



VERTROUWELIJK - NIET VERSPREIDEN -

# Samen naar toekomstbestendige ziekenhuiszorg in de regio

*Eindrapport*

Friesland, 6 juli 2023



# Inhoudsopgave

<b>1. Introductie</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Aanpak om te komen tot voorkeursscenario</b> .....	<b>3</b>
Eerst is een brede set van mogelijke toekomstscenario's samengesteld .....	3
In de toekomstscenario's is onderscheid gemaakt naar drie type ziekenhuizen.....	3
Mogelijke ziekenhuislocaties zijn geïdentificeerd op basis van reistijdanalyses.....	3
Een brede set met 12 toekomstscenario's: dit zijn alle relevante opties.....	4
Vervolgens is een toetsingskader opgesteld om de scenario's te evalueren.....	5
<b>3. Voorkeursscenario van het kernteam</b> .....	<b>7</b>
Conclusie 1: Naar drie volwaardige ziekenhuislocaties in Friesland.....	7
In Friesland is voldoende ruimte voor drie ziekenhuizen.....	7
Teruggaan naar twee ziekenhuizen brengt de topklinische functie in gevaar.....	8
Een weekziekenhuis is niet opportuun voor Friesland.....	8
Transitie van vier naar drie (volwaardige) ziekenhuislocaties is wenselijk.....	9
Conclusie 2: voorkeur ziekenhuislocaties Leeuwarden, Drachten, Joure.....	10
<b>4. Hoe verder?</b> .....	<b>14</b>
<b>Bijlage</b> .....	<b>15</b>
Reistijdenanalyse.....	15
Adherentie-analyse .....	16

# 1. Introductie

Friesland staat voor een grote uitdaging: goede ziekenhuiszorg toegankelijk houden in de komende decennia. De wachttijden zijn al lang en de werkdruk is hoog. En de verwachting is dat de situatie erger gaat worden. In Friesland groeit het aandeel ouderen in de bevolking nog sneller dan in de rest van Nederland, waardoor de zorgvraag groeit en er relatief weinig mensen zijn om zorg te bieden. Daar komt bij dat kwaliteitseisen steeds strenger worden, onder andere door IZA, en lastig te realiseren zijn in de relatief kleine algemene ziekenhuizen in Friesland.

De vier Friese ziekenhuizen en de grote zorgverzekeraars in Friesland (De Friesland, Zilveren Kruis en VGZ) werken samen om de ziekenhuiszorg toekomstbestendig in te richten. In aansluiting bij het IZA stellen zij het belang van de regio<sup>1</sup> voorop, met oog voor de implicaties voor alle individuele organisaties. Vanuit de gedeelde ambitie om de ziekenhuiszorg toekomstbestendig in te richten zijn zij in een intensief traject als 'kernteam' gezamenlijk gekomen tot een voorkeursscenario voor (de toekomstige contouren van) de ziekenhuiszorg in Friesland.

Dit document beschrijft de toekomstscenario's die het kernteam heeft onderzocht, het toetsingskader waarmee de scenario's zijn beoordeeld, de overwegingen van het kernteam en hun voorkeursscenario.

Het is een belangrijke mijlpaal dat het kernteam is gekomen tot een gezamenlijk voorkeursscenario voor (de toekomstige contouren van) de Friese ziekenhuiszorg. Er is het afgelopen decennium veel gesproken over profielverdeling tussen de ziekenhuizen, zonder resultaat. Nu is er gezamenlijk commitment van alle Friese ziekenhuizen en de zorgverzekeraars om vanuit samenwerking het ziekenhuislandschap anders en toekomstbestendiger in te richten. Tegelijkertijd is deze mijlpaal pas het begin. Het voorkeursscenario is een scenario voor de lange termijn, richting 2030 en daarna. Individuele organisaties kunnen vanaf nu het gezamenlijk toekomstbeeld meenemen bij hun interne keuzes, bijvoorbeeld omtrent bouwplannen. Gezamenlijk gaan partijen komende jaren zorgvuldig stappen zetten om het toekomstbeeld te concretiseren en te realiseren.

Ketenpartners en andere partijen in het regionale zorgnetwerk zijn van groot belang voor succesvolle herinrichting van de ziekenhuiszorg. In het afgelopen traject is gesproken met huisartsen, verloskundigen, ouderenzorgorganisaties, ambulancezorg, patiëntenvertegenwoordiging, gemeentes en ziekenhuizen in Friesland, Noordelijk Flevoland, Drenthe, Groningen en Overijssel. Het kernteam heeft alle inbreng uit deze gesprekken meegenomen in haar afwegingen.

Deze rapportage en de toelichting hierop in de Romp- en Kernstaven van de vier Friese ziekenhuizen beogen een bijdrage te leveren aan het geven van inzicht en het creëren van draagvlak voor dit langetermijnplan binnen de ziekenhuizen. Pas daarna gaat het kernteam in dialoog met andere betrokken partijen, waaronder keten- en netwerkpartners, om hen mee te nemen in haar afwegingen en hen te betrekken bij de uitwerking van de routekaart voor het vervolg.

