



---

# ADVIES AAN COLLEGE B&W GEMEENTE NOORDOOSTPOLDER

SECOND OPINION OP PLAN VAN AANPAK IJSSELMEERZIEKENHUIZEN

---

M.J.M. Le Grand – van den Bogaard, adviseur  
Deventer, 21 april 2004



---

**ADVIES AAN COLLEGE B&W  
GEMEENTE NOORDOOSTPOLDER**

**SECOND OPINION OP PLAN VAN AANPAK IJSSELMEERZIEKENHUIZEN**

---

Redactie: Nicole Wolferink



## VOORWOORD

De inhoud van de opdracht is het College van B&W van de gemeente Noordoostpolder te adviseren hoe te handelen inzake de Nota 'Over kwaliteit en veiligheid', definitief plan, Stichting IJsselmeerziekenhuizen van 22 april 2003.

Met name is de opdrachtgever geïnteresseerd in:

- 1. De bandbreedte binnen het Plan van Aanpak versus de invulling totnogtoe door de IJsselmeerziekenhuizen.
- 2. In hoeverre kan de toeslag voor kleine ziekenhuizen die toegezegd is door minister van VWS van betekenis zijn voor de ontwikkeling van een ACOP/SEH voor extra adherentieverhogende activiteiten zoals bijvoorbeeld een orthopedisch centrum.
- 3. De scenario's voor terugkeer van een volledig ziekenhuisaanbod onder voorwaarden van vier basis specialismen op de locatie Emmeloord.

Met opmaak: opsommingstekens en nummering

Onderdeel van de opdracht is ook een reactie op het 'Plan van Sturkenboom'. Met name is de opdrachtgever geïnteresseerd in:

- Een advies over de reële mogelijkheden die het Plan Sturkenboom biedt om op de locatie Emmeloord een zelfstandig basisziekenhuis te realiseren met vier basisspecialismen en SEH.

~~De uitwerking van een dergelijk plan op hoofdlijnen met betrekking tot de termijn waarop dit wettelijk/praktisch mogelijk wordt en de maatregelen en voorwaarden, die in de tussentijd als onderdeel van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen benodigd zijn om dat doel te bereiken.~~

- Het realiteitsgehalte van de strategische opties van het Plan Sturkenboom. Op hoofdlijnen zal bekeken worden, ook indachtig het gegeven dat het Dokter J.H. Jansenziekenhuis onderdeel is van de Stichting IJsselmeerziekenhuizen, in hoeverre het Plan Sturkenboom effecten heeft op de samenhang van de IJsselmeerziekenhuizen.

Dit deel van de opdracht is verwerkt in een separate adviesnota d.d. 2 april 2004: 'Reactie op Plan Sturkenboom' van februari 2004.

Tijdens mijn onderzoek is het meest opvallende geweest dat alle partijen waar ik mee gesproken heb in grote betrokkenheid hebben gereageerd. In alle openheid is het gezamenlijke belang van een goede ziekenhuiszorg in de IJsselmeerpolders steeds uitgangspunt geweest. Hiervoor wil ik mijn waardering uitspreken.

M.J.M. Le Grand – van den Bogaard, Adviseur



Deventer, 21 april 2004



## INHOUDSOPGAVE

---

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>3</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>5</b>
<b>DE IJSSELMEERZIEKENHUIZEN, EEN BASISZIEKENHUIS OP TWEE LOCATIES</b> .....	<b>6</b>
ALGEMENE BESCHOUWING .....	6
<b>DE IJSSELMEERZIEKENHUIZEN EN HUN TOEKOMST</b> .....	<b>8</b>
ONTWIKKELINGEN IN DE ZIEKENHUISZORG IN NEDERLAND .....	8
DEFINITIEF PLAN OVER KWALITEIT EN VEILIGHEID .....	9
NADERE UITWERKING VAN DE PUNTEN 1 T/M 5: .....	10
<b>CONCLUSIES</b> .....	<b>12</b>
<b>BIJLAGE I WERKWIJZE</b> .....	<b>15</b>
<b>BIJLAGE II STANDPUNT MINISTER HOOGERVORST</b> .....	<b>16</b>



