

## **Beslisdocument**

# **Concentratie klinische verloskunde en klinische en acute kindergeneeskunde**

## Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	3
1.1	Visie leidend voor de verandering en het besluit .....	3
2	Aanleiding formatietekort op cruciale posities .....	3
3	Proces van verkenning en consultatie .....	4
3.1	Interne communicatie tijdens het besluitvormingsproces .....	4
3.2	Externe stakeholders .....	5
4	Het besluit .....	6
4.1	Klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde .....	6
4.2	Spoedeisende hulp .....	6
4.3	Dagbehandeling en poliklinieken .....	7
5	Onderbouwing besluit .....	7
5.1	Personele redenen .....	7
5.2	Locatieredenen .....	7
5.3	Kwaliteitsredenen .....	8
5.4	Financiële redenen .....	8
6	Onderzoek naar beste optie .....	9
6.1	Onderzoek en analyse .....	9
6.1.1	Toetsingskader .....	9
6.1.2	Marktonderzoek en adherentie .....	10
6.2	Beschikbaarheid van zorg .....	10
6.3	Bereikbaarheid van de zorg .....	11
6.4	Gevolgen voor patiënten .....	12
6.5	Imago Treant .....	12
7	Financiële consequenties .....	12
8	Verbouwing en inventaris .....	13
9	Planning besluit .....	13
10	Woord van dank .....	14
11	Toelichtingen .....	15

## 1 Inleiding

Treant Ziekenhuiszorg gaat de klinische kindergeneeskundige- en de acute kindergeneeskundige zorg concentreren in Emmen. Alleen zo kan de noodzakelijke 24/7 beschikbaarheid van een kinderarts geborgd worden. Als gevolg daarvan wordt ook de klinische verloskunde geconcentreerd op één locatie. De obstetrische polikliniek, de polikliniek kindergeneeskunde en de dagbehandelingen blijven op de huidige drie locaties in Hoogeveen, Stadskanaal en Emmen beschikbaar.

Dat is het besluit dat de raad van bestuur van Treant Zorggroep heeft genomen na een reeks van consultaties en gesprekken in- en extern. Daarmee kiest Treant voor duurzame kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening. Tevens komt het besluit tegemoet aan de noodzaak van een stabiele personele bezetting van kinderartsen en (gespecialiseerd) verpleegkundigen en verloskundigen.

Dit document beschrijft de beweegredenen en de onderbouwing van het besluit.

### 1.1 Visie leidend voor de verandering en het besluit

De manier waarop Treant de zorg organiseert is dienend aan het belang van de patiënt. Hierbij is veilige en betrouwbare zorg, conform de wet- en regelgeving en de normen van de beroepsverenigingen, altijd het uitgangspunt. De visie van Treant gaat uit van het leveren van goede, bereikbare en betaalbare zorg. Treant wil zorg zo dichtbij huis als mogelijk aanbieden. Daarbij geldt wel: het moet goed en veilig kunnen. Die visie is ook leidend geweest bij de herinrichting van het zorgaanbod van kindergeneeskunde en obstetrische zorg.

De concentratie van klinische kindergeneeskunde en verloskunde in Emmen is een noodgedwongen besluit. De reden voor het voorgenomen besluit is het langdurige tekort aan kinderartsen. Daardoor is het sinds eind 2017 onmogelijk op drie locaties 24/7 klinische kindergeneeskunde (en daarmee klinische verloskunde) op een medisch verantwoorde manier zorg te leveren.

Dit besluit staat los van onze wens te komen tot een nieuw centraal gelegen interventiecentrum, zoals beschreven in de concept regiovisie van Treant. Het voorgenomen besluit is echter wel in lijn met de plannen van de Regiovisie en past in de overgang naar een interventiecentrum voor de acute, klinische en complexe zorg.

## 2 Aanleiding formatietekort op cruciale posities

Het gebrek aan adequaat geschoold personeel is een groot knelpunt in de zorg. Dat was al zo in de Randstad, maar in de gebieden daarbuiten is de nood op sommige posities nog hoger. Artsen bijvoorbeeld zoeken veelal een functie in een academisch of topklinisch opleidingsziekenhuis, waar zij zich verder kunnen specialiseren. Slechts een klein percentage (in 2015/2016: 4%, Arbeidsmarktmonitor NVK 2016) ambieert een baan in een regionaal niet-opleidingsziekenhuis. Meerdere ziekenhuizen in onze regio hebben daarom moeite om hun formatie op peil te houden en die situatie lijkt de komende jaren niet te verbeteren.

Deze ontwikkelingen zijn voor zorginstellingen als Treant geen verrassing. De arbeidsmarkt voor kinderartsen en in mindere mate ook voor gynaecologen is een van de redenen waarom Treant koerst op één interventiecentrum op een centrale locatie in het werkgebied. Eén interventiecentrum betekent dat er met relatief minder professionals een 24-uursbezetting kan worden gegarandeerd. Het betekent ook meer mogelijkheden om de kwaliteit van zorg verder te ontwikkelen.

De ontwikkelingen zijn wel sneller gegaan dan gedacht. Het formatietekort werd eind 2017 dusdanig nijpend dat de kwaliteit van onze zorg in het geding dreigde te komen. Duidelijk werd dat we niet konden wachten op concentratie van complexe zorg in één nieuw interventiecentrum. Treant heeft werkelijk alle middelen ingezet om kinderartsen te werven. Dat heeft echter vooralsnog geen resultaat opgeleverd. De tekorten werden en worden opgevangen door uitbreiding van enkele bestaande contracten en door inzet van waarnemers. Dat is echter geen duurzame oplossing voor de langere termijn.

Vanzelfsprekend staat kwalitatief goede zorg voor de patiënt voorop. Die kunnen we alleen bieden als onze medewerkers uitgerust zijn en op een verantwoorde manier kunnen werken. Ook als goed en betrouwbaar werkgever wil en moet Treant zich houden aan de Arbeidstijdenwet, Cao Ziekenhuizen en regelgeving in de AMS (zie Toelichtingen: 1). Overbelasting en personeelstekorten werken fouten in de hand.

Ondanks de langdurige bereidwilligheid en inzet van de kinderartsen om op drie locaties te blijven werken, heeft dat ook zijn (persoonlijke) tol geëist. Voor een korte periode kan dat, maar het is helaas een gegeven dat er op afzienbare termijn niet voldoende kinderartsen geworven kunnen worden om dit

tekort op te heffen. Het kan niet het toekomstbeeld zijn van gemotiveerde kinderartsen, dat zij jarenlang roofofbouw moeten plegen zonder mogelijkheid van verbetering van de werkomstandigheden.

Eind 2017 bleek dat er een acute oplossing nodig was. De bestaande onderbezetting werd verergerd als gevolg van uitval door ziekte op locatie Scheper. Het was niet langer mogelijk voor de kinderartsen om op drie locaties de ANW-diensten (avond-, nacht- en weekend) te bemensen en veilige en kwalitatieve zorg op het gebied van kindergeneeskunde en verloskunde te leveren.

Omdat de ziekmeldingen de locatie Scheper te Emmen betroffen heeft de raad van bestuur moeten besluiten deze locatie tijdelijk te sluiten voor wat betreft de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde. Deze klinische specialismen worden momenteel aangeboden op de locaties Refaja te Stadskanaal en Bethesda te Hoogeveen.

Dat is echter geen houdbare en duurzame oplossing. Het bieden van klinische kindergeneeskundige en klinische verloskundige zorg betekent dat er 24/7 een kinderarts beschikbaar moet zijn. De aanwezige formatie kinderartsen is niet voldoende om de komende jaren een 24/7 aanwezigheid op twee locaties te garanderen. Nog los van de andere aspecten die een rol spelen als het gaat om goede zorg, is dit een gegeven waaraan Treant niet aan voorbij kan gaan. Niet ingrijpen is geen optie.

### 3 Proces van verkenning en consultatie

Om een weloverwogen besluit te kunnen nemen is een aantal opties onderzocht.

- Te beginnen bij het blijven aanbieden van klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde op de drie locaties, de situatie dus zoals die tot eind 2017 bestond.
- Vervolgens de optie om de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde aan te bieden op twee locaties en dan:
  - of Hoogeveen en Stadskanaal zoals nu het geval is
  - of Hoogeveen en Emmen
  - of Stadskanaal en Emmen.
- Tot slot de optie om klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde te concentreren op één locatie, waarbij alle drie de locaties als mogelijkheid zijn onderzocht.

Er zijn additioneel nog enkele tussenscenario's ontwikkeld, die evenmin haalbaar bleken te zijn. Deze worden besproken in hoofdstuk 6.1.

Alle opties zijn onderzocht op een aantal aspecten (zie Toelichtingen: 2 en 3).