<sup>1</sup> De regio betreft in dit traject het werkgebied van de Friese ziekenhuizen: Friesland, Noordelijk Flevoland (Noordoost polder en Urk), kop van Overijssel, Zuidwest Drenthe, Noord Drenthe en West Groningen.

## 2. Aanpak om te komen tot voorkeursscenario

Het afgelopen jaar heeft het kernteam een zorgvuldig proces doorlopen, waarin een brede set scenario's voor de toekomstige ziekenhuiszorg aan de hand van een helder toetsingskader is geëvalueerd, om gezamenlijk tot een goed onderbouwd voorkeursscenario te komen. Het toetsingskader is door het kernteam opgesteld, waarbij is gekozen voor (waar mogelijk) meetbare criteria die recht doen aan de perspectieven van alle belanghebbenden. Dit hoofdstuk beschrijft de onderzochte scenario's en het gehanteerde toetsingskader.

Bij het evalueren van de scenario's heeft het kernteam gekeken naar de impact in haar werkgebied: Friesland, Noordelijk Flevoland (Noordoost polder en Urk), kop van Overijssel, Zuidwest Drenthe, Noord Drenthe en West Groningen. Dit werkgebied noemen we in dit stuk 'de regio'.

### Eerst is een brede set van mogelijke toekomstscenario's samengesteld

Er zijn allerlei manieren denkbaar om de Friese ziekenhuiszorg toekomstbestendig in te richten. Het kernteam is gestart met het in kaart brengen van de opties. Daartoe zijn mogelijke toekomstscenario's gedefinieerd, aan de hand van verschillende aantallen ziekenhuizen, verschillende type ziekenhuizen en verschillende ziekenhuislocaties. In nauw overleg heeft het kernteam 12 potentiële toekomstscenario's vastgesteld die gezamenlijk het volledige spectrum van relevante opties beschrijven.

### In de toekomstscenario's is onderscheid gemaakt naar drie type ziekenhuizen

Het zorgaanbod per ziekenhuislocatie is een belangrijke variabele in de toekomstige inrichting van het Friese ziekenhuislandschap. Verschillende combinaties van typen ziekenhuizen zijn mogelijk in Friesland. Bij het opstellen van de scenario's is onderscheid gemaakt naar drie type ziekenhuizen, te weten:

- **STZ:** In een topklinisch ziekenhuis kunnen patiënten terecht voor acute, klinische, en poliklinische zorg. Het ziekenhuis biedt patiëntgerichte topklinische zorg en participeert in opleidingen en wetenschappelijk onderzoek. Het ziekenhuis in Leeuwarden is het enige Friese STZ-huis.
- **Algemeen ziekenhuis:** In dit type ziekenhuis kunnen patiënten terecht voor acute, klinische, en poliklinische zorg. De ziekenhuizen in Drachten, Sneek en Heerenveen zijn algemene ziekenhuizen.
- **Weekziekenhuis:** In dit type ziekenhuis kunnen patiënten doordeweeks terecht voor (poli)klinische zorg. In het weekend is het ziekenhuis gesloten.

De focus in dit traject ligt op de ziekenhuislocaties. De locaties van buitenpoliklinieken zijn daarom niet meegenomen in de beschrijving van de scenario's. Eventuele keuzes rondom buitenpoli's volgen in een latere fase, net als verdere inkleuring van de gekozen locaties.

### Mogelijke ziekenhuislocaties zijn geïdentificeerd op basis van reistijdanalyses

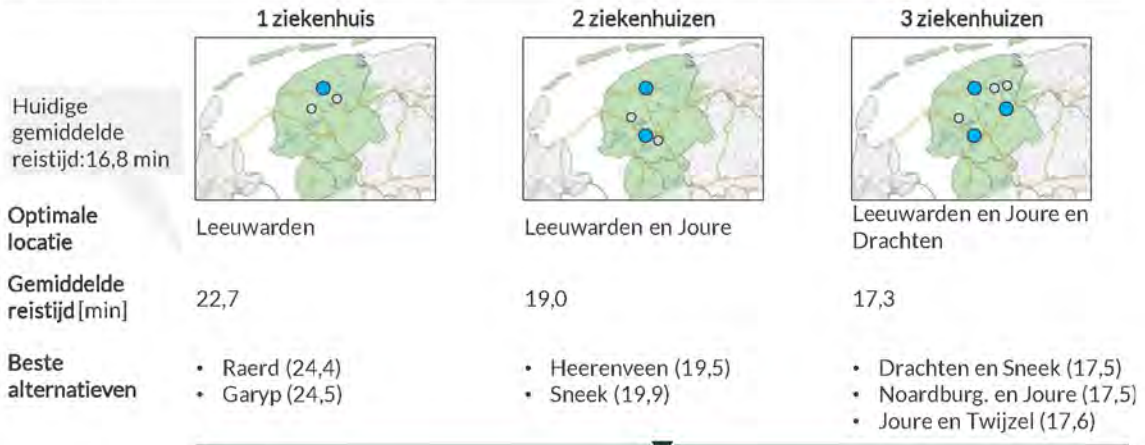
Er is met een open blik bekeken wat 'optimale ziekenhuislocaties' zijn in Friesland, uitgaande van de laagste gemiddelde reistijd voor inwoners van de regio, waarbij er één, twee of drie ziekenhuislocaties in Friesland zijn, zie Figuur 1. Op basis van de reistijdenanalyse zijn in de formulering van de toekomstscenario's de huidige vier ziekenhuislocaties (Drachten, Heerenveen, Leeuwarden, Sneek) én Joure meegenomen.

