

**Onderwerp**

Motie werving zorgpartners

Kern mededeling:

In de vergadering van provinciale Staten d.d. 22 februari is de motie 7 'Werving zorgpartners' aangenomen. Hier verzocht provinciale Staten het college om zorgpartners te ondersteunen bij de werving van nieuwe huisartsen en verpleegkundigen, bijvoorbeeld door extra te investeren in opleidingsplaatsen en in om- en bijscholingsmogelijkheden. In deze mededeling licht het college met dank aan inbreng van uitvoeringsorganisatie Flever en in afstemming met Medrie en Zorggroep Almere toe wat er allemaal gebeurt in de regio.

Mededeling:**Algemeen beeld huisartsentekort**

Het huisartsentekort is een groeiend en complex probleem in Nederland, vooral in de meer landelijke en dunbevolkte gebieden. In de afgelopen jaren is er een toenemende druk op huisartsenpraktijken ontstaan, mede door de vergrijzing van de bevolking en de toename van chronische ziektes.

Er zijn verschillende initiatieven gestart om het huisartsentekort in Nederland tegen te gaan, zoals het stimuleren van studenten om voor het huisartsendvak te kiezen en het bieden van subsidies aan huisartsen die zich vestigen in gebieden met een tekort. Ook wordt er steeds meer ingezet op digitale zorg om de druk op huisartsen te verlichten. Desondanks blijft het huisartsentekort een urgent probleem in Nederland, zo ook in Flevoland.

Combinatie van oorzaken

De oorzaak van het huisartsentekort in Flevoland kent een combinatie van oorzaken en de aanpak ervan is daarom ook niet eendimensionaal.

Oorzaken:

- De komende tien jaar bereikt landelijk ca. 30% van de huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd.
- De werkdruk van huisartsen is hoog. 82% van de huisartsen ervaart hoge werkdruk en 69% van de doktersassistenten. Dit leidt tot hoger ziekte verzuim, problemen bij het vervullen van avond-, nachten weekenddiensten en patiëntenstops.
- Volgens ramingen van het Capaciteitsorgaan moeten er landelijk jaarlijks 1190 basisartsen instromen in de huisartsenopleiding. Dit is meer dan het aantal opleidingsplekken (in 2022 850) en ook meer dan het aantal jaarlijkse instromers. Tijdens de laatste loting waren er minder geselecteerde kandidaten dan aangeboden opleidingsplekken (349 vs. 372).
- Er is ook een vraagstuk in het vinden van praktijkverpleegkundigen (PVK), praktijkondersteuners (POH), doktersassistenten, verpleegkundigen, triagisten, physician assistant (PA) en verpleegkundig specialisten. Zij helpen huisartsen hun werk goed te kunnen doen.
- Het tekort aan huisartsen is geen geïsoleerd probleem. De gehele sector kampt met grote tekorten en een investering in de ene branche kan leiden tot een verschuiving van het probleem in de keten waardoor het tekort voor patiënten en cliënten zich op een ander moment voor doet. Als eerstelijnsvoorziening komen (personele maar ook andere) knelpunten uit zowel de tweede als de nulde lijn bij de huisarts terecht.

Registratienummer

3135756

Datum

27 juni 2023

Afdeling/Bureau

SENB

Openbaarheid**Openbaar****Portefeuillehouder****Fackeldey, J.A.****Lijst ingekomen stukken**

Provinciale Staten

19 juli 2023

- Huisartsen zelf geven aan dat ook het Flevolandse vestigingsklimaat parten speelt voor het aantrekken van huisartsen van buiten Flevoland.

Aanpak kan niet eendimensionaal

Graag laten we in onderstaande opsomming zien wat er allemaal gebeurt om gezamenlijk het huisartsentekort aan te pakken.