Treant heeft een onderzoeksproces ingezet van feitenverzameling en –analyse. Ook zijn diverse gespreksrondes gehouden met interne betrokkenen en externe stakeholders.

Een dergelijk intensief proces van onderzoek en overleg was nodig om zeker te weten dat bij het maken van een keuze geen aspecten over het hoofd werden gezien en alle aspecten goed tegen elkaar werden afgewogen. Want de te beantwoorden vraag is 'hoe creëren we voor de bevolking in ons werkgebied duurzaam kwalitatief hoogstaande en bereikbare zorg?'. Dan speelt er meer dan alleen een tekort aan kinderartsen. De vraag bijvoorbeeld of nog steeds voldaan wordt aan de wettelijke eisen voor wat betreft de aanrijtijden bij spoedeisende hulpvragen. Of de vraag naar het aantal patiënten dat mogelijk kiest voor een ander ziekenhuis, wanneer Treant de klinische verloskunde en kindergeneeskunde niet meer op drie locaties biedt.

Naar aanleiding van de resultaten uit de onderzoeken en overleggen is er een voorgenomen besluit geformuleerd en aan de Cliëntenraad Treant Ziekenhuiszorg en de Ondernemingsraad Cure en OD ter advisering voorgelegd. Het voorgenomen besluit is gelijktijdig op 15 mei 2018 in drie afzonderlijke medewerkersbijeenkomsten op de locaties gepresenteerd aan medewerkers.

#### 3.1 Interne communicatie tijdens het besluitvormingsproces

Een duurzame oplossing voor klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde heeft voor veel medewerkers mogelijke gevolgen. Zo kan het zijn dat ze op een andere locatie komen te werken of dat hun functie verandert. De voorbereidingen van het definitieve besluit zijn de afgelopen maanden procesmatig en zorgvuldig doorlopen. Alle direct betrokkenen is de mogelijkheid gegeven hun mening te geven in een aantal gespreksronden. Ook hebben zij volledige uitleg gekregen over het proces, de planning en de benodigde documentatie ontvangen. Tijdens het traject is invulling gegeven aan informatie-uitwisselen, gegevens verzamelen en objectiveren, uitgangspunten en voorwaarden formuleren en het verwoorden van deze gegevens in een beslisdocument voor de raad van bestuur.

In april zijn de eerste gespreksrondes gehouden. Hierbij zijn medisch specialisten, verloskundigen en de hoofden en medewerkers van de betrokken specialismen en afdelingen tijdens de verschillende gesprekken aanwezig geweest. Op basis van een startdocument hebben zij input geleverd en reactie gegeven. De gynaecologen hebben een voorkeur voor een tweelocatiemodel uitgesproken.

Omdat kinderartsen liefst binnen 15 minuten ter plekke moeten kunnen zijn als er met de pasgeborene iets aan de hand blijkt te zijn, moeten kinderartsen bij een tweelocatiemodel voor de verloskunde op twee locaties 24/7 inzetbaar zijn. Dit is met de te verwachten formatie niet haalbaar.

Deze informatie is verwerkt in een beslidsdocument voor de raad van bestuur. Eind april en begin mei is er een tweede gespreksronde geweest met de kinderartsen en gynaecologen. Ook is er een tweede ronde met de verloskundigen geweest. De hoofden hebben aangegeven geen behoefte te hebben aan een tweede ronde. In de eerste ronde zijn hun vragen beantwoord en zij hebben de dialoog als prettig ervaren. De hoofden hebben hun medewerkers op de hoogte gehouden door werkoverleggen en/of nieuwsbrieven.

Bij de gespreksronden zijn veelal leden van het MSCT-bestuur aanwezig geweest.

De OR Cure en OD, de Cliëntenraad Treant Ziekenhuiszorg en VVAR zijn gedurende het traject voortdurend door de bestuurder betrokken en bijgepraat over de voortgang.

### 3.2 Externe stakeholders

Concentratie van klinische verloskundige en geneeskundige zorg heeft ook voor samenwerkingspartners consequenties heeft. De externe stakeholders zijn geïnformeerd en betrokken bij het proces en hun visie, informatie en/of mening is meegenomen in de besluitvorming.

In april en mei 2018 is er een eerste inventarisatieronde geweest met de stakeholders. In juni en juli 2018 zijn er (vervolg)gesprekken geweest met onder andere:

- de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- de omringende ziekenhuizen WZA, OZG, Isala ziekenhuis en Saxenburgh Groep
- de VSV's van en kraamzorgorganisaties van Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal
- Politici in de gemeenten van Hoogeveen, Emmen en Stadskanaal
- Zilveren Kruis Achmea en Menzis
- ROAZ Noord Nederland
- Zorgbelang Drenthe en Groningen
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
- College Perinatale Zorg
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Huisartsen en Huisartsenzorg Drenthe
- Huisartsen Groningen
- de ambulancediensten van Groningen en het UMCG.

Alle betrokken partijen zijn benaderd en hebben een gesprek gehad of hebben telefonisch of per mail gereageerd. Het doel van de gesprekken was om te verkennen wat we voor maatregelen moeten nemen om veilige, continue zorg, te bieden en welke kansen er liggen. In de gesprekken is veelal aangegeven dat er nog veel onduidelijkheid en onrust heerst. Er zijn eigenlijk twee belangrijke boodschappen die uit alle gesprekken komen: betrek ons en communiceer met ons.

Korte impressie van gesprekken met of reacties van stakeholders:

- Organisaties als **NVOG**, **CPZ** en **NVK** gaven aan dat hun standpunt bij ons bekend is. De NVK onderschrijft de noodzaak tot concentratie en verwoordt deze in zijn reactie als volgt: "Binnen de mogelijkheden en beperkingen van het werven van kinderartsen is het een onontkoombare beslissing op dit moment om te gaan concentreren. Het is de enige juiste oplossing. Waarborgen van kwaliteit van zorg voor de kindergeneeskunde binnen Treant kan alleen op deze wijze." De NVK doet geen uitspraak over de keuze tussen concentratie op één locatie of concentratie op twee locaties. Daarnaast bieden zij ons ondersteuning bij het vervolg. Hierbij valt te denken aan gezamenlijke communicatie, gezamenlijk optrekken naar de stakeholders buiten het ziekenhuis zoals collega-instellingen, verloskundigen, huisartsen
- **Zorgbelang Drenthe** en **Zorgbelang Groningen** hadden geen behoefte aan een gesprek maar gaven ons mee om goed aan de communicatie met de bewoners van ons adherentiegebied te denken.
- De twee kraamzorgorganisaties zijn ook benaderd. **Groene Kruis B.V.** gaf aan dat zij geen behoefte hadden aan een gesprek omdat "zij overal zitten" en het dus voor hen niet uitmaakt waar wij deze zorg organiseren. **De Kraamvogel** heeft tot op heden nog niet gereageerd.
- De **Drentse Huisartsen Coöperatie** (DHC) heeft besloten tot een ledenraadpleging over het onderwerp. De eerste resultaten daarvan heeft de voorzitter van DHC met de raad van bestuur besproken. Afgesproken is dat zij gaan nadenken hoe we de gesprekken tussen de kinderartsen en huisartsen gaan organiseren. De documenten van het ROAZ over zowel kindergeneeskunde als verloskunde dienen als uitgangspunt daarbij.

Op 19 juli 2018 hebben de Drentse Huisartsen laten weten dat zij verwachten: "dat Treant geen definitieve besluiten neemt m.b.t. de sluiting van afdelingen. Dit geldt zowel voor de klinische verlos- als kindergeneeskunde en eventuele andere specialismen.

De Drentse Huisartsen zijn van mening dat besluitvorming dient te worden uitgesteld totdat het project 'Met stakeholders op weg naar een duurzaam en gedragen ziekenhuislandschap in Drenthe en Zuid Oost Groningen' met richtinggevende resultaten komt. Ook zijn de Drentse Huisartsen van mening dat deze actuele problemen alleen duurzaam kunnen worden opgelost door een breed gedragen organisatie van zorg in Drenthe".