## **DE IJSELMEERZIEKENHUIZEN, EEN BASISZIEKENHUIS OP TWEE LOCATIES**

---

### **ALGEMENE BESCHOUWING**

In de regio Emmeloord/Lelystad is gedurende een aantal jaren veel te doen geweest t.a.v. de gewenste en/of meest haalbare vorm van ziekenhuiszorg voor deze regio. Veel partijen zijn in die tijd over elkaar heen gerold. Nederland breed heeft dat de naam van deze regio geen goed gedaan. In 2002 is de financiële positie van het ziekenhuis ernstig verslechterd en het eigen vermogen is vrijwel uitgeput. Een aantal incidenten in de directe patiëntenzorg maakte dat inmenging van de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft plaatsgevonden. In 2003 is de toezichthoudende en bestuurlijke organisatie bijgesteld. De interim Raad van Bestuur reorganiseerde de patiëntenzorg, hetgeen is beschreven in het definitieve Plan over Kwaliteit en Veiligheid d.d. 22 april 2003.

De constructie van de IJsselmeerziekenhuizen op twee locaties is de enige vorm van waaruit wederopbouw van verantwoorde ziekenhuiszorg in de polders voor het eerst na lange tijd weer kansrijk wordt. De maand januari 2004 gaf op locatie Emmeloord een hogere productie dan in de voorgaande jaren. De directe financiële bedreiging is opgeheven. Ook minister Hoogervorst is van mening dat het ziekenhuis Emmeloord geen aflopende zaak is (zie bijlage II, standpunt minister Hoogervorst).

Maar niet iedereen is tevreden. De gemeente Noordoostpolder en de bevolking zijn belanghebbenden, die echter nog steeds onzeker zijn over de kwaliteit en omvang van de ziekenhuiszorg die nu en in de toekomst geleverd wordt.

Het College van B&W van de gemeente Noordoostpolder heeft zo goed als mogelijk de gemeenteraad geïnformeerd, maar zegt zelf over onvoldoende informatie te beschikken om de huidige en de nog te ontwikkelen ziekenhuiszorg in Emmeloord aan de bevolking te kunnen uitleggen.

Het IJsselmeerziekenhuis is primair verantwoordelijk voor adequate voorlichting aan de bevolking. Deze voorlichting heeft echter tot nu toe onvoldoende plaatsgevonden om het gewenste draagvlak voor de plannen van de IJsselmeerziekenhuizen te creëren. Er is niet met een integraal communicatieplan gewerkt, waarin de verantwoordelijkheid van ziekenhuis en gemeenten ten aanzien van de gewenste voorlichting zichtbaar is.

In goed overleg met de gemeente Lelystad, de gemeente Noordoostpolder, de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van de IJsselmeerziekenhuizen wordt nu gekeken op welke wijze het huidige



ontwerp van de IJsselmeerziekenhuizen kan worden geoptimaliseerd. De provincie Flevoland speelt hierbij een ondersteunende rol.

Het door de IJsselmeerziekenhuizen gepubliceerde definitieve Plan over Kwaliteit en Veiligheid is daarbij het uitgangspunt. Hiermee lijkt het voor de IJsselmeerziekenhuizen duidelijk wat de nieuwe situatie is. Voor de gemeente Noordoostpolder en haar bevolking is dat allerm minst het geval. Een deel van de bevolking gaat ervan uit dat de nieuwe vorm van de geboden ziekenhuiszorg goed is. Een deel van de bevolking voelt zich onzeker omdat zij niet goed weet welke vormen van ziekenhuiszorg er nu daadwerkelijk geleverd worden en wat de kwaliteit van deze zorg is. De Stichting Zorggebruikersbelangen Noordoostpolder/Urk ijvert van meet af aan voor het terugbrengen van het oude basisziekenhuis in Emmeloord.