- Tijdens de Zorgtafel bijeenkomst op 30 september 2022 is uitvoerig gesproken over het huisartsentekort en wat de partners aan de Zorgtafel kunnen doen om een bijdrage te leveren om zo te voorkomen dat het systeem verder vastloopt. Een greep uit de gemaakte afspraken:
 - o St Jansdal start een proef waarin de Spoedstraat Ouderen vijf dagen per week (i.p.v. 2/3 dagen per week) wordt opengesteld. Aandachtspunt in deze proefperiode zijn enerzijds de meerwaarde voor het ontlasten van de huisartsen en anderzijds de hoge kosten. In deze opzet (proef) is één Specialist Ouderengeneeskunde als aanspreekpunt voor de huisartsen aangesteld. Na evaluatie wordt gezien of het haalbaar is om deze uitbreiding aan te houden;
 - o De Regionale Ambulance vervoer (RAV) heeft samen met Medrie het initiatief genomen om physician assistants en verpleegkundig specialisten in gezamenlijkheid op te leiden die vervolgens gericht op de ambulancezorg en huisartsenzorg worden ingezet. Deze professionals kunnen meer zelfstandig zorg verlenen en verlichten daarmee op den duur de druk bij huisartsen.
 - o GGD ondersteunt de huisartsen door extra taken / instroom af te houden of via andere wegen af te vangen. Zo brengt GGD bijvoorbeeld tijdens gesprekken met het COA in dat zij zelf voor de zorg aan extra vluchtelingen dienen te zorgen; deze taak kan niet extra bij de huisartsen worden neergelegd.
 - o Zilveren kruis verkent nieuwe modellen en digitale mogelijkheden die bijdragen aan het duurzaam inrichten van de eerste lijn en richten daartoe ook financiering in. Daarbij zijn de huisartsen een belangrijke speler maar worden ook de andere spelers binnen de eerste lijn meegenomen.
- N.a.v. de Zorgtafel in september, is gedeputeerde Jop Fackeldey in gesprek gegaan met 3 gasten, om zo bewustzijn te creëren over dit onderwerp. Gasten waren: directeur publieke gezondheid bij [GGD Flevoland](#), regiohuisarts bij [Medrie](#) en directeur huisartsenzorg bij [Zorggroep Almere](#). [Kijk hier het gesprek terug](#).
- De provincie heeft bijgedragen aan het opstellen van een position paper 'over de organisatie van ziekenhuiszorg' vanuit de gemeente Lelystad, gericht aan de vaste commissie van VWS (zie bijlage – 15 juni 2023). Daarin is het volgende opgenomen: "Alle huisartsen in opleiding in Flevoland zijn verbonden aan het VUmc, AMC en toekomstig mogelijk ook het UMCG. Het aantrekken van (toekomstige) huisartsen wordt hierdoor bemoeilijkt, aangezien de bewuste keuze moet worden gemaakt om je als huisarts te vestigen in een andere stad/regio. Met de groei van Lelystad en geheel Flevoland in gedachten zou het helpen als het spreidingbeleid hierop zou worden aangepast."
- Flever verzorgt jaarlijks een arbeidsmarktonderzoek waarmee de ontwikkelingen in de sector in beeld worden gebracht, ook per branche en gedeeltelijk beroepsgroep. Daarbij hoort ook een prognose. Dit helpt organisaties te anticiperen op ontwikkelingen.
- De provincie heeft eind 2021 met zorg- en welzijnsorganisaties, onderwijsinstellingen, gemeenten en UWV een Human Capital Agenda Zorg en Welzijn ontwikkeld waarin sectorbreed afspraken zijn gemaakt over de arbeidsmarktaanpak. Er wordt samen geïnvesteerd op instroom van personeel, behoud van personeel en het anders organiseren van zorg en welzijn waardoor er minder personeel nodig is. Ook Medrie en Zorggroep Almere zijn partner in de Human Capital Agenda Zorg en Welzijn. Flever faciliteert de partijen door de arbeidsmarktontwikkelingen per branche en voor de hele sector in kaart te brengen en door de netwerken bijeen te brengen. Soms door het ontwikkelen van of ondersteunen bij een vernieuwende aanpak.

Mededeling

Bladnummer

3

Registratienummer

3135756

- Met betrekking tot instroom van zorgpersoneel start een aantal organisaties in Q3/Q4 2023 met ondersteuning van Flever met een Proeftuin Flexibel Opleiden. Hierin is het de bedoeling dat minimaal twintig werkzoekenden geholpen worden aan een baan in zorg en welzijn, dat kan ook als huisarts-assistent zijn.
- Vanuit de huisartsenbranche worden kansen gezien voor een samenhangende aanpak van het huisartsentekort waarin huisartsen meer dan nu samenwerken met (wijk)verpleegkundigen, verpleegkundigen, physician assistants en pedagogisch werkers in de huisartsenzorg. Dit zou (sub)regionaal een oplossing kunnen zijn.
- In Lelystad, Urk, Dronten, Zeewolde, en Almere wordt in mindere of meerdere mate gewerkt met Welzijn op recept. Welzijn wordt mede ingezet om de huisartsenzorg te ontlasten. De aanpak in Lelystad wordt dit jaar geëvalueerd en de resultaten zullen meegenomen worden in de regionale strategische personeelsplanning (RSPP, onderdeel van de HCA) zodat ook anderen kunnen profiteren van de inzichten in Lelystad.
- De Flevolandse Patiënten Federatie wil met ondersteuning van Flever een aanpak onderzoeken waarin de ervaringen van patiënten ingezet wordt om ook langs die weg tot oplossingen te komen voor het tekort aan huisartsenzorg in Flevoland. Hiervoor is een aanvraag ingediend bij ZonMw. Deze is in eerste instantie niet toegekend. FPF kijkt naar andere mogelijkheden en gaat waarschijnlijk voor een nieuwe aanvraag.
- Aan de marketing van Flevoland als aantrekkelijk woon- en werkgebied, gericht op specifieke beroepsgroepen, kan de provincie een bijdrage leveren.