- Met de eerstelijnsverloskundigen zijn twee gesprekken gevoerd. Ook zijn zij aanwezig geweest bij gesprekken met gynaecologen en kinderartsen. Vanuit de verschillende verloskundigenpraktijken uit de regio is informatie aangeleverd over de gevolgen voor de zwangeren en pasgeborenen en ook over de gevolgen voor hun verloskundigenpraktijk. Zij pleiten voor het openhouden van twee locaties.
- Bij de **VSV's van Emmen, Stadskanaal en Hoogeveen** was een vertegenwoordiging van de verloskundigen bij het overleg aanwezig. Vanuit elk VSV was er wel een gynaecoloog. Belangrijkste uitkomsten zijn: bij concentratie een geheel nieuwe VSV met elkaar oprichten, het samen optrekken naar zorgverzekeraars over bijvoorbeeld welke bekostiging hierbij hoort voor zowel ziekenhuis als verloskundigen; het samen nadenken hoe we het veilig en aantrekkelijk gaan maken om in Emmen te bevallen en te werken en hoe de verloskunde er in de toekomst uit kan gaan zien. Aangegeven wordt dat het belangrijk is om de verloskundigen echt goed te betrekken: dat gevoel is er nu niet bij de verloskundigen. Ze willen een volwaardige gesprekspartner en samenwerkingspartner zijn. Het is nadelig dat het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), dat nu per ziekenhuislocatie is georganiseerd, anders georiënteerd of geïntegreerd zal moeten worden, wat o.a. inhoudt dat 1e lijns verloskundigenpraktijken afhankelijk van hun werkgebied aan meerdere VSV's moeten deelnemen. Dit is in andere delen van het land overigens heel gebruikelijk. De VSV's van locatie Bethesda en Refaja functioneren goed en met name het VSV van locatie Bethesda is al ver doorontwikkeld, ook op het gebied van Integrale Zorg.
- Met de omringende ziekenhuizen WZA, OZG, Isala ziekenhuis en Saxenburgh Groep hebben wij geregeld overleg gehad en zij hebben aangegeven voldoende capaciteit te hebben om extra bevallingen op te vangen. Wij zijn al in gesprek met OZG en Ambulancedienst Groningen om concrete plannen en afspraken te maken. Hetzelfde moet gaan gebeuren met het Isala ziekenhuis en de Ambulancezorg UMCG. De klinische capaciteit in de regio staat onder druk. Elke verandering vraagt een actieve aanpassing om beschikbaarheid te borgen. De beelden over de beschikbare capaciteit in de regio verschillen. Overleg en afstemming is daarin een vereiste.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van de resultaten uit de dialoogsessies die de raad van bestuur in het kader van de Regiovisie heeft gehouden met de bevolking, de verwijzers, zorgverzekeraars, gemeenten en cliëntvertegenwoordigers in het werkgebied.

## 4 Het besluit

### 4.1 Klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde

Het besluit houdt in het concentreren van acute en klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde op één locatie, namelijk locatie Scheper te Emmen. Voor de keuze is de situatie bij de vakgroep Kindergeneeskunde leidend geweest. Door het tekort aan kinderartsen is het onmogelijk het huidige zorgaanbod op drie locaties te continueren. Ook het aanbieden van alle dienstverlening op twee locaties blijkt qua bezetting van kinderartsen niet op een verantwoorde manier te realiseren. Dat dwingt ons de klinische kindergeneeskundige zorg en de acute kindergeneeskundige zorg te concentreren op één locatie. Alleen zo kan de noodzakelijke 24/7 beschikbaarheid van een kinderarts geborgd worden. Als gevolg daarvan wordt ook de klinische verloskunde geconcentreerd op één locatie.

Poliklinische zorg (dus spreekuren en voor-/nazorg) en dagbehandeling blijven op alle drie locaties beschikbaar. Voor het merendeel van de geplande zorg kan de patiënt dus nog altijd dichtbij huis terecht.

### 4.2 Spoedeisende hulp

Presentatie van acute zorg (spoed) kinderen op de SEH zal 24/7 zal plaatsvinden op locatie Emmen. Van maandag tot en met vrijdag 8:30-17:00 uur kan dat ook op locatie Refaja en Bethesda, maar zeker als te voorzien is dat er een klinische opname moet plaats vinden heeft dat niet de voorkeur. In de praktijk is het altijd al zo dat de huisarts eerst met de kinderarts belt en overlegt voordat hij een kind instuurt. De ambulancediensten moeten hier ook van op de hoogte gesteld worden na het besluit.

Het advies van de kinderartsen is, gesteund vanuit de vakvereniging (NVK), om kinderen voor de andere specialismen maandag tot en met vrijdag tussen 17:30 en 8:30 uur en in het weekend te laten presenteren op de locatie waar kinderarts aanwezig of beschikbaar is, dus in Emmen. Het is echter aan de hoofdbehandelaar het advies op te volgen.

Ouders en kinderen die zelf verwijzend zijn op locatie Bethesda of locatie Refaja worden op de SEH gezien door de SEH-arts of in overleg met een hoofdbehandelaar verwezen naar locatie Emmen. Welke hoofdbehandelaar dat is, is afhankelijk van de problematiek. Dit wordt door de SEH-arts of SEH-verpleegkundige beslist bij de triage.

Op locatie Scheper worden zelfverwijzers indien het kindergeneeskundige patiënten betreft, niet eerst door de SEH-arts gezien maar wordt er eerst overlegd met de kinderarts.

De impact in aantallen die het heeft op de aanpalende specialismen is weergegeven in tabellen (zie Toelichtingen: 4). De cijfers betreffen 2017.

### **4.3 Dagbehandeling en poliklinieken**

De poliklinische verloskunde en kindergeneeskunde en de dagbehandeling blijven op de huidige drie locaties in Hogeveen, Stadskanaal en Emmen beschikbaar. De processen op de polikliniek en de planning en organisatie van de dagbehandelingen veranderen niet direct of niet zodanig dat daar direct actie vereist is of verandering in de processen moet plaatsvinden. Zodra de herinrichting van de kliniek voltooid is, wordt gekeken waar de poliprocessen geoptimaliseerd kunnen worden en/of aangepast moeten worden aan de nieuwe klinische situatie. Datzelfde geldt voor de dagbehandelingen.

De reorganisatie van de klinische afdeling vereist veel aandacht en inzet van medewerkers. Zodra de herinrichting van de kliniek voltooid is wordt gekeken of er optimalisatie kan of moet plaatsvinden voor een efficiënte bedrijfsvoering (personele inzet, planning en ruimte). Dit onderdeel wordt begin 2019 verder uitgewerkt, maar heeft nu geen invloed op het besluit.

## **5 Onderbouwing besluit**

Een tekort aan kinderartsen is de belangrijkste reden dat we zorg moeten concentreren. Toch spelen ook andere factoren een rol bij dit ingrijpende besluit.

### **5.1 Personele redenen**

Binnen het criterium 'kwaliteit van zorg' is 24/7 aanwezigheid van kinderartsen een eis waar de te kiezen oplossing onvoorwaardelijk aan moet voldoen. Niet alleen betreft het een harde wettelijke eis waar ook de Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ) i.o. nadrukkelijk op toetst, maar ook vanuit inhoudelijk oogpunt is 24/7 aanwezigheid van kinderartsen een absolute voorwaarde. Juist bij klinische zorg en zeker bij klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde gaat het om patiënten met complexe en acute problematiek en niet-planbare zorg. Als continue aanwezigheid van kinderartsen niet volledig gegarandeerd is, kan de zorg niet als veilig aangemerkt worden. Dat is een situatie die te allen tijde voorkomen moet worden.

Met de huidige inzet van tijdelijke waarnemers is de basiskwaliteit gewaarborgd op de twee locaties waar klinische kindergeneeskunde nu geboden wordt. Deze situatie is echter niet duurzaam:

- Ook waarnemers zijn nauwelijks meer te vinden, wat vervanging van tijdelijke waarnemers moeilijk maakt.
- Waarnemers kunnen coördinerende en administratieve taken niet overnemen. Bovendien komt het op de zittende kinderartsen neer om voor elke waarnemer een uitgebreide overdracht te verzorgen, inclusief werkinstructies. Mede hierdoor blijft de werkdruk voor de kinderartsen hoog.
- Niet uit te sluiten is dat kinderartsen die langdurig en structureel een te hoge werkdruk ervaren Treant verlaten.
- De poliklinische activiteiten zijn momenteel teruggeschroefd tot een minimum, iets dat uit oogpunt van kwaliteit ongewenst is.
- Patiënten krijgen te maken met veel verschillende artsen. Dat is niet wenselijk in een zorgvisie waarin integrale zorg en een vertrouwensband tussen patiënt en arts centraal staan.

Verder is er sprake van een precaire situatie als het gaat om de formatie gespecialiseerde obstetrie- en kinderverpleegkundigen en verloskundigen. Ook vanuit die optiek is concentratie op één locatie de beste en duurzaamste optie.

### **5.2 Locatieredenen**

De keuze voor de regio en locatie komt voort uit een aantal elementen.