In de huidige situatie is, voor de inwoners van de regio, de gemiddelde reistijd naar een ziekenhuis 16,8 minuten. Bij een keuze voor drie ziekenhuislocaties is de combinatie van Leeuwarden, Joure en Drachten op basis van reistijden optimaal. De gemiddelde reistijd naar het ziekenhuis is dan 17,3 minuten, 0,5 minuut langer. Stel dat er maar twee ziekenhuizen in Friesland zouden zijn, dan is de

combinatie van Leeuwarden en Joure optimaal. De gemiddelde reistijd neemt dan toe tot 19 minuten. Heerenveen en Sneek zijn goede alternatieven als locatie voor een tweede ziekenhuis naast Leeuwarden, met een gemiddelde reistijd van respectievelijk 19,5 en 19,9 minuten. Als er slechts één ziekenhuis in Friesland zou zijn, dan is Leeuwarden de beste plek. De gemiddelde reistijd wordt dan 22,7 minuten.

**Optimale ziekenhuislocaties op basis van reistijd**

● optimaal ○ alternatief



Naast huidige ziekenhuislocaties is Joure meest interessante locatie qua reistijd

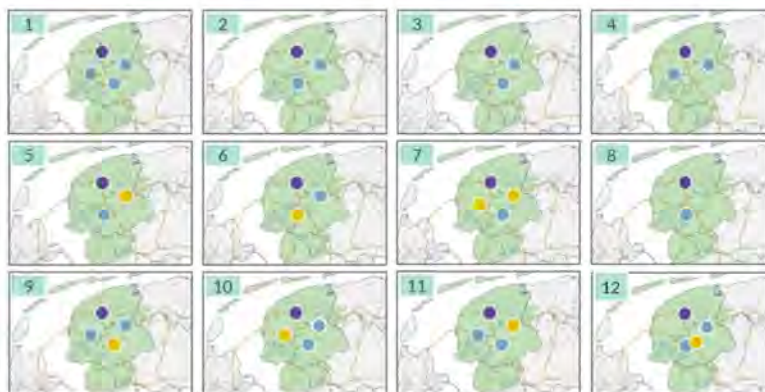
Figuur 1 - Optimale ziekenhuislocaties op basis van gemiddelde reistijd, bij keuze voor één, twee of drie ziekenhuizen in Friesland.

**Een brede set met 12 toekomstscenario's: dit zijn alle relevante opties**

Aan de hand van de drie typen ziekenhuizen en de vijf mogelijke ziekenhuislocaties zijn 12 toekomstscenario's geformuleerd, zie Figuur 2. Deze set dekt alle relevante opties, vanuit de perspectieven van de verschillende belanghebbenden.

**Te onderzoeken scenario's**

[S = STZ, A = algemeen ziekenhuis, W = weekziekenhuis<sup>1</sup>]



- S** STZ - huis  
In alle scenario's is er een STZ-huis in Leeuwarden
- A** Algemeen ziekenhuis  
We onderzoeken scenario's met 1-3 algemene ziekenhuizen
- W** Weekziekenhuis  
We onderzoeken scenario's met 1-2 weekziekenhuizen

Figuur 2 - Brede set van 12 toekomstscenario's voor nader onderzoek

Uitgangspunt in dit traject was om de topklinische zorg in Friesland te behouden. Daarom is er in alle scenario's een topklinisch ziekenhuis (STZ) in Leeuwarden.

- Scenario 1: De huidige situatie. Dit scenario dient om alle andere scenario's mee te vergelijken en zo de impact vast te stellen.

In scenario 2 t/m 4 gaat het aantal ziekenhuislocaties terug van vier naar drie. Er zijn een STZ-huis en twee algemene ziekenhuizen in Friesland. Gezien de reistijd naar de ziekenhuizen, is er in al deze scenario's een algemeen ziekenhuis in Drachten. Het 'derde ziekenhuis' staat in Sneek, Heerenveen of Joure.

- Scenario 2: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Joure.
- Scenario 3: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen.
- Scenario 4: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Sneek.

Er zijn ook scenario's onderzocht met verdere afbouw van het aantal ziekenhuislocaties. In scenario 5 t/m 7 zijn er naast het STZ- en het algemeen ziekenhuis één of twee weekziekenhuizen. In scenario 8 zijn er twee ziekenhuizen: één in Leeuwarden (STZ) en één in Joure (basis).

- Scenario 5: STZ-huis in Leeuwarden, algemeen ziekenhuis in Joure, weekziekenhuis in Drachten
- Scenario 6: STZ-huis in Leeuwarden, algemeen ziekenhuis in Drachten, weekziekenhuis in Joure
- Scenario 7: STZ-huis in Leeuwarden, algemeen ziekenhuis in Heerenveen, weekziekenhuizen in Drachten en Sneek
- Scenario 8: STZ-huis in Leeuwarden, algemeen ziekenhuis in Joure

In scenario's 9 t/m 12 blijft het aantal ziekenhuislocaties gelijk (vier), waarbij één algemeen ziekenhuis wordt omgevormd naar een weekziekenhuis.