Bijlagen

Naam bijlage:	eDocs nummer:	Openbaar in de zin van de Woo (ja/nee aangeven)
Position paper ziekenhuiszorg Lelystad – 15 juni 2023	3136536	Ja
		Ja
		Ja

Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v.
Bezuidenhoutseweg 67
2594AC DEN HAAG

uw brief van 2 juni 2023	uw kenmerk	ons kenmerk	datum verzending 19 juni 2023
behandeld door [REDACTED]	doorkiesnummer [REDACTED]	bijlagen 0	dossiernummer
onderwerp Position paper over de organisatie van ziekenhuiszorg			

Geachte mevrouw ,

Het college van BenW van de gemeente Lelystad gaat graag in op de uitnodiging van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal om een position paper over de organisatie van ziekenhuiszorg in te dienen. Vanuit het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen (en daaropvolgend de overname door het St Jansdal) in Lelystad en omgeving (najaar 2018) hebben we veel ervaringen opgedaan die we graag meenemen in de beantwoording van de deelvragen.

Bij het opstellen van deze notitie hebben we ook een aantal partijen aan de Zorgtafel Flevoland¹ geconsulteerd.

Samenvattend zijn de lessen die we hebben getrokken uit onze ervaringen als volgt;

1. Opbouwen van nieuwe/vervangende zorg in de pas met concentratie zodat er voldoende passende zorg beschikbaar blijft;
2. Aandacht voor, en het faciliteren van ketensamenwerking;
3. Heldere communicatie naar en het aanpassen van verwachtingen bij de inwoner is essentieel;
4. Passende voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn zijn een belangrijke voorwaarde voor de groei die Lelystad maar ook Flevoland als provincie ambieert.

¹ Een samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten, provincie, zorgaanbieders (o.a. huisartsen, ziekenhuizen, WT, geboortezorg, GGZ) en organisaties die de patiënt en inwoner vertegenwoordigen.

Hieronder het antwoord op de deelvragen:

Kunt u ingaan op de ervaringen met - en verwachtingen van de effecten van concentratie van zorg op patiënten en bewoners, en op interne en externe stakeholders?

Zoals hierboven benoemd hebben we in de regio een heftige ervaring doorgemaakt door het faillissement van de IJsselmeerziekenhuizen. Het plotseling wegvallen van een substantieel stuk zorg had tot gevolg dat de ketensamenwerking, doorverwijzingen, etc. niet meer functioneerden en voor een periode van 6 -12 maanden onvoldoende vervangend aanbod beschikbaar was. Uiteraard gaf dit grote onrust onder de inwoners, zorgaanbieders en in het verlengde hiervan lokale en regionale overheden. Zowel in Noordelijk als Oostelijk Flevoland moest ketensamenwerking weer worden opgebouwd. Het ontwikkelen van vervangende infrastructuur en succesvolle, alternatieve vormen van zorg is complex en vraagt een basis waarin samenwerkingspartners elkaar kennen en vertrouwen. Door het faillissement en plotseling wegvallen van bestaande samenwerkingsafspraken, ontbrak deze basis en moest het onderlinge vertrouwen eerst opnieuw worden opgebouwd. Dat duurt al gauw een aantal jaren, is onze ervaring. Essentieel hierin is van tevoren sluitende afspraken te maken over veranderende toegang tot zorg en over de communicatie hierover naar inwoners. Eenduidige communicatie is noodzakelijk voor soepele en efficiënte doorverwijzing tussen professionals en voor een goede toeleiding van inwoners naar de juiste zorg. Na het faillissement van het ziekenhuis was het voor de patiënten lange tijd niet duidelijk waar ze terecht konden voor zorg. Dit zorgt voor een enorme onrust onder de inwoners en uitstel van zorg. Naast zorguitstel leidt de verplaatsing van zorg naar plekken buiten de gemeente waar de inwoner woont ook tot zorgmijding. Sommige bewoners hebben bijvoorbeeld niet de financiële middelen om naar ziekenhuizen verder in de regio te kunnen. Dit onderstreept het belang van goede ondersteunende regelingen zoals bijvoorbeeld vervoer. Heldere communicatie hierover is natuurlijk essentieel.

