het gebouw vanuit de ontwerpfase naar de fase van uitvoering. De metafoer van een bouwwerk houden we in het vervolg van onze evaluatie vast.

Wij constateren dat de commissie een goede bewaker is van het proces en een fundament heeft gelegd om op verder te bouwen, het groeiend vertrouwen is aanwezig. Dat betekent dat een volgende fase zich aandient, namelijk die van tekentafel naar bouwen en vertaling in de praktijk. In deze fase is de tijd rijp voor een regisseur die de noodzakelijke verbindingen en samenhang bewaakt en zorgdraagt dat de opdracht uitgevoerd wordt conform het ontwerp.

Regisseur

Belangrijk in deze fase is dat de visie van de architect die heeft geleid tot de opdracht en aanbesteding door de aannemer c.q. uitvoerder zodanig wordt geregisseerd dat de functionaliteit, die in het ontwerp is meegenomen, ook in het gebouw wordt gerealiseerd. Als we deze vergelijking vasthouden zien we dat voor de uitvoering van de bouw, naast de ontwerper, ook een regisseur nodig is (om in bouwtermen te blijven: een uitvoerder) die de voortgang van het project nauwlettend in de gaten

houdt en ook gemachtigd is om in te grijpen en bij te sturen waar dat nodig is. Alles uiteraard in goed overleg met de architect en de opdrachtgevers. Die opdrachtgevers zijn in de eerste plaats de burgers en in de tweede plaats de zorgverleners. Zo is het ook bedoeld door de commissie Slenter. Wij pleiten dan ook voor een dergelijke regisseur naast (en in een later stadium wellicht in de plaats van uw Commissie.

Doelstellingen

Die regisseur zal de bouw verder moeten begeleiden in de gewenste richting (rapport Slenter), waarvan we de doelstellingen samenvatten als volgt:

- 1) Een focus en richting op de Stip op de horizon 2025;
- 2) Een heldere integratie van de zorg en verbinding met welzijn in brede zin, gezien vanuit de leefomgeving van de Zeeuwse burger en volgens het principe van positieve gezondheid.
(M.Huber)

Bij die doelstellingen, dienen de acht punten, die de Zeeuwse burgers hebben verwoord en die het toetsingskader voor de toekomstige uitvoering van de zorg vormen, gerespecteerd te worden. Dat betekent dat de werkstromen, en dan vooral de samenhang tussen de werkstromen, steeds aan deze acht punten getoetst zal moeten worden. Dat is ook het uitgangspunt van het rapport Slenter¹.

Graag willen we deze opmerkingen concretiseren.

Voortbordurend op het rapport Slenter zijn door uw Commissie vier werkstromen ingesteld. Wij moeten constateren dat daar echter maar twee werkstromen (integrale zorgcentra, thans Zorg Dichtbij en GGZ) echt actief zijn.

Werkstroom Medisch Specialistische Zorg

De werkstroom **Medisch specialistische zorg** is (nog) niet actief. Dat vinden wij spijtig, ook al omdat de Commissie Slenter, in de inleiding van haar rapport², al aangeeft dat onder meer de onrust over de ziekenhuiszorg de directe aanleiding is geweest voor de hele exercitie. Nadat enkele leden van de Klankbordgroep op uw initiatief hebben overlegd met de beide ziekenhuizen (Raden van Bestuur en cliëntenraden) is ons gebleken dat weliswaar acties worden voorbereid en uitgevoerd in een onderling overleg (en wellicht ook met een “groeiend” vertrouwen). Maar dit overleg vindt uitsluitend plaats tussen de beide ziekenhuizen, zonder daarbij ook direct de andere “lijnen” in de zorg te betrekken. Behalve binnen de cliëntenraden vindt er ook geen overleg en afstemming plaats met de Zeeuwse burger. Sterker nog, tijdens dit overleg werd onomwonden toegegeven dat men niet werkte in de lijn van het rapport Slenter, hoewel óók de Raden van Bestuur van de betrokken ziekenhuizen, zich hieraan hebben gecommitteerd. De weergave in uw tussenrapportage is een resultaat van dit overleg tussen de raden van bestuur en de medische staven van beide ziekenhuizen. Dat dit overleg leidt tot “overeenstemming over een voorgenomen besluit tot samenwerking” gaat onzes inziens nog niet zoveel verder dan de uitingen van de laatste jaren (althans naar buiten toe). Die uitingen leidden niet tot concrete daden of stappen en dát was nota bene aanleiding tot het instellen van de Commissie Slenter. Van “onomkeerbare stappen” vóór eind 2016 is dan uiteraard geen sprake, zelfs nog niet van enig begin hiervan. Wij vinden het niet in het belang van de Toekomstige Zorg in Zeeland (vooral v.w.b. het behoud van de optimale ziekenhuiszorg in Zeeland) dat thans buiten het “Slenter-kader” wordt

¹ Rapport Slenter, blz. 30 “Toetsen van uitwerkingen aan behoeftes bewoners.