- Scenario 9: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Sneek, weekziekenhuis in Heerenveen.
- Scenario 10: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Heerenveen, weekziekenhuis in Sneek.
- Scenario 11: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Heerenveen en Sneek, weekziekenhuis in Drachten.
- Scenario 12: STZ-huis in Leeuwarden, algemene ziekenhuizen in Drachten en Joure, weekziekenhuis in Heerenveen.

## Vervolgens is een toetsingskader opgesteld om de scenario's te evalueren

Het kernteam heeft een toetsingskader opgesteld om de verschillende scenario's gedegen af te wegen, zie Figuur 3. Het toetsingskader omvat zes thema's: kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid, aantrekkelijkheid, haalbaarheid en maatschappelijke impact. Elk thema is uitgewerkt in twee tot drie toetsingscriteria. Om de scenario's te beoordelen op de toetsingscriteria zijn kwantitatieve analyses uitgevoerd en zijn belanghebbenden en andere experts geïnterviewd.

De keuze van een toekomstscenario is geen wettelijke exercitie. Het vraagt een zorgvuldige afweging van alle thema's. Er is daarom op voorhand geen weging toegekend aan de criteria.

Thema	Toetsingscriteria
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voldoen aan volumenormen en kwaliteitskader spoedzorg</li> <li>• Medische toekomstbestendigheid (vanuit impact op kwaliteit)</li> </ul>
Toegankelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reistijd en toegang tot zorg (gemiddelde reistijd en % inwoners buiten de 45-minutennorm)</li> <li>• Patiënten die zorg in de regio krijgen</li> <li>• Dienstendruk (schaars) personeel</li> </ul>
Betaalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operationele zorgkosten</li> <li>• Friciekosten en (des)investeringen</li> <li>• Financierbaarheid</li> </ul>
Aantrekkelijkheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantrekkelijke werkomgeving voor specialisten en verpleegkundigen</li> <li>• Aantrekkelijk voor stakeholders</li> </ul>
Haalbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranderbereidheid</li> <li>• Werkbaar en slagvaardig (governance)model</li> <li>• Consequenties voor stakeholders</li> </ul>
Maatschappelijke Impact	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Duurzaamheid</li> <li>• Impact op werkgelegenheid</li> <li>• Aansluiting bij integrale rol in de regio (IZA)</li> </ul>

Er is vooraf geen gewing toegekend aan de criteria.

Figuur 3 - Toetsingskader voor zorgvuldige evaluatie van potentiële toekomstscenario's ten opzichte van de Ausgangssituatie.

### 3. Voorkeursscenario van het kernteam

Het kernteam heeft de twaalf scenario's vergeleken op de zes thema's uit het toetsingskader en de uitkomsten geduid. Dit hoofdstuk beschrijft conclusies die het kernteam trekt uit de analyseresultaten en de afwegingen die hebben geleid tot het voorkeursscenario.

De eerste conclusie van het kernteam: teruggaan van vier naar drie ziekenhuislocaties is een goede, zo niet noodzakelijke, stap om de Friese ziekenhuiszorg toekomstbestendig in te richten. Waar er nu drie relatief kleine algemene ziekenhuizen zijn, krijgt Friesland dan twee stevige middelgrote algemene ziekenhuizen. Deze middelgrote ziekenhuizen hebben de omvang om te voldoen aan toekomstige kwaliteitseisen en financieel gezond te blijven.

Deze conclusie leidt tot een moeilijke vervolgvraag: wat moeten de locaties van de ziekenhuizen zijn? Het sluiten van een ziekenhuislocatie is een impactvolle keuze, maar is ook onvermijdelijk om het zorglandschap toekomstbestendig te maken. Het kernteam heeft daarom de drie scenario's met drie ziekenhuizen (scenario 2, 3 en 4) in meer detail onderzocht. Op basis van deze verdieping is scenario 2 het voorkeursscenario van het kernteam: een STZ-huis in Leeuwarden en twee volwaardige algemene ziekenhuizen in Drachten en Joure.

#### Conclusie 1: Naar drie volwaardige ziekenhuislocaties in Friesland

Het kernteam ziet drie volwaardige ziekenhuislocaties als opportuun voor Friesland. Dit betekent dat er in Leeuwarden een STZ-huis blijft en op twee andere locaties een algemeen ziekenhuis met een volwaardig profiel en acute as (SEH, IC, verloskunde). Deze drie ziekenhuizen hebben voldoende omvang om ook in de toekomst goede zorg te bieden.

Verder teruggaan naar twee ziekenhuizen acht het kernteam niet verstandig. Dit brengt de topklinische zorg in Friesland in het gedrang, omdat een deel van de patiënten dan uitwijkt naar ziekenhuizen buiten de regio, waardoor de volumes topklinische patiënten in Friesland te klein worden.