Onder de druk van al deze ontwikkelingen is het niet meer voor iedereen duidelijk wie waar verantwoordelijk voor is. Uitgangspunten in deze nota over de verantwoordelijkheidsverdeling zijn:

- De IJsselmeerziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de te leveren ziekenhuiszorg in de regio. De zorg moet aan een groot aantal criteria voldoen waarvan de belangrijkste zijn: toegankelijkheid, beschikbaarheid, doelmatigheid en kwaliteit en veiligheid. Wetgeving waaronder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de diverse kwaliteitswetgevingen vormen hiervoor het wettelijk kader. De overheid ziet toe op naleving hiervan; de Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit van de te leveren zorg.
- De gemeente of gemeenten en de provincie Flevoland moeten zich overtuigen dat er voldoende ziekenhuiszorg van voldoende kwaliteit beschikbaar is. De continuïteit van deze ziekenhuiszorg moet gegarandeerd zijn. Zij moeten hierbij rekening houden met de hiervoor genoemde wet- en regelgeving. De gemeente Noordoostpolder moet haar standpunt over deze voorziening eenduidig communiceren naar de gemeenteraad en de bevolking.
- De ziektekostenverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de hoeveelheid zorg die voor een overeengekomen prijs per jaar door het ziekenhuis geleverd mag worden. Zij worden in toenemende mate ook verantwoordelijk voor het kwaliteitsniveau van de zorg die zij inkopen.
- De bevolking is verantwoordelijk voor het gepaste gebruik. Hierbij hebben zij, zoals elke Nederlander, rekening te houden met betaalbaarheid versus kwaliteit van de te leveren ziekenhuiszorg.



## DE IJSSELMEERZIEKENHUIZEN EN HUN TOEKOMST

---

### ONTWIKKELINGEN IN DE ZIEKENHUISZORG IN NEDERLAND

Ziekenhuiszorg wordt allang niet meer uitsluitend binnen de muren van het ziekenhuis geleverd. Moderne technieken maken het mogelijk dat bepaalde vormen van ziekenhuiszorg op afstand geleverd kan worden, bijvoorbeeld:

- Operaties online;
- Medisch specialistische behandeling die thuis start in directe verbinding met het ziekenhuis, bijvoorbeeld bij hartfalen en CVA's;
- Behandeling in ambulances naast het traditioneel stabiliseren.

Maar ook de ontwikkeling in de ketenzorg voor medische nabehandeling en gespecialiseerde verpleging thuis zijn geaccepteerde vormen van ziekenhuiszorg. Ieder van de partners in de keten is verantwoordelijk voor doelmatigheid en kwaliteit van de zorg die in die fase wordt geleverd. Partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de organisatie van de hele keten en het vastleggen van de protocollen die hierbij horen. Huisartsen, verpleegtehuizen en thuiszorg zijn daarbij niet alleen stakeholders van het ziekenhuis geworden maar ook samenwerkingspartners.

De acute zorg is niet meer alleen een taak voor het ziekenhuis maar is georganiseerd in een keten. Afhankelijk van de complexiteit van de acute zorg die geboden moet worden zullen partijen in de keten een al dan niet dominante rol vervullen. Het streven is de acute zorg die een patiënt nodig heeft zo snel mogelijk op de plek te brengen waar alle zorg integraal geboden kan worden onder het motto: zo snel mogelijk de maximale zorg op de juiste plek.

De verwachting is dat steeds meer ziekenhuizen SEH's zullen sluiten en regionale traumacentra de acute zorg voor de hele regio zullen bieden. De acute zorg is daarbij als ketenzorg georganiseerd. Kostenbeheersing in de ziekenhuizen is een essentiële taakstelling geworden. De financieringssystematiek zal per 1 januari 2005 volgens de zogenaamde DBC-systematiek gaan plaatsvinden. Deze zogenaamde diagnose/behandelcombinaties (DBC's) zullen de basis zijn waarop ziektekostenverzekeraars jaarlijks zorg bij ziekenhuizen gaan inkopen. Ziektekostenverzekeraars zijn echter niet verplicht bij alle ziekenhuizen in Nederland alle productie in te kopen die zij willen bieden. De ziekenhuizen zullen zich moeten inspannen een betrouwbare leverancier te zijn die voor de laagste kosten de beste zorg levert. Het goed berekenen van de kostprijs is voor een ziekenhuis van groot belang. Dit vraagt een nieuwe techniek die velen zich nog eigen moeten maken.