² Rapport Slenter, blz. 3 1^e alinea.

gewerkt. De spelregels worden zo wel erg éézijdig gewijzigd en dat heeft, naar wij vrezen, een negatief effect op het gehele “bouwwerk”.

Werkstroom ICT

De werkstroom **ICT** is, in uw bewoordingen, “volgend en ondersteunend aan de drie overige werkstromen”. Dat is diplomatiek geformuleerd. Duidelijker is de aanhef van de volgende zin in het rapport: “Het idee is om te starten bij de knelpunten...” Duidelijker, omdat hieruit blijkt dat deze werkstroom nog moet starten. Juist de integrale zorg, vereist de “Implementatie van een Zeeland-breed gezamenlijk EPD”³. Naar onze mening zal deze werkstroom dan ook op korte termijn geactiveerd moeten worden, waarbij tenminste gedacht kan worden aan een inventarisatie van reeds in den lande bekende vormen van informatievoorziening. De implementatie daarvan zou naar onze mening zelfs min of meer leidend moeten zijn in plaats van volgend. Zeker ook met het oog op de ontwikkelingen in de komende jaren op het gebied van verdere digitalisering van de gezondheidszorg zoals de snel opkomende mogelijkheden van EHealth.

Werkstroom Zorg Dichtbij

De werkstroom **Zorg Dichtbij** (oorspronkelijk: Integrale zorgcentra & servicepunten) is actief en voortvarend te werk gegaan. Het is een bewuste keuze geweest om (in tegenstelling tot het rapport Slenter) de gemeenten nauw te betrekken bij deze werkstroom. Een ontwikkeling die de Klankbordgroep toejuicht, omdat de verbinding tussen gezondheidszorg, maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulpverlening, welzijn en collectieve preventie essentieel is en de gemeente een grote rol heeft in het zorgdomein. Daarbij beseffen we ook dat deze verbreding een grote impact heeft op de voortvarendheid, waarmee gewerkt kan worden. Naar onze mening is echter de focus op de 5 specifieke doelgroepen en de daarbij behorende opstelling van zorgprogramma’s niet de gewenste richting. Deze stap is noodzakelijk voor de samenwerking tussen de professionals en behoort tot reguliere kwaliteitsverbetering van hun zorgverlening. Tot die professionals behoren óók de medisch specialisten, hun inbreng in deze stuurgroep wordt node gemist. Het blijkt dat door deze ontwikkeling de hoofddoelstelling: borging van Integrale zorg (0^e, 1^e, 1 1/2^e, 2^e en 3^e lijn) uit het oog verloren wordt. Er is in deze ontwikkeling te weinig aandacht voor de steeds meer complexe, samenhangende zorgvraag van de burger. Juist een integrale benadering is noodzakelijk om adequate zorg te verlenen overeenkomstig eerdergenoemde acht punten. Dáár moet volgens de klankbordgroep de focus op gericht zijn. Het lijkt erop dat, met het inruilen van de oorspronkelijke naam van deze werkstroom ook de focus is verlegd en dat is o.i.in strijd met de opdracht, zoals die is geformuleerd in het rapport Slenter⁴. Wij adviseren u dan ook bij deze werkstroom meer aandacht te vragen voor de organisatie van de integrale aanpak op grond van de inzichten en visie van Positieve gezondheid zoals door Machteld Huber geïntroduceerd. Verder missen wij in deze werkstroom de aandacht voor ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologie (EHealth) e.d. Ontwikkelingen die nu reeds volop de aandacht krijgen in de samenleving en zeker ook van deze werkstroom integraal onderdeel moeten zijn. Als slot van deze paragraaf willen wij u graag verwijzen naar de bijlage bij deze brief, waarin een praktijkcasus is opgenomen voor een integrale zorgoplossing. In deze bijlage is ook een aantal eigenschappen opgesomd, waaraan een integraal zorgcentrum zou kunnen voldoen.