Ook scenario's met een weekziekenhuis zijn voor Friesland niet wenselijk volgens het kernteam: dit draagt beperkt bij aan de toegankelijkheid, terwijl het wel extra kosten meebrengt. Om zorg dichtbij te brengen is samenwerking met ketenpartners meer opportuun in bijvoorbeeld een regionaal gezondheidscentrum met samenwerking tussen onder andere huisartsen, wijkverpleging en ouderenzorg, met zoveel als mogelijk digitale ondersteuning. Het kernteam trekt in de uitwerking van het toekomstscenario graag samen op met ketenpartners om deze mogelijkheden verder te onderzoeken.

#### In Friesland is voldoende ruimte voor drie ziekenhuizen

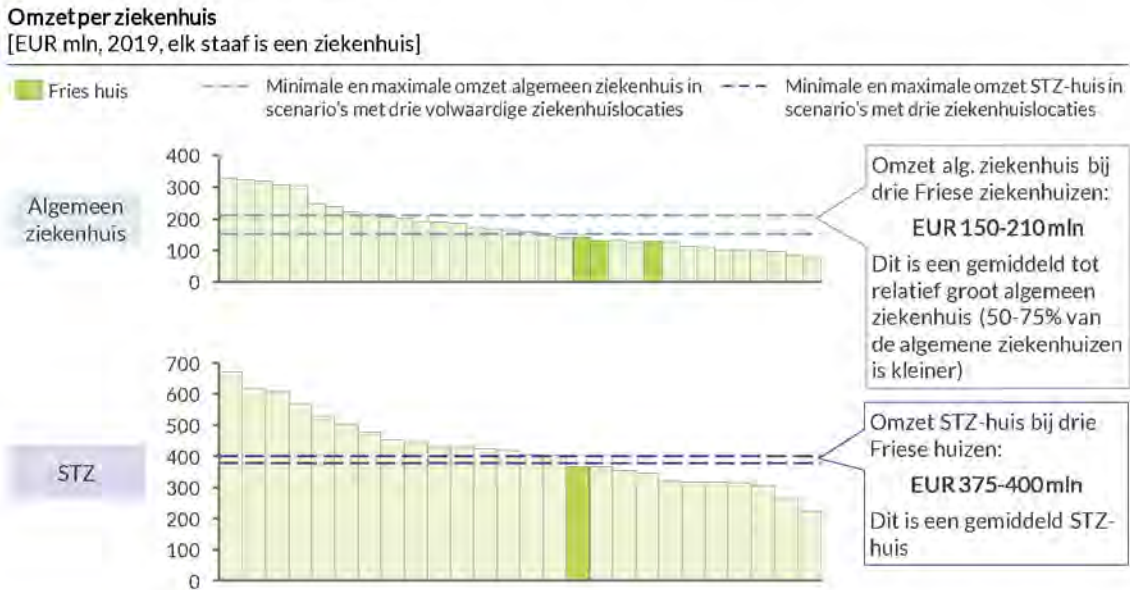
De drie algemene ziekenhuizen in Friesland zijn relatief klein. Figuur 4 toont de omvang van de Nederlandse ziekenhuizen, waarbij de Friese ziekenhuizen donkergroen zijn gemarkeerd.

Bij het teruggaan naar drie ziekenhuizen is de verwachting dat de twee algemene ziekenhuizen een omvang krijgen van EUR 150 tot 210 mln<sup>2</sup>. Dit is een toekomstbestendige omvang. Ze worden relatief grote algemene ziekenhuizen: 50-75% van de algemene ziekenhuizen in Nederland is kleiner.

<sup>2</sup> Zie bijlage: adherentie-analyse.



Bij het behouden van drie ziekenhuizen is de noodzaak tot het uitwijken van patiënten naar ziekenhuizen buiten Friesland naar verwachting beperkt<sup>3</sup>. Daarmee houdt Friesland voldoende patiënten om ook de STZ-functie te behouden.



Figuur 4 - Omvang Nederlandse ziekenhuizen<sup>4</sup>

## Teruggaan naar twee ziekenhuizen brengt de topklinische functie in gevaar

Het kernteam heeft als uitgangspunt om de topklinische zorg in Friesland te behouden. Het teruggaan naar twee ziekenhuislocaties in Friesland brengt dit in gevaar. Allereerst gaat in dit scenario naar verwachting 10% van de huidige patiënten naar een ziekenhuis buiten de regio. Dit is een aanzienlijke krimp van het aantal patiënten in de regio en daarmee komt het halen van (toekomstige) volumennormen voor STZ-zorg onder druk te staan. Daarnaast is het voor de STZ-functie belangrijk om een aantrekkelijke leeromgeving voor AIOS'en te bieden. Met maar één algemeen ziekenhuis in de regio is er een beperkte variatie aan leerlocaties. Ook de kleine (kwetsbare) omvang van het STZ-huis kan ertoe leiden dat AIOS'en niet voor Friesland kiezen.

## Een weekziekenhuis is niet opportuun voor Friesland

Het kernteam heeft verschillende scenario's overwogen met een weekziekenhuis. Enerzijds om de zorg dichterbij te brengen, in scenario's met een weekziekenhuis naast de drie algemene ziekenhuizen. En anderzijds om de zorg verder af te schalen, in scenario's met twee algemene ziekenhuizen en een weekziekenhuis. Het kernteam ziet beide varianten als onwenselijk voor Friesland.