- Met de regio Emmen kiezen we voor de grootste regio en zo wordt het grootste aantal patiënten voorzien van zorg, die beschikbaar en goed bereikbaar is. Deze regio is tevens bereikbaar vanuit de andere twee regio's Hogeveen en Stadskanaal. Hierdoor blijft het zorgaanbod voor het grootste deel van de patiënten ook beschikbaar en bereikbaar voor de bewoners uit ons huidige adherentiegebied.

- Met locatie Scheper kiezen we voor de grootste ziekenhuislocatie, waar nu ook aan de grootste aantallen patiënten (per locatie) zorg geleverd wordt.  
(Zie Toelichtingen: tabel 5 tot en met 9: Bevallingen, sectio's, thuisbevallingen en kengetallen kindergeneeskunde en productie klinische kinderafdelingen).
- Het niveau van de (medisch) ondersteunende diensten en - faciliteiten is in locatie Scheper nu al ingericht op meer acute en complexe zorg, zoals IC en OK.
- De capaciteit is op locatie Scheper groter en daardoor is het te investeren bedrag voor verbouw kleiner.

### 5.3 Kwaliteitsredenen

Kwaliteit is uiteraard meer dan het borgen van het basisniveau aan veiligheid, waar het in de vorige paragraaf over ging. Kwaliteit – we bedoelen hier de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg - heeft onder meer ook te maken met aspecten als onderlinge consultatie door de kinderartsen, onderlinge feedback, gezamenlijke doorontwikkeling en innovatie. De beste voedingsbodem voor kwaliteitsontwikkeling is een artsenteam dat voldoende groot en voldoende stabiel is, en bovendien niet overbelast is en voldoende tijd heeft om zich naast de dagelijkse hectiek ook werkelijk met kwaliteit bezig te houden.

Nu zijn er tegenwoordig zeker ook technologische ontwikkelingen die het mogelijk maken om ook vanuit verschillende locaties met elkaar mee te kijken en te overleggen. Het is niet per definitie zo dat een team altijd op één locatie zou moeten werken. Ook in de situatie van Treant zal dit niet zo zijn: kinderartsen blijven immers voor wat betreft de poliklinische zorg en dagbehandeling op drie locaties werken. Toch geven de kinderartsen aan dat een vast team dat elkaar frequent ook fysiek ontmoet, de beste voorwaarden voor intercollegiale toetsing en kwaliteitsontwikkeling creëert. Bovendien is het zo dat concentratie van klinische zorg betekent dat de avond-, nacht- en weekenddiensten efficiënter en dus met minder menskracht kunnen worden ingevuld, zodat er bij een gelijkblijvende formatie meer tijd is voor kwaliteitsontwikkeling.

De kinderartsen hebben aangegeven dat zij bij een concentratie op één locatie kansen zien voor doorontwikkeling van de zorg, zoals een slaapcentrum, neonatologie en IC/HC. Ook de doorontwikkeling van zorgpaden is een belangrijke kwaliteitswens die dan vervuld kan worden. Tegelijkertijd kan de versterking van de poliklinische zorg op alle drie de locaties ervoor zorgen dat Treant een totaalpakket van uitstekende kwaliteit kan bieden. Er kan worden gedacht aan themapoli's rondom fertiliteit, meer aandacht voor prenatale screening, zwangerschapsdiabetes, hypertensie en toepassing van moderne technologie om sneller en vaker een kinderarts te betrekken bij de zorg.

De ontwikkeling van de gezinsgerichte zorg, een zorgconcept waarin ouder en kind bij elkaar verblijven ook als een ziekenhuisopname nodig is, kan na concentratie ook verder uitgewerkt worden. Om gezinsgerichte zorg te bieden is onder andere een passende huisvesting nodig: kamers waar ouder en kind ook werkelijk samen kunnen verblijven. De locatie Scheper wordt daar op ingericht na de concentratie zonder een ingrijpende verbouwing. De huidige vierpersoonskamers worden ingericht als tweepersoonskamers.

Voor de gezinsgerichte zorg is het verder van belang dat patiënten zoveel mogelijk te maken hebben met een vaste (medische of verpleegkundige) contactpersonen gedurende een (vervolg op een) zorgtraject. Dat komt de vertrouwensband ten goede. Dat komt de vertrouwensband ten goede. Het principe van vaste hulpverleners is ook te realiseren bij klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde op één locatie, omdat die óók werken op de locatie(s) waar de poliklinische zorg wordt geboden.

### 5.4 Financiële redenen

Het element 'bedrijfseconomische gronden' heeft bij het besluit om te kiezen voor één locatie geen rol gespeeld. De reden tot het voorgenomen besluit is het tekort aan kinderartsen, waardoor goede en veilige zorg niet langer gegarandeerd kan worden en ook goed werkgeverschap geen invulling kan krijgen. Het is niet langer mogelijk om op meer dan één locatie 24/7 klinische kindergeneeskunde en als gevolg daarvan 24/7 klinische verloskunde aan te bieden.

Financiële aspecten hebben wel in enige mate meegespeeld bij de keuze voor de concentratielocatie.

Eerder is al genoemd, dat bij concentratie van klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde capaciteitsuitbreiding nodig is op de locatie(s) waar de zorg aangeboden blijft worden. Op alle drie de locaties is er een verbouwing nodig ten behoeve van capaciteitsuitbreiding. Analyse leert dat de verbouwing die nodig is in Stadskanaal en in Hoogeveen aanzienlijk ingrijpend en duurder is dan de verbouwing die nodig is in Emmen. Bovendien bedraagt de afschrijvingstermijn van de betreffende gebouwdelen in Stadskanaal en Hoogeveen 10 jaar en in Emmen 20 jaar. Een terugverdientijd van 10



jaar is in de praktijk niet reëel, gelet op de tariefriichtlijnen. Dit betekent dat banken bij een verbouwing in Stadskanaal of Hoogeveen naar alle waarschijnlijkheid niet bereid zullen zijn om leningen te verstrekken.

Andere financiële effecten kunnen ontstaan door het adherentieverlies: als patiënten besluiten naar andere ziekenhuizen te gaan, betekent dit omzetverlies voor Treant. Daar staat tegenover dat ook de kosten dalen. Verder verschillen de concentratieopties financieel nog van elkaar door bijvoorbeeld meer of minder kosten voor (relatief dure) waarneming, kosten van ziekteverzuim, kosten van kwaliteitsontwikkeling. Deze kosten zijn niet in kaart gebracht, omdat de afweging niet op financiële aspecten is gebaseerd.

## 6 Onderzoek naar beste optie

### 6.1 Onderzoek en analyse

Het voorgenomen besluit is voorbereid door de mogelijke scenario's van concentratie (op één of twee locaties en welke combinatie en waar) zorgvuldig te analyseren en te toetsen aan alle wet- en regelgeving, feiten en data en de opvattingen en reacties van alle stakeholders in april en mei 2018.

Een alternatief scenario dat onderzocht is, is om klinische verloskunde op twee locaties mogelijk te maken. Daartoe is een gedetailleerde uitwerking gemaakt van een scenario waarbij kindergeneeskundige zorg op één locatie geconcentreerd zou worden en klinische verloskundige zorg op twee locaties (Bethesda en Scheper).

Ook is gekeken om alleen doordeweeks verloskunde op drie locaties te doen of alleen tijdens kantooruren. Bij het uitwerken hiervan is gebleken dat ook dit scenario niet haalbaar is op de volgende gronden.

- Er is dan nog veel inzet van waarnemend kinderartsen nodig, waarbij kwetsbaarheid ontstaat in geval van gebrek aan beschikbaarheid van waarnemers. De inzet van veel wisselende waarnemers komt de kwaliteit van zorg doorgaans niet ten goede.
- De uitvoering van dit scenario leidt door het inzetten van kinderartsen tijdens ANW-uren op twee locaties tot verdere inkrimping van poliklinische kindergeneeskundige zorg, hetgeen ook niet wenselijk is aangezien de capaciteit van poliklinische kindergeneeskundige zorg in de huidige situatie al beperkt is. Er kan in dit scenario niet volledig aan de richtlijnen wat betreft compensatie voor dienst en maximum te werken uren voldaan worden.
- De gevarieerde 'openingstijden' kunnen tot misverstanden en risico's leiden.

Het sluiten van de locaties Bethesda en Refaja is niet gewenst vanuit het oogpunt van verloskundige (keten)zorg maar helaas onontkoombaar vanwege het tekort aan kinderartsen.

#### 6.1.1 Toetsingskader

Aan de hand van het toetsingskader zijn de verschillende scenario's geanalyseerd en gewogen. Belangrijkste criterium blijft het bieden van veilige zorg aan onze patiënten, zoals geborgd in wet- en regelgeving door zorgprofessionals die in staat zijn om deze zorg te kunnen leveren.