Ziekenhuizen gaan concurreren met elkaar. Het ziekenhuis dat de laagste kostprijs kan bieden zal het meest in aanmerking komen om met ziektekostenverzekeraars voldoende afspraken te maken. Nodig





zal echter zijn dat het ziekenhuis ervoor zorgt dat haar werkelijke kosten naar beneden gaan en zo laag mogelijk zullen zijn. Het uitbesteden van diensten en het werken met zo goedkoop mogelijk personeel zijn daarbij de meest in het oog springende onderdelen waarop gestuurd gaat worden.

Veel ziekenhuizen oriënteren zich op dit moment op welke wijze zij profit-ziekenhuiszorg kunnen gaan aanbieden. Goedkope, niet complexe en veel voorkomende behandelingen zullen, omdat de kosten hiervoor veel lager zijn, het meest hiervoor in aanmerking komen. Winst maken in de gezondheidszorg valt niet mee. Dat leren we van de beperkte groei van de privé-klinieken en het recent failliet gaan van een van de oudere gevestigde privé-klinieken.

Desondanks zien we voorbeelden van ziekenhuizen, die zelf voorbereidingen treffen om naast het publieke ziekenhuis een privé-kliniek te starten of samen met een profitaanbieder een centrum voor diabeteszorg en hartfalen op te richten. De St. Maartenskliniek in Nijmegen ontwikkelt op dit moment op drie plekken in het land gespecialiseerde orthopedische klinieken samen met het betreffende ziekenhuis.

De verwachting is ook dat in de komende jaren het zogenaamde all-in basisziekenhuis steeds meer zal verdwijnen. Een 40-tal ziekenhuizen in Nederland zullen overblijven waarbij een groot aantal gespecialiseerde zorg voor een beperkt aantal medisch specialistische gebieden zal leveren.

#### **DEFINITIEF PLAN OVER KWALITEIT EN VEILIGHEID**

De huidige ontwikkeling van de IJsselmeerziekenhuizen met een verdeling van ziekenhuiszorg over twee locaties past in algemene zin in deze ontwikkeling. Het Plan van Aanpak 'Kwaliteit en Veiligheid' is echter onduidelijk over de huidige omvang en vorm van de zorg die op de locatie Emmeloord geboden wordt. Op veel onderdelen wordt gesproken over ontwikkelingen van ziekenhuiszorg op de locatie Emmeloord die nog moet plaatsvinden, echter, hoe en wanneer is niet uitgewerkt. Dit brengt onzekerheid met zich mee voor de bevolking in de Noordoostpolder.

In het Plan van Aanpak 'Kwaliteit en Veiligheid' zijn kosten en kwaliteit de dominante factoren als het gaat om de verdeling van de ziekenhuisfuncties van de twee locaties. De échte reden waarom een volledig ziekenhuis op de locatie Emmeloord niet meer te garanderen is, is echter gelegen in de beperkte bevolkingsomvang in de Noordoostpolder,  $\pm 70.000$  inwoners.

De verwachting volgens prognoses van de gemeente Noordoostpolder is dat deze bevolkingsomvang de komende jaren nauwelijks zal groeien. Het is zeer de vraag of de bevolking sneller zal groeien dan verwacht.

Dit betekent dat een zelfstandig basisziekenhuis in volle omvang zelfs met de overheidstoeslag voor instandhouding van kleine ziekenhuizen, financieel en kwalitatief geen bestaansrecht heeft.

Een ziekenhuis op twee locaties is alleszins een passende oplossing. Het plan moet echter wel duidelijk zijn voor de bevolking van de Noordoostpolder.



Het betreft hier de volgende onderdelen:

- 1 Hoe is de taak- en dienstverlening geleverd? Op welk kwaliteitsniveau wordt zorg geleverd? Welke zorg zal definitief slechts op één locatie geleverd worden? Welke zorg zal wanneer op locatie Emmeloord worden aangeboden en onder welke voorwaarden?
- 2 Is de veiligheid voor de bevolking voldoende geborgd? Dit speelt met name ten aanzien van het onderdeel acute zorg.
- 3 Een stimulerende, integrale samenwerkende medische staf is een voorwaarde. Ook voor de locatie Emmeloord.
- 4 Hoe en door wie is de communicatie naar de bevolking toe geregeld? Is er een communicatieplan?