Het toevoegen van een weekziekenhuis naast de drie volwaardige ziekenhuizen (scenario's 9 t/m 12) brengt jaarlijkse EUR 10 mln extra kosten met zich mee, dit betreft kosten gebonden aan de locatie (zoals gebouw en beschikbaarheidsfunctie van personeel). Tegenover deze extra kosten staat slechts een beperkte verbetering van de toegankelijkheid. Het aantal inwoners dat verder dan de 45-minutennorm moet reizen voor acute zorg blijft gelijk, en alleen de gemiddelde reistijd voor zorg wordt 1 minuut korter<sup>5</sup>. Om zorg dichtbij te brengen is samenwerking met ketenpartners meer opportuun. Zo is

<sup>3</sup> Zie bijlage: adherentie-effecten. Bij behoud van drie ziekenhuizen blijft 96-100% van de huidige patiënten bij een van de Friese ziekenhuizen.

<sup>4</sup> Bron: analyse jaarrekeningen ziekenhuizen 2019.

<sup>5</sup> Zie bijlage: reistijdenanalyse. Voor de 'extra reistijd van 1 minuut' is elk scenario met weekziekenhuis vergeleken met hetzelfde scenario zonder weekziekenhuis.

zonder dure ziekenhuisinfrastructuur wel zorg in de buurt van de patiënt te organiseren. Het kernteam werkt dit graag samen met de ketenpartners verder uit.

Het afschalen van één van de drie algemene ziekenhuizen naar een weekziekenhuis (scenario's 5 en 6) geeft naar verwachting slechts een beperkte besparing en verslechtert de toegankelijkheid van zorg. In theorie is een besparing van ~EUR 5 mln te realiseren, doordat in een weekziekenhuis minder acute infrastructuur nodig is (ook qua personele inzet) en het ziekenhuis in het weekend gesloten is. Deze beperkte besparing blijkt echter in de praktijk vaak lastig te realiseren. Zeker bij de relatief lage volumes in Friesland is de kans op gaten in de planning groot, waardoor de zorg inefficiënt wordt en daarmee duurder.

Het terugschalen naar een weekziekenhuis vergroot het aantal inwoners buiten de 45-minutennorm. Op dit moment valt 2,2% van de inwoners van Friesland buiten de 45-minutennorm. Dit loopt op tot 3,2% in scenario 5 en 8,7% in scenario 6. Daarnaast neemt de gemiddelde reistijd toe met 1 tot 2 minuten.

### Transitie van vier naar drie (volwaardige) ziekenhuislocaties is wenselijk

De afwegingen hierboven gaven het kernteam het inzicht dat een scenario met maar twee ziekenhuizen, en scenario's met weekziekenhuizen niet wenselijk zijn voor Friesland. Is de stap van vier naar drie ziekenhuizen dan wel wenselijk? Ja, het kernteam ziet het teruggaan naar drie ziekenhuislocaties als goede, zo niet noodzakelijke, stap om goede ziekenhuiszorg in de regio toegankelijk te houden. Hieronder beschrijven wij de overwegingen van het kernteam op de thema's van het toetsingskader.

#### Kwaliteit

Met vier locaties, waaronder drie kleine algemene ziekenhuizen, is het lastig om aan alle kwaliteitseisen te blijven voldoen. Zo is in het bijzonder de vereiste 24/7 aanwezigheid van een SEH-arts lastig te realiseren. Richting de toekomst nemen de kwaliteitseisen alleen maar toe en vindt er ook steeds verder gaande specialisatie plaats. Met drie ziekenhuislocaties is het beter haalbaar om op elke locatie te voldoen aan alle eisen en de juiste kennis en expertise (voor elke subspecialisatie) beschikbaar te hebben.

#### Toegankelijkheid

Teruggaan naar drie ziekenhuislocaties heeft een beperkt impact op de reistijd voor patiënten én draagt sterk bij aan de inzet van schaars zorgpersoneel. De gemiddelde extra reistijd is 0,5-1 minuut. Daarbij hoeft het aantal inwoners buiten de 45-minuten-norm niet te verslechteren, afhankelijk van de keuze van de locaties. Bij het teruggaan naar drie locaties is de verwachting dat 96%-100% van de huidige patiënten nog steeds zorg in een Fries ziekenhuizen krijgt.

Essentieel voor de toegankelijkheid van zorg is de beschikbaarheid van (schaars) personeel. Teruggaan naar drie ziekenhuislocaties verlaagt de dienstendruk met 25% en helpt zo om het schaarse personeel goed te benutten.

#### Betaalbaarheid

Teruggaan naar drie ziekenhuislocaties bespaart jaarlijks EUR 20-30 mln op de operationele zorgkosten. Deze besparing is gebaseerd op de locatie-gebonden kosten van een ziekenhuis, zoals de beschikbaarheidsfunctie van personeel. Bij het sluiten van een ziekenhuislocaties vallen deze kosten weg. Een eventuele besparing op de organisatie-gebonden kosten (zoals ICT en HR) door het samengaan van ziekenhuisorganisaties is nog *niet* meegenomen. Aangezien besparingen in de praktijk vaak lastig te realiseren blijken, hebben wij de besparing conservatief inschat om zo een reële verwachting te geven.