De kerngegevens, die een indruk geven van bijvoorbeeld de productie, de formatie en de adherentie hebben mede als uitgangspunt gediend voor de uitwerking van de scenario's.

Het toetsingskader bestaat uit de volgende criteria.

1.	Mogelijke strijdigheden met wet- en regelgeving <ul style="list-style-type: none"><li>• NOVG-normen, vastgelegd in de Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde 16-09-2009</li><li>• Normering Praktijkvoering en Waarderingsystematiek NVK</li><li>• Landelijke Acute Zorgkaart (LAZK 2.0) en 'Leidraad Wijziging acuut zorgaanbod'</li><li>• AMS en de leidraad 'Gezond roosteren' en de CAO</li></ul>
2.	Beschikbaarheid van voldoende personeel (artsen, verpleegkundigen, klinisch verloskundigen) Effect op inzet van personeel en interne organisatorische aanpassingen
3.	Effecten op aanverwante specialismen (chirurgie, KNO, orthopedie) Effecten op de eerste lijn (verloskundigen en huisartsen)
4.	Effect op adherentie (patiëntbewegingen en impact op reistijd voor patiënten)
5.	Effect op imago van Treant Zorggroep
6.	Kerngegevens (aantal bevallingen, opnamen, polibezoeken etc.) en capaciteit (verloskamers, operatiekamers)
7.	Indicatie van eventueel benodigde investeringen, verbouwingskosten, benodigde m2

Alle mogelijke scenario's zijn aan de hand van deze criteria gewogen en worden toegelicht in de tabel bij Toelichtingen: 2.

De conclusies en uitkomsten staan in de tabel bij Toelichtingen: 3 en het overzicht laat zien dat alle opties voor- en nadelen hebben. Echter, duurzame kwaliteit en veiligheid staan voorop, zoals eerder is benoemd. Er is dan maar één optie mogelijk: de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde op één locatie concentreren en in de locatie Emmen, omdat die keuze voor de minste patiënten negatieve gevolgen heeft als het gaat om bereikbaarheid en omdat Emmen de benodigde capaciteitsuitbreiding het eenvoudigst kan accommoderen.

### 6.1.2 Marktonderzoek en adherentie

Prismant is gevraagd om inzicht te geven in het te verwachten effect op de adherentie bij het sluiten van locaties en onderzoek te doen naar de toekomstige markt van Treant Zorggroep voor de specialismen kindergeneeskunde en verloskunde en gynaecologie. Zowel de demografische ontwikkelingen zijn in kaart gebracht als de langjarige trendontwikkeling. Verder is in beeld gebracht wat de mogelijke te verwachten uitstroom van patiënten is voor de specialismen op twee en op één locatie.

#### Adherentie

Uit het onderzoek van Prismant blijkt dat bij concentratie van de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde op één locatie de keuze voor de locatie Emmen leidt tot het kleinste adherentieverlies. Met andere woorden: bij een keuze voor Emmen zullen minder mensen last hebben van het besluit dat wordt gekozen voor concentratie op locatie Scheper in Emmen.

Ondanks het feit dat vanuit oogpunt van adherentieverlies de locatie Emmen het gunstigst is, moet Treant rekening houden met een aanzienlijke verschuiving in de patiëntenstromen voor de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde. Daarbij is rekening gehouden met het feit dat het aantal kwetsbare patiënten in het werkgebied van Treant relatief groot is. Door de zwakke sociaaleconomische situatie is dit een groep patiënten die bij veranderingen, extra reistijd e.d. al snel besluit om helemaal van zorg af te zien.

Op basis van de kerngegevens geeft Prismant in zijn rapport aan wat het adherentieverlies kan zijn bij concentratie in Emmen.

Specialisme	Vanuit locatie	Adherentieverlies bij concentratie Emmen
Klinische kindergeneeskunde	Stadskanaal	50%
	Hoogeveen	40%
Klinische verloskunde	Stadskanaal	50%
	Hoogeveen	70%

Kwaliteit en bereikbaarheid zijn overigens begrippen die wel met elkaar samenhangen. In de afgelopen decennia is steeds gebruikelijker geworden, dat niet alle specialismen meer op alle locaties worden aangeboden en dat patiënten dus voor bepaalde zorg verder moeten reizen. Patiënten stellen zich daar na verloop van tijd op in. Ze raken er steeds meer van doordrongen, dat goede zorg soms extra reistijd vergt: beter op één plek goed dan op meerdere plekken half.

Het is daarom belangrijk dat bij concentratie van de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde van het begin af aan gewerkt wordt aan kwaliteitsontwikkeling en innovatie, en aan een goede communicatie daarover. Hoe duidelijker het wordt dat de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde van Treant uitstekend van kwaliteit zijn en blijven, des te gemakkelijker patiënten een wat langere reistijd accepteren.

### 6.2 Beschikbaarheid van zorg

Op alle drie locaties blijven poliklinische zorg en dagbehandeling mogelijk. Voor de meeste geplande zorg kunnen patiënten dus nog altijd dichtbij huis terecht. Bij de herinrichting van het zorgaanbod van kindergeneeskunde en gynaecologische/verloskundige zorg wordt geredeneerd vanuit het maximaal haalbare om zorg dichtbij huis aan te bieden.

Een patiënt heeft recht op een uitgeruste (kinder)arts. Overbelasting van de kinderartsen werkt fouten in de hand en er is geen zicht op een oplossing van het tekort aan kinderartsen op afzienbare termijn. Wij zijn daarom van mening dat de zorg voor pasgeborenen bij concentratie van de zorg in principe zal verbeteren, met als enig voorbehoud wederom de toegankelijkheid van deze zorg.

Bij de implementatie wordt ook aandacht geschonken aan het verder optimaliseren en harmoniseren van werkwijzen. Ook de inzet van e-health heeft de aandacht bij de inrichting van de nieuwe situatie.

Dat de nabijheid van acute zorg van invloed kan zijn op het gevoel van keuzevrijheid, daarvan zijn we ons bewust. Dit is uiteindelijk een afweging tussen de verloskundige en de zwangere. Het concentreren van klinische verloskunde vereist onverminderd het tijdig inschatten van potentiële risico's durante partu, waarbij dan meer rekening moet worden gehouden met een langere aanrijtijd in voorkomende gevallen. Hierover moeten afspraken binnen de acute keten worden gemaakt. De ambulancediensten (UMCG en Groningen) staan hier constructief in.

### 6.3 Bereikbaarheid van de zorg

Bij concentratie van klinische zorg is in een deel van de regio meer tijd nodig is om het ziekenhuis te bereiken, wanneer klinische zorg nodig is. Dan is het een absolute voorwaarde dat in geval van acute zorg (acute kindergeneeskunde en acute klinische verloskunde) de veiligheid van de patiënt niet in gevaar komt. Met andere woorden: dat aan de wettelijke norm voor bereikbaarheid van ziekenhuizen wordt voldaan.

De toegankelijkheid van verloskundige zorg vanuit oogpunt van de bereikbaarheid (de zogeheten '45-minuten norm') is getoetst door het ROAZ Noord Nederland. Het ROAZ heeft in een eerste analyse (LAZK 2.0) aangegeven dat er geen 'witte vlekken ontstaan wanneer klinische kindergeneeskunde en klinische verloskunde worden geconcentreerd te Emmen. De tweede analyse op basis van 'Leidraad wijziging acuut zorgaanbod' heeft het ROAZ uitgevoerd uitgaande van het voorgenomen besluit en heeft op basis van de aangedragen documenten ter onderbouwing van het besluit op 12 juni 2018 zijn standpunt bepaald.

Aan de hand van de landelijke 'Leidraad wijziging acuut zorgaanbod' (LNAZ, 2015) stelt het ROAZ op 15-06-2018 vast dat *"met de concentratie op de locatie Scheper Ziekenhuis Emmen er geen sprake is van een 'witte vlek' en dat aan het criterium beschikbaarheid en bereikbaarheid binnen de wettelijke 45 minuten norm wordt voldaan"*.

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) onderschrijft dat de concentratie in Emmen niet in strijd is met de 45 minuten-norm. Het RIVM geeft op 28-03-2018 verder aan dat met het openblijven van Emmen er geen situatie ontstaat dat het ziekenhuis in Hardenberg een 'gevoelig ziekenhuis' wordt. Ook het ministerie VWS adviseert op 03 april 2018 op locatie Emmen acute verloskunde te behouden.