#### NADERE UITWERKING VAN DE PUNTEN 1 T/M 4:

1. Van belang is hoe snel voor de algemene heelkunde en de interne ziekte niet alleen poliklinische behandeling maar ook klinische opname mogelijk zal zijn. Hier moet een tijdslijn voor worden bepaald die ook te communiceren is. Het onderdeel moeder- en kindzorg zal waarschijnlijk veel meer tijd vragen; hier moet duidelijkheid over komen. Ook hiervoor moet een tijdslijn worden vastgesteld die gecommuniceerd wordt. Er is onduidelijkheid over het kwaliteitsniveau waarop op dit moment poliklinische zorg wordt geleverd terwijl het duidelijk moet zijn dat zowel op locatie Lelystad als op locatie Emmeloord de kwaliteit van de te leveren zorg hetzelfde is. Over de verschillende onderdelen die volgens de nota Kwaliteit en Veiligheid op de locatie Lelystad nog ontwikkeld zullen worden, wordt verder niets vermeld. Dit is wel nodig met een tijdshorizon wanneer dit zal geschieden om de bevolking van de Noordoostpolder het beeld te kunnen geven van de locatie Emmeloord in z'n volledige eindvorm.
2. Ten aanzien van de huidige vorm van acute zorg heerst veel ongenoegen bij de bevolking in de Noordoostpolder. Er is een huisartsenpost gekoppeld aan de SEH. De SEH is echter slechts tot 17.00 uur geopend. Avond, nacht en weekend is deze voorziening dus niet beschikbaar. Wel is de huisartsenpost in het weekend en de avond en de nacht open. Ingezet moet worden op de ontwikkeling van ambulante teams die, indien nodig, vanuit Lelystad voor Emmeloord in het weekend, de avonden en de nacht oproepbaar zijn. De hoogcomplexere acute zorg gaat dag en nacht rechtstreeks naar Lelystad of Zwolle. De grote afstanden in de polders brengen echter met zich mee dat de bevolking zich niet in elk opzicht veilig voelt. Er wordt gesproken over een extra ambulance. Het is echter onduidelijk wat de betekenis hiervan zal zijn in het kader van borging van de veiligheid van de bevolking. Over dit onderdeel moet zéér nadrukkelijk worden gecommuniceerd.



3. Er is op dit moment één integrale medische staf voor de IJsselmeerziekenhuizen. Het is van groot belang dat er positieve voorbeelden komen van een goede samenwerking waarover ook gecommuniceerd kan worden.
4. Een integraal communicatieplan is essentieel om de ontwikkeling van de IJsselmeerziekenhuizen te ondersteunen. Gezien de ontstane situatie is het van belang dat gespecialiseerde deskundigheid hierbij wordt betrokken.

Zoals eerder aangegeven past de ontwikkeling van de IJsselmeerziekenhuizen op twee locaties binnen de trend van de ontwikkeling van de ziekenhuizen in Nederland.

Bij deze ontwikkeling hoort dat kleine ziekenhuizen afspraken maken met academische en topklinische ziekenhuizen ten behoeve van samenwerking, kwaliteitsborging en doorverwijzing. Ook kunnen medisch specialisten van de academische ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen specifieke patiëntenzorg verrichten op locatie van het basisziekenhuis. Hierdoor hoeft er geen doorverwijzing plaats te vinden en blijft deze patiëntenzorg een onderdeel van de productie van het basisziekenhuis.

Op deze wijze blijft in Nederland in dunbevolkte rurale gebieden delen van basiszorg in tact (Dokkum, Sneek, etc.). Belangrijk is, zoals gezegd, dat productie op de locatie van dit (gedeeltelijke) basisziekenhuis plaats kan vinden en niet wegvloeit naar het academische of topklinische ziekenhuis.

De IJsselmeerziekenhuizen zijn bezig zo'n vorm van samenwerking op te bouwen met het Academisch Ziekenhuis Amsterdam.

Het gebied van de polders is echter zo uitgestrekt dat met meerdere academische en topklinische ziekenhuizen vergelijkbare samenwerking nodig is. Aan de Oostkant van de polders zou het topklinisch ziekenhuis in Zwolle hierin kunnen voorzien.