De transitie naar drie ziekenhuizen brengt ook frictiekosten met zich mee. Deze frictiekosten zijn echter in 1-3 jaar<sup>6</sup> terugverdiend vanuit de operationele besparing.

### Aantrekkelijkheid

Voor medewerkers is een gedegen algemeen ziekenhuis met een stevig palet een aantrekkelijke werkomgeving. Een ziekenhuis met een gezonde omvang geeft rust. Tegelijkertijd kan het afscheid nemen van de huidige werkomgeving (en identiteit) emoties meebrengen, en ook tot extra reistijd leiden. Het is belangrijk om hier aandacht voor te hebben, want iedereen die nu in het ziekenhuis werkt is ook op de lange termijn hard nodig.

Uit interviews blijkt dat veel ketenpartners de transitie van vier naar drie ziekenhuizen in Friesland logisch achten. Voor hen is het daarbij belangrijk dat er voldoende capaciteit is per locatie, zodat bijvoorbeeld verloskundigen en de ambulancezorg zeker weten dat zij op elk van de drie locaties terecht kunnen.

### Haalbaarheid

Er is commitment in het kernteam om het toekomstscenario met drie ziekenhuizen te realiseren. Het kernteam realiseert zich dat dit een grote transitie is en wil zich tot het uiterste inspannen om deze transitie, met alle belanghebbenden, tot een succes te maken.

### Maatschappelijke impact

Het kernteam realiseert zich dat de impact van teruggaan van vier naar drie ziekenhuizen voor inwoners groot is, niet alleen qua zorgaanbod maar ook qua werkgelegenheid en aantrekkelijkheid van de leefomgeving. Daar staat echter tegenover dat deze transitie noodzakelijk is om ook in de toekomst alle inwoners in de regio goede zorg te kunnen blijven bieden. Bij drie ziekenhuizen is het schaarse zorgpersoneel beter in te zetten, en dit is hoognodig.

Op het gebied van duurzaamheid draagt het teruggaan van vier naar drie ziekenhuizen bij door het verlagen van de CO<sub>2</sub>-uitstoot met in totaal 30k ton t/m 2050. Dit is ongeveer 12x de jaarlijkse uitstoot van één ziekenhuis<sup>7</sup>. Zo draagt deze transitie bij aan het halen van de eisen van de Green Deal Duurzame Zorg dichterbij.

Tot slot is met drie ziekenhuizen goed invulling te geven aan het Integraal Zorgakkoord. Voor sterke samenwerking in de regio en het verplaatsen van zorg naar buiten het ziekenhuis, kan teruggaan in aantal ziekenhuis(organisaties) helpend zijn. Ketenpartners geven in interviews namelijk aan dat meer uniformiteit in protocollen en communicatie vanuit de ziekenhuizen hen zou helpen. De transitie van de ziekenhuiszorg is ook voor ketenpartners impactvol en het is belangrijk hen hier goed bij te betrekken.

## Conclusie 2: voorkeur ziekenhuislocaties Leeuwarden, Drachten, Joure

Het kernteam heeft drie scenario's afgewogen met drie volwaardige ziekenhuizen in Friesland (zie Figuur 5). In al deze scenario's zijn er ziekenhuizen in Leeuwarden (STZ) en Drachten (algemeen ziekenhuis), op basis van de optimale locaties qua reistijd (zie hoofdstuk 2). De scenario's verschillen in de locatie van het derde ziekenhuis:

- **Scenario 2 - gezamenlijke nieuwbouw in Joure**  
In dit scenario bouwen Tjongerschans en Antonius samen een nieuw ziekenhuis in Joure.
- **Scenario 3 - verbouw in Heerenveen**  
In dit scenario gaan Antonius en Tjongerschans samen verder in het huidige ziekenhuis in

<sup>6</sup> Afhankelijk van het moment van transitie

<sup>7</sup> Gemiddelde uitstoot van Tjongerschans en Antonius in 2023.

Heerenveen. Dit ziekenhuis kan met beperkte verbouwing de extra zorg van het gezamenlijk ziekenhuis huisvesten.

- **Scenario 4 - nieuwbouw in Sneek**

In dit scenario gaan Antonius en Tjongerschans samen verder in Sneek. Gezien de conditie van het ziekenhuisgebouw in Sneek, is het financieel gunstiger om samen een nieuw ziekenhuis te bouwen in Sneek dat voldoet aan de (toekomstige) duurzaamheidseisen en optimaal is ingericht voor het gezamenlijke zorgprofiel.

#### Scenario's met drie volwaardige ziekenhuizen in Friesland



Figuur 5 - Scenario's met drie volwaardige ziekenhuizen in Friesland

Het kernteam heeft de voorkeur voor scenario 2 (gezamenlijke nieuwbouw in Joure), vanwege het totaalbeeld op de toetsingscriteria. Dit scenario is optimaal qua reistijd en lijkt ook financieel haalbaar. Daarbij verwacht het kernteam dat samen starten op een nieuwe plek op de langere termijn het meeste draagvlak geeft onder medewerkers, patiënten en andere relevante betrokkenen. Met het samen starten op een nieuwe plek ontstaat er volgens het kernteam energie om samen te bouwen aan het nieuwe perspectief, in plaats van dat één van de betrokken partijen meer 'afscheid' moet nemen dan een andere partij (zie ook criterium Aantrekkelijkheid).