Ten aanzien van de spoed(eisende)zorg is onze stad en regio nog steeds kwetsbaar als het gaat om ambulancecapaciteit, (spoedeisende) geboortezorg en de beschikbaarheid van spoedzorg via HAP, spoedposten of -poli's. Voorbeeld hiervan is dat met het wegvallen van de SEH in Lelystad een groter beroep wordt gedaan op de ambulancezorg. De afstanden van Lelystad en de Noordoostpolder/Urk tot de hoog gespecialiseerde interventiecentra zijn ver. Bovendien heeft de ontwikkeling dat de ambulance steeds meer kan (en dus langer probeert de noodzakelijke hulp ter plaatse te verlenen) in combinatie met het langer onderweg zijn naar het ziekenhuis als de patiënt daar toch naar toe moet invloed op de beschikbaarheid van ambulancezorg. Het verschuiven van vervoer naar behandeling maakt dat er aandacht moet blijven voor het aantal beschikbare ambulances in de regio en hun standplaatsen. Uitzicht op de terugkeer van 24/7 eerste hulpaanbod en (spoedeisende) geboortezorg naar Lelystad is dan ook gewenst.

Na het faillissement zijn een aantal nieuwe initiatieven ontwikkeld; deels nog steeds ter compensatie van het weggefallen zorgaanbod, deels om de lokale en regionale zorginfrastructuur naar de toekomst sterk te houden. Vanaf 2019 en ondanks Corona is door de partners van de Zorgtafel Flevoland een aantal ontwikkelingen gestart die het zorgaanbod in Flevoland verder versterken, toekomstperspectief bieden en aansluiten bij de benodigde transitie in de zorg. Onder meer: Getijde (een voorziening voor Tijdelijk Verblijf in Lelystad, gericht op snelle triage en herstelgerichte zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken) en de 'Spoedstraat voor ouderen' bij het St Jansdal Lelystad, specifiek gericht op de acute zorg bij ouderen.

We zien, net als elders in Nederland, dat het concentreren van specialistische, duurdere zorg niet in de pas loopt met de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorgaanbod in eerste of 'anderhalve' lijn, dicht bij de inwoners. En dat er te weinig rekening wordt gehouden met het afwenteleffect op gemeenten in het sociaal domein.

Concentratie van hoogcomplexe gespecialiseerde zorg is gezien de kwaliteitseisen, de krapte op de arbeidsmarkt en de kosten onontkoombaar. Tegelijkertijd dient de laagcomplexe zorg die in volume vele malen groter is dan de hoogcomplexe zorg beter dan nu gespreid te worden. Hiervoor is een domeinoverstijgende aanpak noodzakelijk. We hebben de maatschappelijke opdracht om niet alleen in te zetten op alternatieve vormen van zorg en ondersteuning, maar ook in te grijpen op andere leefgebieden (zoals bestaanszekerheid) om de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven voldoende te waarborgen. Dat betekent o.a. op een andere wijze signaleren en doorverwijzen over domeinen heen en dit alles georganiseerd dicht bij de inwoner thuis.

Daarbij is essentieel dat er niet alleen duidelijk naar de inwoner wordt gecommuniceerd over de beschikbaarheid van kwalitatief goede zorg - met een heldere uitleg voor welke vormen van zorg je waar terecht kunt, en hoe je daar komt – maar dat er ook wordt gewerkt aan het bijstellen van de verwachting van inwoners ten aanzien van zorg en de wijze waarop en waar deze wordt geleverd.

Binnen deze opgave ligt ook een belangrijke rol voor het sociaal domein besloten. Op dit moment wordt er te weinig rekening gehouden met de impact van deze (zorg)transitie voor het sociaal domein van gemeenten.

Kunt u de maatschappelijke en economische rol van het ziekenhuis beschrijven? Hoe is deze de afgelopen twintig jaar veranderd en wat is uw verwachting ten aanzien van de komende jaren? Hoe wordt samenwerking met andere vormen van zorg in de gemeente/regio gestimuleerd?