In het verleden heeft Zwolle zich niet enthousiast getoond over een fusie met de IJsselmeerziekenhuizen maar het is de moeite waard om te verkennen of zij met de huidige IJsselmeerziekenhuizen zo'n samenwerkingsverband alsnog willen aangaan. Hierdoor zou op de locatie Emmeloord patiëntenzorg, uitgevoerd door medisch specialisten uit het topklinische ziekenhuis Zwolle, kunnen blijven plaatsvinden. Dit zal een positief effect op de productie van de IJsselmeerziekenhuizen hebben.



## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

---

- 1) In het Plan van Aanpak ‘Over kwaliteit en veiligheid’, definitief plan, Stichting **IJsselmeerziekenhuizen van 22 april 2003** zijn de ontwikkelingen voor de ziekenhuiszorg in Nederland niet als kader gebruikt om de keuze voor een ziekenhuis op twee locaties te onderbouwen. Dat is jammer, want een ziekenhuis op twee locaties past uitstekend binnen deze ontwikkelingen.
- 2) Er is in velerlei opzichten onvoldoende gecommuniceerd door de IJsselmeerziekenhuizen. Hierdoor is onduidelijkheid ontstaan, waardoor de pers, in plaats van de partijen zelf, de drager van de communicatie naar de bevolking is geworden. Een verandering van zorgaanbod, zoals door de IJsselmeerziekenhuizen is geïmplementeerd, vraagt om een integraal communicatieplan dat consequent wordt gevolgd. Zo'n plan moet er alsnog komen om de verdere ontwikkelingen te ondersteunen.
- 3) De toeslag voor instandhouding van kleine ziekenhuizen, die door de IJsselmeerziekenhuizen is aangevraagd, groot € 2,4 miljoen, is geoormd voor versterking van de acute opvang. Ongeveer € 400.000,- is bestemd voor ambulances. Deze aanvraag zal zo goed als zeker worden toegekend. Het is verplicht en voor de hand liggend dat deze toeslag volledig voor de ontwikkeling van de locatie Emmeloord wordt aangewend. Dit is immers de kleine locatie.
- 4) Het Plan van Aanpak beschrijft de patiëntenzorggebieden waarvoor zorg op de locatie Emmeloord geboden wordt. Onduidelijk is wat er op dit moment gerealiseerd wordt en wat er nog ontwikkeld gaat worden. Onduidelijk blijft ook de vraag aan welke voorwaarden moet worden voldaan om uitbreiding van zorg te garanderen. Het betreft hierbij de volgende patiëntenzorggebieden, waarbij het duidelijk is dat er een bandbreedte bestaat tussen hetgeen hierover in het Plan van Aanpak is gemeld en wat in de werkelijkheid realiseerbaar is:
  - \* **Acute zorg**  
Op dit moment gaat alle complexe acute zorg direct naar de locatie Lelystad of naar het topklinisch ziekenhuis in Zwolle. Indien nodig gaat de patiënt vanuit Lelystad naar het AMC in Amsterdam. Niet-complexe acute zorg gaat overdag naar locatie Emmeloord en van daaruit eventueel door naar locatie Lelystad.  
Er wordt gesproken over het inzetten van extra ambulances. Om de organisatie van de acute zorg in Emmeloord te verbeteren kan dit een oplossing zijn onder voorwaarde dat het een ambulance betreft waar de behandeling van de patiënt, bijvoorbeeld bij een hartinfarct, in de ambulance kan plaatsvinden. Het betreft hierbij de zogenaamde Trombolysbehandeling. De standplaats moet op de locatie van het ziekenhuis Emmeloord zijn. Een tweede oplossing moet het probleem van de laagcomplexe acute zorg in avond, nacht en weekend op locatie