Analyses van de afgelopen twee jaar tonen betrouwbare aanrijtijden naar omringende ziekenhuizen. De ambulancezorg neemt hierin haar eigen verantwoordelijkheid op grond van vigerende afspraken. Mocht de dienstverlening niet toereikend zijn (prospectief en/of blijkend uit de analyses), dan worden de afspraken in onderling overleg aangepast conform de werkafspraken die hierover zijn gemaakt. De ambulancezorg is vertegenwoordigd in het ROAZ. Door de ambulance-organisaties is geanalyseerd wat de gemiddelde tijdsduur is van een A1 rit, waarbij er sprake kan zijn van acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of waarbij dit gevaar pas na de beoordeling door het ambulanceteam ter plaatse kan worden uitgesloten.

Startplaats	Bestemming	Tijdsduur in minuten
Stadskanaal, locatie Refaja	Emmen, locatie Scheper	14
	Scheemda, OZG	15
Hoogeveen, locatie Bethesda	Emmen, Locatie Scheper	18
	Assen, Wilhelminaziekenhuis Assen	15

De technische toetsen tonen aan dat we voldoen aan gestelde eisen m.b.t. de veiligheid. Er is echter een verschil tussen de technische veiligheid (aanrijtijden etc.) en het vertrouwen in veiligheid (gevoel).

In 2017 zijn vanuit Drenthe in totaal 95 verloskundige en 114 pediatrie patiënten naar de drie ziekenhuislocaties vervoerd. De ritten vanuit Groningen zijn niet gespecificeerd, omdat door de ligging van het OZG er daar geen knelpunt ligt.

Locatie	Urgentie	Specialisme	Frequentie
Treant Emmen	A1	Pediatrie	72
Treant Emmen	A1	Verloskunde	54
Treant Hoogeveen	A1	Pediatrie	38
Treant Hoogeveen	A1	Verloskunde	39
Treant Stadskanaal	A1	Pediatrie	4
Treant Stadskanaal	A1	Verloskunde	2

In totaal waren er in 2017 bij de ambulancedienst R.A.V. 12.399 A1 ritten. De ambulancedienst is voldoende toegerust voor de A1 ritten. De ambulancediensten hebben toegezegd goede werkafspraken te maken met de verloskundigen.

## 6.4 Gevolgen voor patiënten

We zijn ons bewust van de grote impact die het voorgenomen besluit heeft op de betreffende bevolkingsgroep en op de organisatie van de perinatale zorg in nauwe samenwerking met de VSV's, de verloskundige parktijkken, huisartsen en zorgverzekeraars.

Uitgangspunt in de besluitvorming is dat we verantwoorde zorg voor patiënten bieden. Dat uitgangspunt blijft leidend bij de inrichting van de nieuwe situatie.

### Reistijden patiënten

Hoewel Prismant geconcludeerd heeft dat qua reistijden het beste de concentratie in Emmen kan plaatsvinden, maken (ouders en vertegenwoordigers van) patiënten zich zorgen over veilige aanrijtijden, vooral in acute situaties. Een begrijpelijk gevoel wanneer er een ingrijpende verandering in het zorgaanbod plaatsvindt. Gedurende het besluitvormingsproces is hier ook uitvoerig bij stil gestaan.

We realiseren ons dat voor (potentiële) patiënten in de omgeving van Stadskanaal en Hoogeveen, ondanks het feit dat we met concentratie in Emmen voldoen aan de wettelijke eisen, de locatie Emmen verder weg is dan men gewend was.

In de situatie waarbij de afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis te groot geacht wordt om thuis te bevallen, is een veilig alternatief om te kiezen voor een poliklinische bevalling. Hierbij is een probleem dat het wel voorkomt dat financieel weinig draagkrachtige zwangeren (mede) kiezen voor een thuisbevalling vanwege de eigen bijdrage die betaald moet worden voor een poliklinische partus.

Onze patiëntenpopulatie is een kwetsbare groep (SES) heeft problemen met grotere afstand tot een ziekenhuis, aangezien zij vaak niet over eigen vervoer beschikken. In de huidige situatie is het soms mogelijk om via bepaalde instanties vergoeding voor taxivervoer te krijgen, echter met maximumbedragen die niet toereikend zijn voor de nieuwe situatie.

Naast bovenstaande problemen bestaat het risico dat problemen met vervoer leiden tot zorgmijdend gedrag van zwangeren uit angst dat zij bij de noodzaak tot een consult in het ziekenhuis geen vervoer hebben of kunnen betalen.

Technologische ontwikkelingen als beeldzorg, waarin bijvoorbeeld een arts op afstand de situatie van een patiënt kan beoordelen, vormen geen afdoende oplossing. Of technologie ooit de fysieke aanwezigheid van een specialist kan vervangen, is de vraag, maar in elk geval kan dat nu nog niet. Nog afgezien van de vraag of dit acceptabel en wenselijk is voor de patiënt. Wel zet Treant in op gebruik van beeldzorg om de poliklinische zorg en dagbehandeling te versterken. Op die manier kan naar verwachting de noodzaak van klinische zorg nog verder worden teruggedrongen en kunnen langs die weg toch veel patiënten zorg dichtbij huis ontvangen.

## 6.5 Imago Treant

Het besluit om de klinische verloskunde en klinische kindergeneeskunde wel of niet te concentreren zal gevolgen hebben voor de positie van Treant in de regio. De eerste zorg van Treant betreft echter de gevolgen voor de patiënt en de medewerker. Toch is indirect een stevige positie van Treant in de regio ook gunstig voor de kwaliteit van zorg en het werkplezier van medewerkers. Een stevige positie kan bijvoorbeeld betekenen dat Treant meer kan bereiken voor de patiënt in onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

## 7 Financiële consequenties

Er is geen businesscase opgesteld, omdat de reden van herinrichting niet gelegen ligt in een project, innovatie of verbetering van bedrijfsonderdelen. De reden is een noodzakelijke ingreep, die ook niet meer op een andere manier ingevuld kan worden. Een businesscase of een haalbaarheidsstudie is immers een projectmanagement-term waarin de zakelijke afweging om een project of taak te beginnen beschreven wordt. In de businesscase worden de kosten tegen de baten afgewogen, rekening houdend met de risico's. Vaak wordt aan de hand van de businesscase besloten om wel of niet te starten en/of verder te gaan met een project.

De effecten op de bedrijfsvoering, formatie en de verwachte productiedaling worden de komende periode na het besluit verder uitgewerkt. Deze resultaten worden verwerkt in de resterende maand- en prognoseoverzichten 2018 en in Begroting 2019.

## 8 Verbouwing en inventaris

Bij concentratie op één locatie neemt de capaciteit op die locatie voor de specialismen verloskunde en kindergeneeskunde fors toe. Dan speelt de vraag hoe de locaties deze capaciteitsuitbreiding kunnen accommoderen. Een vergelijking leert dat capaciteitsuitbreiding het best past bij de locatie Emmen. Daar is de capaciteit van algemene voorzieningen zoals de operatiekamers en de intensive care voldoende om de uitbreiding op te vangen. Op de andere locaties is dat minder het geval.

Voor de capaciteitsuitbreiding in Emmen is een verbouwing nodig. Dat geldt echter in nog sterkere mate voor de beide andere locaties.

Het bruto vloeroppervlak is berekend op basis van de productiegegevens 2017 en eerste helft 2018. Uit de productiecijfers blijkt de huidige capaciteit toereikend te zijn met 8 bedden Urologie, 4 bedden Gynaecologie en 4 bedden overige specialismen zoals KNO en Plastische Chirurgie.

Met de leveranciers zijn de eerste plannen besproken voor het realiseren van drie isolatiekamers (MRSA kamer en een interventiekamer).

De verbouwing kan medio week 37 (10 t/m 14 sept.) beginnen. De langste levertijd is bepalend voor de einddatum. De hermetisch sluitende schuifdeuren hebben een levertijd van 13 weken na opdracht (excl. vakantie). Dit komt neer op een einddatum van op zijn vroegst eind november begin december afhankelijk van het moment van opdracht.

De grove kostenraming van de bouwkundige, elektrotechnische en werktuigbouwkundige werkzaamheden ligt rond de 450k.

Er is de nodige inventaris wat meekan, maar dit geldt helaas niet voor alles. Scheper heeft bijvoorbeeld andere bedden dan Refaja en Bethesda. Wiegen en dergelijke kunnen wel mee.

## 9 Planning besluit

De planning is dat de raad van bestuur op 23 juli 2018 in de beleidsraad het beslisdocument bespreekt.

Op 24 juli 2018 wordt het beslisdocument en het herinrichtingsplan besproken en neemt de raad van bestuur daar een besluit over.

Op 27 juli 2018 wordt het besluit voorgelegd aan de raad van toezicht.

Op 30 juli 2018 worden de Dagelijkse Besturen van de OR Cure en OD en de CR Treant Ziekenhuiszorg geïnformeerd en worden er afspraken gemaakt over het traject van advisering.