Werkstroom GGZ

De werkstroom **GGZ** heeft, zoals u aangeeft vooral ingegeven door de landelijke ontwikkelingen, een vliegende start gemaakt en is dan ook al ver gevorderd in haar werkzaamheden. Wij onderschrijven de

³ Rapport Slenter, blz. 27 onder 4. “IT”.

⁴ Rapport Slenter, blz. 27 onder 1. “Integrale zorgcentra & servicepunten

door u genoemde uitdagingen en activiteiten voor de komende tijd. Daarbij willen wij met klem benadrukken dat (meer) aansluiting van deze werkstroom bij de werkstroom Zorg Dichtbij, juist vanwege de integrale aanpak, dringend gewenst is.

Conclusie t.a.v. werkstromen

Onze **conclusie** is dan ook dat het instellen van de vier werkstromen naar onze mening te veel heeft geleid tot een solistisch optreden van de zorgaanbieders, die bij deze werkstromen zijn betrokken, waarbij te weinig aandacht is besteed aan de samenhang tussen deze werkstromen en het inspelen op de aanwezige complexe problematiek bij een groot deel van de zorgvragers (integrale benadering). Daardoor is het zicht op de Stip op de Horizon 2025 buiten beeld geraakt en dat doet geen recht aan de doelstellingen van het rapport Slenter.

Daarnaast willen wij graag aandacht vragen voor de ontwikkelingen op het gebied van E- Health binnen de gezondheidszorg. In onze reactie op de werkstroom Zorg Dichtbij is dit al aangestipt, maar deze ontwikkelingen hebben een veel bredere reikwijdte. Een toekomstvisie voor 2025 dient dit mee te nemen en de impact hiervan te vertalen. Dit is naar onze mening zelfs belangrijker dan alle aandacht, die nu uitgaat naar behoud van de bestaande structuren. Voor de burger is deze vertaling van groot belang. Dáár ligt immers vooral de toekomst van de zorg en dáár zal de Stip op de Horizon gezet moeten worden.

In het begin van deze evaluatie hebben we aangegeven dat een regisseur dringend noodzakelijk is. We hebben dat in de voorgaande analyse van de verschillende werkstromen ook duidelijk gemaakt. Juist de meervoudige zorgvraag van de cliënt verwacht binnen het toekomstbestendige gebouw van de Zeeuwse Zorg een integrale benadering. Dáárvóór is een regisseur, uiteraard met mandaat van de betrokken partijen, onmisbaar.

Wij constateren dat er zonder regisseur (om in de beeldspraak te blijven) verschillende ingangen ontstaan. De gangen binnen hebben geen deuren naar de andere kamers en soms ontbreken de trappen/liften naar een andere verdieping. Om een concreet voorbeeld te gebruiken: op het gebied van de chronische zorg regelt men het prima binnen de eigen vleugel van het gebouw, maar er is te weinig of geen verbinding met de andere vleugels.

Voor wat de toekomstige zorg betreft constateren we dat men pas gedurende de bouw tot de ontdekking komt dat ook geavanceerde nutsvoorzieningen (concreet: toekomstige ontwikkelingen van b.v. EHealth) moeten worden aangelegd. Als dat tijdens de bouw nog moet gebeuren worden dat geïmproviseerde lapmiddelen en dat doet afbreuk aan (de functionaliteit van) het gebouw.

Communicatie

Verder willen wij aandacht vragen voor de **communicatie** naar de burger toe. De primaire taak van de Klankbordgroep was om de voorzitter van de Commissie te voorzien van informatie over de mening van de Zeeuwse burger over de ontwikkelingen van het concept. Om als “klankbord” van de burger te kunnen dienen zal echter éérst informatie moeten worden geleverd aan de burger. Tijdens de roadshows is vooral aandacht besteed aan het gegroeide vertrouwen tussen de verschillende partijen. Voor de concrete informatie van de burger zullen ook concrete (voorlopige) resultaten moeten worden gemeld en die zijn vooralsnog onvoldoende aanwezig. Daarmede brengt u de Klankbordgroep ook min of meer in verlegenheid voor de uitoefening van haar primaire taak. Graag willen we met u op korte termijn van gedachten wisselen over de opzet van een communicatietraject dat op zo kort mogelijke termijn uitgerold kan worden. Daar is onze huidige organisatie echter niet op ingesteld. Wij willen daar graag over meedenken en ook een prominente rol in spelen, maar de formulering van opdrachten naar

een extern communicatiebureau is o.i. een taak van CTZZ zelf. Wij zijn overigens sterk voorstander van externe ondersteuning, waarbij ook gedacht moet worden aan een optimalisering van de website van CTZZ.