- Emmeloord versterken, namelijk het inzetten van ambulante teams, die op afroep laagcomplexe zorg verlenen.  
Bezien moet worden in hoeverre de intensieve zorgvoorzieningen op locatie Lelystad voldoende zijn om de versterking van de acute zorg op deze locatie mee te ondersteunen.
- \* **Algemene heelkunde en internistische zorg**  
Het betreft hier laagcomplexe zorg die poliklinisch, in dagbehandeling, en door klinische opname geleverd wordt. Op dit moment wordt deze vorm van zorg uitsluitend in poliklinische vorm gegeven. Volgens de uitgangspunten van het Plan van Aanpak zou de volledige vorm nu reeds operationeel zijn. Dit moet daadwerkelijk gerealiseerd worden.
  - \* **Concentratie oogheelkunde etc.**  
Het Plan van Aanpak gaat uit van een concentratie van deze patiëntenzorg voor het hele gebied van de polders op locatie Emmeloord. Dit is ook nodig om de productie in Emmeloord op niveau te brengen en te houden. Onduidelijk is in welke omvang dit nu reeds gebeurt.
  - \* **Gynaecologie, verloskunde en kindergeneeskunde**  
Dit patiëntenzorggebied is het meest kwetsbaar in een klein ziekenhuis. Het opnieuw opbouwen van deze zorgvoorziening op locatie Emmeloord zal niet eenvoudig zijn. Kwaliteitseisen zijn uitermate stringent. Er moet voldoende adherentie zijn om te voldoen aan de voorwaarden, die gesteld worden. Hierbij hoort onder andere de 24-uurs aanwezigheid van gynaecologen en kinderartsen. Bovendien is de aanwezigheid van een neonatoloog noodzakelijk. Het Plan van Aanpak, evenals de laatste standpunten van minister Hoogervorst, gaan er echter vanuit dat ook op de locatie Emmeloord op termijn deze vorm van zorg weer aangeboden kan worden.  
Het is van belang dat er inzichtelijk wordt gemaakt wanneer dit gerealiseerd kan worden en welke stappen er moeten worden gezet. Met andere woorden: hoe serieus is dit onderdeel van het Plan van Aanpak?
  - \* **Orthopedie**  
Op dit moment ontwikkelt het IJsselmeerziekenhuis samen met het AMC in Amsterdam een plan om een orthopedisch centrum op locatie Emmeloord op te richten. Gezien de grote ervaring van de St. Maartenskliniek in Nijmegen is het aan te bevelen toch met hen contact op te nemen om geen ervaring en kennis op dit terrein te missen. Uiteindelijk kan de beslissing worden genomen met wie van de partijen een orthopedisch centrum het best in de markt kan worden gezet.
- 5) De IJsselmeerziekenhuizen op twee locaties vormen de voorziening van een basisziekenhuis in de polders. Nodig is om met omringende topklinische of academische ziekenhuizen afspraken te maken over samenwerking, doorverwijzing en medebehandeling op locatie van het basisziekenhuis om kwaliteit in de directe patiëntenzorg te borgen. Op deze wijze wordt in een aantal situaties in Nederland basiszorg in een relatief kleine setting toch verantwoord aangeboden. De IJsselmeerziekenhuizen ontwikkelen zo'n soort samenwerking met het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Dit is voor de locatie Lelystad een goede oplossing. Het gebied van de



polders is echter zo uitgestrekt dat vergelijkbare afspraken met andere topklinische of academische ziekenhuizen nodig is. Aan de oostkant van de polders zou het topklinisch ziekenhuis in Zwolle hierin kunnen voorzien.

Het starten van overleg hierover met Zwolle is noodzakelijk.

6) Ontwikkeling van private zorg.

Zoals eerder aangegeven wordt op dit moment in Nederland door diverse ziekenhuizen bekeken in hoeverre zij naast de gewone publieke ziekenhuiszorg ook een privaat aanbod voor ziekenhuiszorg kunnen gaan doen. Het is aan te bevelen voor de IJsselmeerziekenhuizen om in het ontwikkelingstraject wat nu voorligt deze optie ook serieus mee te nemen. Zo kan bijvoorbeeld bekeken worden in hoeverre het genoemde orthopedisch centrum naast publieke ook private klinische zorg kan leveren. Maar ook het terrein van diabeteszorg biedt mogelijkheden. Wanneer deze ontwikkeling wordt meegenomen bouwen de IJsselmeerziekenhuizen niet alleen een basisziekenhuis op twee locaties effectief op, maar moderniseren tegelijkertijd de ziekenhuiszorg in de polders.