De maatschappelijke rol van het ziekenhuis is dat het onderdeel uitmaakt van de samenleving. Idealiter is het ziekenhuis onderdeel van de keten tot en met de nulde lijn. Denk hierbij ook aan het verzorgen van een gezond voedingsaanbod en/of een programma waardoor de patiënt voldoende fit richting operatie gaat en sneller hersteld. Daarnaast zal in de toekomst steeds meer moeten worden gekeken naar wáár de zorg plaatsvindt. Is alle zorg nog noodzakelijk in het ziekenhuis, of kan een deel worden verschoven naar de thuissituatie, eventueel ondersteund met formele en informele zorg? Vanuit de Covid periode is deze innovatie al ingezet. Nogmaals, dit betekent wel dat er ook gekeken moet worden naar inzet buiten de zorgketen, bijvoorbeeld door professionals uit het welzijn.

De economische rol van het ziekenhuis ligt ook in het feit dat het St Jansdal ziekenhuis een van de grote werkgevers is in de regio. Plus toeleveringsdiensten daarom heen. Een goed voorzieningenniveau is een belangrijke factor binnen het vestigingsklimaat in dit gebied.

Daarnaast heeft Lelystad als hoofdstad van Flevoland de ambitie om in aantal inwoners te fors te groeien, aanwezigheid van integrale en complete zorginfrastructuur is hiervoor een belangrijke voorwaarde. Dit geldt uiteraard ook voor andere zorgvormen; zeker als we kijken naar de bevolkingsopbouw (meer dan dubbele vergrijzing) en samenstelling (relatief veel kwetsbare inwoners en chronisch zieken). Groei in onze stad en dit gebied gaat om meer dan het bouwen van huizen.

Passende voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn zijn een belangrijke voorwaarde voor vitale samenlevingen in stad en platteland. Een groei van deze omvang is overigens niet alleen een vraagstuk voor specialistische en spoedeisende zorg, maar ook voor de eerstelijnszorg en voorliggende voorzieningen in het sociaal domein (inclusief welzijn) en de onderlinge verbinding daartussen. Op dit moment is bijvoorbeeld de huisartsenzorg een urgent aandachtspunt. Onderdeel hiervan is het feit dat er in Flevoland geen huisartsenopleiding is. Alle huisartsen in opleiding in Flevoland zijn verbonden aan het VUmc, AMC en toekomstig mogelijk ook het UMCG. Het aantrekken van (toekomstige) huisartsen wordt hierdoor bemoeilijkt, aangezien de bewuste keuze moet worden gemaakt om je als huisarts te vestigen in een andere stad/regio. Met de groei van Lelystad en geheel Flevoland in gedachten zou het helpen als het spreidingbeleid hierop zou worden aangepast.

Als laatste punt bij deze deelvraag willen we het belang van preventie en samenwerking tussen medisch en sociaal domein benadrukken. Hiervoor is samenwerking met allerlei partijen in de gemeente noodzakelijk. Dit is essentieel om de eerstelijnszorg te ontlasten. De huidige middelen die gemeentes hiervoor beschikbaar hebben zijn, ondanks de afspraken gemaakt in GALA, nog steeds gering in vergelijking met de kosten van sociale en medische zorg.

Wat is uw ervaring met het geconsulteerd worden en de verdere toepassing van de AMvB Acute Zorg, ook met betrekking tot het overleg bij veranderend zorgaanbod?

Onze ervaring is dat het perspectief van overheden en hun inwoner vaak ondergesneeuwd wordt door technische discussies tussen experts in deze sector. Dit perspectief is echter essentieel (zoals ook opgenomen in het Stroomschema AMvB en regeling Acute Zorg) aangezien wij als lokale overheid zeker belangrijke signalen zien. Bijvoorbeeld als het zorgaanbod dichtbij huis niet goed is geregeld (of over gecommuniceerd), wat kan leiden tot het uitstellen van zorg en een complexere zorgvraag op langere termijn. De impact van herstructurering kan lang na-ijlen in de samenleving en het betrekken van inwoners is een belangrijke factor. Mensen moeten op tijd worden geïnformeerd waar men 'straks' terecht kan. In Flevoland hebben we meegemaakt dat inwoners onnodig bij de SEH terecht komen en vaak ook nog eens in een veel te laat stadium van de aandoening.

Hoogachtend,
Het college van de gemeente Lelystad,

de secretaris,

de burgemeester