Op 31 juli 2018 wordt de adviesaanvraag met het beslisdocument, het herinrichtingsplan en een korte aanbiedingsbrief verzonden naar OR Cure en OD en de CR Treant Ziekenhuiszorg.

Streven is om de adviesprocedure in de zomer af te ronden.

Afhankelijk van de adviestermijn en het advies wordt het definitieve besluit genomen. In de tussentijd wordt – samen met de relevante partners in de zorgketen – de communicatie richting patiënten en andere betrokkenen voorbereid.

De periode waarin de implementatie plaatsvindt wordt met het besluit bepaald en bekend gemaakt.

Als het besluit genomen is, volgt de fase van implementatie. De belangrijkste fase breekt dan aan. Deze fase staat beschreven in het 'Herinrichtingsplan Concentratie klinische verloskunde en klinische en acute kindergeneeskunde'.

## 10 Woord van dank

De raad van bestuur spreekt haar dank uit aan iedereen die een bijdrage heeft geleverd aan het traject van besluitvorming. Er zijn bezwaren naar voren gebracht, er zijn emoties geuit; praktische tips gegeven en nieuwe gezichtspunten benoemd. Medewerkers, artsen en stakeholders hebben hun mening laten horen en de raad van bestuur heeft daarnaar geluisterd. De betrokkenheid heeft ertoe bijgedragen dat een afgewogen besluit genomen kon worden.

Treant heeft niet alleen de verantwoordelijkheid voor goede, bereikbare en betaalbare patiëntenzorg, maar ook voor een goed personeelsbeleid. Concentratie van zorg betekent altijd dat er elders zorg en dus werk wegvalt. Dat is ingrijpend voor medewerkers die op de te sluiten afdelingen werkzaam zijn, zelfs al is er – zoals in het geval van Treant – geen sprake van boventaligheid van medewerkers met een vast dienstverband. Maar het sluiten van een afdeling is pijnlijk voor medewerkers die zich met hart en ziel hebben ingezet om hun patiënten op hun locatie van de beste zorg te voorzien. Het omschakelen naar een andere baan binnen Treant of het werken op een andere locatie is voor lang niet alle medewerkers een leuke nieuwe uitdaging.

De raad van bestuur realiseert zich dat maar al te goed en zal zich tot het uiterste inspannen om voor de betrokken medewerkers de overstap zo soepel mogelijk te laten verlopen.

## 11 Toelichtingen

### 1. Arbeidsuren

AMS 2.1.1: De voltijd arbeidsduur bedraagt gemiddeld 45 uur per week, exclusief de uren arbeid tijdens de avond-, nacht- of weekenddiensten. Inclusief de uren arbeid tijdens diensten geldt een maximale arbeidsduur van gemiddeld 52 uur per week. Incidenteel mag deze arbeidsduur maximaal gemiddeld 55 uur per week bedragen.

AMS 2.1.4: Indien een structurele overschrijding plaatsvindt van de overeengekomen arbeidsduur treft het bestuur in overleg met de medisch specialist en/of de organisatorische eenheid of de Vereniging medisch specialisten in dienstverband zodanige maatregelen dat de arbeidsduur wordt teruggebracht naar de overeengekomen arbeidsduur. Hierbij wordt aangesloten bij de uitgangspunten van veilig en gezond werken, verwoord in artikel 8.3.7.

AMS 8.3.7.2. De organisatorische eenheid is de eerst verantwoordelijk voor het opstellen van de (diensten)roosters. Dat gebeurt door rekening te houden met:

- ruimte voor hersteltijd;
- balans tussen dienstfrequentie en dienstzwaarte;
- balans tussen werktijd, diensten en vrije tijd;
- principes van gezond roosteren.
- 

AMS 8.3.7.4: Het bestuur is eindverantwoordelijk voor het roosteren in het ziekenhuis op basis van de principes veilig en gezond werken.

### 2. Toetsingskader

#### Wet- en regelgeving en normen beroepsverenigingen

- Nota Praktijknormen Klinische Verloskunde (NOVG 16-09-2009), waarin is vastgelegd aan welke eisen voldaan moet worden om acute verloskunde aan te mogen bieden.
- Normering Praktijkvoering en Waarderingssystematiek NVK, waarin is vastgelegd aan welke eisen een praktijk kindergeneeskunde moet voldoen.
- Landelijke Acute Zorgkaart (LAZK 2.0) en Leidraad 'wijziging acuut zorgaanbod', waarin is opgenomen waar acute zorg aan moet voldoen, zoals de aanrijtijdnorm van 45 minuten en de procedure die gevolgd moet worden als het acute zorgaanbod gewijzigd wordt.
- AMS en CAO, die bepalen hoeveel uren en diensten gedaan mogen worden en wat de honorering is. Vanuit de beroepsvereniging voor medisch specialisten wordt de leidraad 'gezond roosteren' meegenomen.

#### Beschikbaarheid van voldoende personeel (artsen, verpleegkundigen, klinisch verloskundigen).

Voor de beschikbaarheid van in het bijzonder kinderartsen is te noemen:

- Beschikbaarheid voor acute zorg zoals ernstig zieke kinderen en de acute verloskunde. Waarbij het aantal kinderartsen wat beschikbaar is bepaalt hoe vaak ze dienst hebben per week.
- Beschikbaarheid voor polikliniekwerkzaamheden.
- Vakgroepontwikkeling is een belangrijke factor in het duurzaam inrichten van de kindergeneeskunde, zoals bij alle vakgroepen.
- Voor medisch specialisten en in feite voor alle professionals geldt dat (het kunnen investeren in je) persoonlijke ontwikkeling en het op peil houden van kennis en kunde belangrijk onderdeel zijn van je professionaliteit. Deelspecialisatie en differentiatie verhogen de kwaliteit en verbeteren de zorg. Het mogelijk maken hiervan maakt je daarnaast een aantrekkelijke werkgever die professionals aan zich kan binden. Voor de formatie van kinderartsen en om kinderartsen aan je te binden is het belangrijk dat een balans gevonden wordt tussen de beschikbaarheid van kinderartsen t.b.v. acute zorg en de ontwikkelingsmogelijkheden die nodig zijn om als zorgprofessional kwalitatief goede zorg te leveren.

#### Effecten voor aanverwante specialismen en eerstelijns

Aanverwante specialismen gebruiken de kinderafdeling voornamelijk als dagbehandeling voor kleine operaties.

#### Effect op patiëntbewegingen

Het aantal patiënten wat naar een andere ziekenhuislocatie moet bij de verschillende scenario's. Zowel acute kindergeneeskunde als acute verloskunde. De beschikbaarheid van acute verloskunde is mede bepalend voor de mogelijkheid thuis te kunnen bevallen.

## Imago van Treant

Het te verwachten effect van het te nemen besluit op het imago Treant.

## Kerngegevens

Voor de totale productie van de kindergeneeskunde, bevallingen en sectio's en de bezetting (ook van de andere specialismen op de kinderafdelingen: zie Toelichtingentabel 6 tot en met 9).

## Benodigde investeringen.

Elke verandering in de patiëntenzorg, concentratie en spreiding betekent ook dat er kosten gemaakt moeten worden. Hierbij gaat het om kosten met betrekking tot patiëntenkamers/beddencapaciteit, verloskamers, inrichting van gebouwen. Hierbij moet rekening gehouden worden met de terugverdiendtijd van de investeringen.