## BIJLAGE I WERKWIJZE

---

Ten behoeve van het opstellen van dit advies zijn met name belangrijke ontwikkelingen in het beleid van VWS als oriëntatiepunt genomen. Het betreft hier alle voornemens op het terrein van modernisering van de Curatieve Zorg en de voornemens ten aanzien van de stelselherziening en de marktwerking. Recente adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg zijn daarbij gebruikt. Tevens is gebruik gemaakt van de strategienota 'Het ziekenhuis in 2010' van de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en het advies van de heer Tijmen de Vries van Interorga B.V. te Amersfoort, d.d. 22-04-2003. Tevens is er met een groot aantal partijen gesproken:

- **IJsselmeerziekenhuizen**
  - Gesproken met de interim-voorzitter Raad van Bestuur, de heer J.W. Brinkman;
  - Gesproken met de voorzitter medische staf, de heer J.F.M. Reinders;
  - Gesproken met de voorzitter Raad van Toezicht, de heer H.C.J.L. Borghouts.
- **Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**
  - Gesproken met de algemeen secretaris, de heer P. Vos;
  - Gesproken met de adjunct algemeen secretaris, mevrouw M.G. Wats;
  - Gesproken met projectleider, de heer J.P. Kasdorp.
- **Departement van Volksgezondheid (VWS)**
  - Gesproken met de Directeur-Generaal Gezondheidszorg, de heer M.J. van Rijn;
- **Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid**
  - Gesproken met de hoofdinspecteur voor de Curatieve Somatische Gezondheidszorg (CSG), de heer P. Edgar.
- **Gemeente Noordoostpolder**
  - Gesproken met de burgemeester, de heer W.L.F.C. Ridder van Rappard;
  - Gesproken met de Wethouder Volksgezondheid, de heer J.A. Ritsema
- **Stichting Zorggebruikersbelangen Noordoostpolder/Urk**
  - Gesproken met de heer A. Offenbergh
  - Gesproken met de heer K. Smeitink
- **Saneringscommissie voor Ziekenhuizen**
  - Gesproken met de heer Van den Berg
- **Sturkenboom en Partners**
  - Gesproken met de heer P. Sturkenboom



## **BIJLAGE II STANDPUNT MINISTER HOOGERVORST**

---

Minister Hoogervorst heeft op woensdag 7 april 2004 in de Tweede Kamer vragen beantwoord over de ontwikkelingen in de IJsselmeerziekenhuizen, locatie Emmeloord. De letterlijke antwoorden waren als volgt:

Den Haag (ANP) – het ziekenhuis in Emmeloord is geen aflopende zaak. Volgens minister Hoogervorst (Volksgezondheid) gaat het juist beter met het ziekenhuis. Dat zei hij woensdagavond 7 april 2004 tijdens een door de LPF aangevraagd spoeddebat over de Emmeloordse vestiging van de IJsselmeerziekenhuizen.

Hoogervorst verwacht dat de aanvraag van het ziekenhuis voor 1,6 miljoen euro voor de versterking van de acute opvang binnenkort wordt goedgekeurd. Ongeveer 400.000 euro van dat bedrag is bestemd voor de ambulances.

Het ziekenhuis in Emmeloord heeft de afgelopen jaren te maken gehad met bestuurscrisisen over het te volgen beleid en geldgebrek. De bevolking heeft zich altijd verzet tegen de plannen om voorzieningen over te hevelen naar het ziekenhuis in Lelystad.

Onlangs kondigde het Ziekenhuisconsortium (HZC) van o.a. Sturkenboom & Partners aan de Emmeloordse vestiging te willen aankopen, maar bestuur en directie wezen dat van de hand.

Minister Hoogervorst stelde dat ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg positief oordeelt over de ontwikkelingen in Emmeloord. Hij erkende dat nog niet alle vier basisspecialismen in volle omvang in het ziekenhuis aanwezig zijn. Zo is de afdeling Kindergeneeskunde in Lelystad en zijn de afdelingen voor klinische chirurgie en interne geneeskunde nog poliklinieken. Daar kunnen nu te plannen lage risico-ingrepen verricht worden.

Er is sprake van een 24-uurs openstelling voor het stellen van diagnoses. Het streven blijft, volgens de minister, dat ook kindergeneeskunde in Emmeloord terugkomt.

Tot slot zei de minister dat gemeenten in principe ook aandeelhouder kunnen worden van een ziekenhuis.