Borging resultaten CTZZ

Tenslotte willen wij graag aandacht vragen voor de **borging van de resultaten** van het werk van CTZZ en de uitkomsten van de verschillende werkstromen (uitmondend in één integrale visie op de zorg in Zeeland 2025), nadat de CTZZ zal zijn ontbonden. Ook daarover willen we graag met u in gesprek.

Slot

We hopen met deze evaluatie een bijdrage te hebben geleverd aan het verder bouwen aan een toekomstbestendige zorg in Zeeland. Wij hebben waardering voor al het werk dat tot nu toe is verricht en we hebben er vertrouwen in dat de uitgangspunten van het rapport Slenter gehaald kunnen worden. Daarvoor zal echter een regisseur nodig zijn, die met vaste hand sturing aan de bouw geeft! Laat het rapport Slenter, met als samenvatting de bekende acht punten, voortdurend de leidraad zijn in alle overwegingen!

Daarbij vinden we, dat moge duidelijk zijn, een strakke regie bij de uitvoering onontbeerlijk.

Met vriendelijke groet,

Klankbordgroep Toekomstige Zorg Zeeland

Frans Zwemer

Voorzitter

Peter van Kooten

Secretaris

BIJLAGE.

Praktijkcasus Integrale Zorg.

Mevr. van Dongen is 87 jaar woont nog zelfstandig in een kleine plaats in Zeeland en heeft ernstige benauwdheidsklachten. Zij gaat na bezoek van de huisarts voor een kort bezoek naar de Spoedeisende Hulp in de buurt (voor onderzoek en advies) en keert daarna terug naar haar eigen, vertrouwde huis waar zij extra (ziekenhuis)zorg en behandeling voor haar hartklachten ontvangt van het team verbonden aan het wijkgezondheidscentrum. Het team bestaat uit een huisarts, cardioloog (op consultbasis voor de huisarts), specialist ouderengeneeskundige een wijkverpleegkundige, de POH-ouderenzorg en fysiotherapeut. De wijkverpleegkundige is de linking pin met het sociaal wijkteam die de huishoudelijke ondersteuning en dagbesteding regelt. Het team zorgt ervoor dat vanuit een integrale aanpak op alle domeinen de zorg en ondersteuning geboden wordt. De wijkverpleegkundige doet hiertoe alle indicaties zowel in het zorg als sociale domein en is gelegitimeerd door de huisarts en sociaal wijkteam. De huisarts kan deze specialistische zorg (cardioloog en specialist ouderenzorg) inhuren op consultbasis.

Eigenschappen van geïntegreerde eerstelijnszorg-centra⁵.

Kerncompetenties:

- a) Wijkgerichte zorg;
- b) Protocollaire én persoonsgerichte zorg;
- c) Multidisciplinaire zorg.

Eigenschappen:

1. Wijk(kern)-gericht;
2. Onderlinge samenwerking geïntegreerde centra in een regio;
3. Kwaliteitsbeleid multidisciplinair, waarbij de huisarts de spil is;
4. Overlappende patiëntenpopulatie binnen de centra;
5. Organisatorische kwaliteiten, waardoor innovatie, kwaliteit en samenhang worden gestimuleerd;
6. Investering in kennisname van elkaars aanbod en kwaliteiten tussen de disciplines;
7. Bilateraal en multidisciplinair overleg;
8. Kennis van en contacten met lokaal netwerk binnen sociaal domein;
9. Facilitering informeel overleg (met name in fysieke centra);
10. Aanspreekbare en actieve partner in de wijk c.q. kern binnen het sociaal domein;
11. Patiëntgerichte organisatie, waarbij gevraagd en ongevraagd advies vanuit de patiëntgeleding mogelijk is;
12. Centra zijn in staat tot efficiënte opsporing, analyse en oplossing van lokale problemen;
13. Nauwe samenwerking van de centra met het sociaal domein en de tweede en derde lijn (integrale zorg!);
14. Toekomstgerichte perspectieven door multidisciplinaire context en domein overstijgende samenwerking tussen verschillende centra (ook landelijk!)

⁵ Bron: Kerncompetenties en eigenschappen daarvan; "Ineen", Utrecht www.ineen.nl