### 3. Criterium en beoordeling

<b>Criterium</b>	<b>Aspect</b>	<b>Beoordeling</b>
Kwaliteit van zorg binnen Treant	7/24 aanwezigheid van kinderartsen	Uitsluitend mogelijk bij concentratie op één locatie rekening houdend met gezond roosteren (AMS). Welke locatie, is minder van belang.
	Kwaliteitsontwikkeling en innovatie	De meeste kansen bij concentratie op één locatie. Welke locatie, is minder van belang.
	Integrale zorg binnen Treant (poliklinisch, dagbehandeling, klinisch)	Het eenvoudigst te realiseren op drie locaties, maar in andere opties ook mogelijk. Bij concentratie komt capaciteit vrij om de poliklinische zorg te versterken
	Acute zorg (aanrijtijden)	Alle opties voldoen aan de wettelijke eisen
	Overige wettelijke eisen	Bij aanbieden op twee of drie locaties kan niet worden gegarandeerd dat de formatie gespecialiseerd verpleegkundigen en verloskundigen voldoet aan de NOVG-normen
Bereikbaarheid	Objectieve reistijd	Bij concentratie neemt de reistijd voor een deel van de patiënten toe. Bij een keuze voor Stadskanaal of Hoogeveen speelt dit voor meer patiënten dan bij een keuze voor Emmen
	Gevoel 'zorg ver weg'	Bij concentratie kunnen patiënten het gevoel krijgen dat de zorg moeilijk bereikbaar is. Bij een keuze voor Stadskanaal of Hoogeveen speelt dit voor meer patiënten dan bij een keuze voor Emmen
Gevolgen voor de medewerker	Arbeidsrechtelijk	Boventaligheid is niet aan de orde: Treant heeft alle medewerkers nodig
	Wijziging van werkzaamheden of locatie	Voor sommige medewerkers een welkome uitdaging, voor anderen levert dit praktische of emotionele bezwaren op. Treant zal maatregelen nemen om deze bezwaren zoveel mogelijk weg te nemen
	Werken aan kwaliteitsontwikkeling en innovatie	Concentratie op één locatie betekent meer mogelijkheden voor kwaliteit en innovatie. Dit is voor medewerkers aantrekkelijker
Samenwerking met eerste lijn en andere zorgaanbieders		Concentratie leidt voor met name de eerstelijns verloskunde tot mogelijke problemen in de bedrijfsvoering. Zij geven aan dat zij extra formatie moeten aannemen (veel waarneming en risico op verloop, moeizame werving).
Positie en imago van Treant in de regio		Eenzijds negatieve invloed denkbaar ('vershraling van zorg', adherentieverlies). Anderzijds zal de beoogde kwaliteitsimpuls de positie en het imago versterken, zeker op de wat langere termijn als de regio aan de nieuwe situatie gewend is
Accommoderen van capaciteitsuitbreiding	Bij concentratie zal sprake zijn van capaciteitsuitbreiding op de gekozen locatie	De locatie Emmen is gemakkelijker dan de andere locaties in staat om de uitbreiding te accommoderen. Voorzieningen als OK en IC zijn al berekend op grotere capaciteit en de benodigde verbouwing is geringer van omvang dan op de andere locaties
Relatie met toekomstplannen	Regiovisie spreekt over integraal centrum voor Moeder en Kind, centraal in het werkgebied	Concentratie sorteert min of meer voor op het integraal centrum
Financiële aspecten	Omzetsderving door adherentieverlies, investeringskosten door verbouwing	Een keuze voor de locatie Emmen betekent dat de investeringskosten (verbouwing) lager zijn dan bij een keuze voor een van de andere locaties



De tabel bevat geen opties, die 'gescoord' worden met bijvoorbeeld plussen en minnen. Een dergelijke tabel wekt de indruk dat de criteria gelijkwaardig zijn.

#### 4. SEH-bezoeken en spoed

De impact in aantallen die het heeft op de aanpalende specialismen is weergegeven in tabellen. De cijfers betreffen 2017.

Locatie	Totaal aantal SEH bezoeken kinderen t.m. 15 jaar	Waarvan SEH bezoeken tijdens kantooruren	Aantal SEH bezoeken voor kindergeneeskunde	Waarvan SEH bezoeken tijdens kantooruren voor kindergeneeskunde	Aantal opnamen n.a.v. SEH bezoek
Scheper	2014	638	488	60	394
Bethesda	824	391	35	12	75
Refaja	842	362	20	2	84
<b>Totaal</b>	<b>3680</b>	<b>1391</b>	<b>543</b>	<b>74</b>	<b>553</b>

Voor kindergeneeskunde zijn het lage aantallen vooral in locaties Bethesda en Refaja. Dit komt omdat de huisarts veelal eerst belt met de kinderarts en/of dat de SEH-afdeling de kinderen doorstuurt naar de afdeling. De kinderarts ziet de kinderen op de verpleegafdeling. Hier is een aparte code voor, zodat de registratie 'spoed' correct plaats vindt.

Locatie	Totaal aantal spoedkinderen t.m. 15 jaar gezien op verpleegafdeling	Waarvan spoedkinderen voor kindergeneeskunde	Totaal spoedkinderen andere specialismen	Aantal opnamen n.a.v. spoedbezoek
Scheper	726	674	52	236
Bethesda	739	736	3	349
Refaja	973	938	35	566
<b>Totaal</b>	<b>2438</b>	<b>2348</b>	<b>90</b>	<b>1151</b>

Voor locatie Scheper wijzigt zich niets in de huidige routing van spoedbezoeken en aanmeldingen. Voor de locaties Bethesda en Refaja betekent het dat, uitgaande van de cijfers over 2017, voor alle aanpalende specialismen er gemiddeld 1,2 kind per dag zich meldt buiten de kantooruren. Een aantal zal door de SEH-arts behandeld kunnen worden (zie boven). Voor de resterende bezoeken geldt dat zij doorverwezen worden naar locatie Scheper.

Locatie	Totaal SEH bezoeken kinderen t.m. 15 jaar andere specialismen	SEH bezoeken tijdens kantooruren	SEH bezoeken buiten kantooruren	Gemiddeld per dag buiten kantooruren
Bethesda	789	379	410	1,12
Refaja	822	360	462	1,26
<b>Totaal</b>	<b>1611</b>	<b>739</b>	<b>872</b>	<b>2,38</b>

#### 5. Aantal bevallingen 2016 en 2017

2016	Bethesda	Refaja	Scheper	Totaal Treant
Klinisch	464	365	633	1.462
Klinisch sectio	127	140	203	470
Poliklinisch (1 <sup>e</sup> lijn)	121	74	122	317
<b>Totaal</b>	<b>712</b>	<b>579</b>	<b>958</b>	<b>2.249</b>
2017	Bethesda	Refaja	Scheper	Totaal Treant
Klinisch	441	323	574	1.338
Klinisch sectio	141	145	221	507
Poliklinisch (1 <sup>e</sup> lijn)	165	70	104	339
<b>Totaal</b>	<b>747</b>	<b>539</b>	<b>899</b>	<b>2.184</b>

## 6. Aantal sectio's 2016-2017

Sectio's 2016	Bethesda	Refaja	Scheper	Totaal Treant
Primaire sectio	49	62	61	172
Spoedsectio	78	78	142	298
Sectio's 2017	Bethesda	Refaja	Scheper	Totaal Treant
Primaire sectio	46	70	69	185
Spoedsectio	95	75	152	322

## 7. Aantal thuisbevallingen 2017

Het aantal thuisbevallingen op basis van de gegevens aangeleverd door de onderstaande praktijken.

Verloskundigenpraktijk	Hoogeveen e.o.	Stadskanaal e.o.	Emmen e.o.
Flow		24	
Hoogeveen	64		
Akka			13
Veendam		33	
Newlife		53	
Petit	43		
Lief Leven (Gestart in juni 2017)			1
Simons			13
EVE			2
Jalad			56
Neeltje		32	
Overige praktijken van VSV Emmen, waaronder o.a. Volle Maan, Katja & Jacqueline	Geen reactie ontvangen		39
MiddenDrenthe	Geen reactie ontvangen		
Centrum Meppel en de Wolden			
<b>Totaal</b>	<b>107</b>	<b>142</b>	<b>124</b>

## 8. Kengetallen kindergeneeskunde

Kengetallen kindergeneeskunde			
	Bethesda	Refaja	Scheper
Aantal polikliniekbezoeken Kindergeneeskunde 2017	3687	4686	5380
Aantal dagbehandelingen en langdurige observaties Kindergeneeskunde 2017	239	358	217
Aantal klinische opnames Kindergeneeskunde	493	704	689
Aantal verpleegdagen Kindergeneeskunde	2008	2666	4017

## 9. Productie kinderafdelingen

Productie verpleegafdelingen per specialisme												
2017	Klinische opname			Verpleegdag			Dagverpleging			Langdurige observatie		
	B	R	S	B	R	S	B	R	S	B	R	S
Cardiologie					1		1					
Chirurgie	47	58	78	179	222	216	56	71	71	11	11	10
Gastro-enterologie	1			7								
Inwendige geneeskunde	2	1		8	4		11				1	
KNO	42	42	57	106	104	123	91	308	443	2	2	1
Kindergeneeskunde	493	704	689	2008	2666	4017	169	299	160	70	59	57
Longziekten	1	4	1	2	14	4						
Neurologie	2	4	49	3	6	94		7	2	1	1	8
Oogheekunde								23				
Orthopedie	29	23	39	60	49	92	46	46	63	2		6
Plastische Chirurgie	4		3	8		8	40		30	6		
Revalidatie									4			
Tandartspecialisten		3			3		2	3	4			
Urologie	5	2	3	11	4	10	45	38	22	3	1	1
Verloskunde/ gynaecologie	41	16	18	230	195	192	6	5	3			1
<b>Totaal</b>	667	857	937	2622	3268	4756	467	800	802	95	75	84
<b>Gemiddelde verpleegduur</b>	3,93	3,81	5,08									
<b>Totaal Treant</b>	2461			10644			2069			254		