#### Kwaliteit

Op het thema kwaliteit ziet het kernteam geen verschil tussen de drie scenario's. Voor het behoud van goede kwaliteit van zorg is de stap van vier naar drie ziekenhuizen belangrijk. De locatie van de ziekenhuizen maakt hiervoor niet uit (binnen de huidige opties).

#### Toegankelijkheid

Scenario 2 (Joure) is voor de toegankelijkheid van zorg optimaal. Het aantal inwoners dat buiten de 45-minutennorm woont blijft in dit scenario vrijwel gelijk en de gemiddelde reistijd neemt minder dan één minuut toe ten opzichte van de huidige situatie. Daarbij blijft alle huidige ziekenhuiszorg in dit scenario naar verwachting bij de Friese ziekenhuizen.

Scenario 3 (Heerenveen) is met name nadelig voor de toegankelijkheid in het westen van Friesland en de Noordoostpolder. In dit scenario vallen twee keer zo veel Friezen buiten de 45-minutennorm: waar dit nu 2,2% van de Friezen is, wordt dat 4,3%. De gemiddelde reistijd neemt in dit scenario met ruim 1 minuut toe. Het adherentieverlies is in dit scenario beperkt.

Scenario 4 (Sneek) heeft met name het risico dat inwoners uit het zuidoosten van Friesland uitwijken naar andere ziekenhuizen. Het aantal inwoners buiten de 45-minutennorm blijft vrijwel gelijk en de extra gemiddelde reistijd is ongeveer 1 minuut.

Een belangrijk aandachtspunt voor de toegankelijkheid is de bereikbaarheid van de locatie met het openbaar vervoer. De huidige analyses zijn gebaseerd op bereikbaarheid met de auto en ambulance. Detaillering van de locatie en benodigde infrastructuur in de regio zijn noodzakelijke vervolgstappen en worden besproken met de gemeenten en de provincie.

### Betaalbaarheid

Bij een langetermijnhorizon is er op financieel gebied geen verschil tussen de drie scenario's. Net als voor kwaliteit, geldt ook op dit thema dat het met name belangrijk is om de stap van vier naar drie ziekenhuizen te zetten. Dit bespaart jaarlijks EUR 20-30 mln.

Een nieuwbouwziekenhuis (zoals in scenario 2 en 4) geeft jaarlijks een grotere besparing op de operationele kosten (EUR 2,5 – 6 mln extra) ten opzichte van scenario 3. Dit komt met name doordat in een nieuwbouwziekenhuis de zorg efficiënter is in te richten (EUR 2-5 mln besparing) en door een besparing op het energieverbruik (EUR 0,5 – 1 mln besparing<sup>8</sup>).

Een nieuwbouwziekenhuis heeft, zeker in de eerste jaren, wel hogere rentelasten omdat hier een hogere lening nodig is voor de benodigde investeringen. Dit geeft in de eerste jaren EUR 3,5 – 8,5 mln hogere rentelasten ten opzichte van scenario 3. Deze rentelasten zijn sterk afhankelijk van de rentestand bij het afsluiten van de lening. Daarnaast worden de hogere rentelasten deels gecompenseerd door de lagere onderhoudskosten de eerste jaren in een nieuwbouwpand, en de hogere besparing op de operationele kosten.

Tot slot is de financierbaarheid van het toekomstscenario belangrijk: is de verwachting dat banken bereid zijn de benodigde lening te verstrekken? De financierbaarheid van scenario 3 (Heerenveen) is voor de korte termijn makkelijker, omdat hier slechts beperkte investeringen nodig zijn. De nieuwbouwscenario's (Sneek en Joure) lijken echter ook financierbaar. Aangezien de toekomst niet te voorspellen is, zijn verschillende toekomstscenario's doorgerekend voor belangrijke parameters die de financierbaarheid beïnvloeden: de hoogte van de benodigde investeringen, de ontwikkeling van de EBITDA van de ziekenhuizen, de rentestand en de aflossingstermijn. De analyse laat zien dat de financiering van scenario Joure in veel situaties haalbaar is<sup>9</sup>.

### Aantrekkelijkheid

Voor zowel medewerkers als andere belanghebbenden zal het sluiten een ziekenhuislocatie impactvol zijn. Het sluiten van (minstens) één locatie is in elk van de scenario's nodig en dit vraagt aandacht. Het kernteam verwacht dat er meer draagvlak te creëren is voor het samen starten op een nieuwe plek ten opzichte van het 'inhuizen bij de buurman'. Dit helpt om in gelijkwaardigheid samen op te trekken bij de invulling van het toekomstscenario.

### Veranderbereidheid

Alle scenario's vragen groot commitment vanuit de kernteampartijen én andere belanghebbenden in de omgeving. Het kernteam verwacht ook hier dat de keuze voor een gezamenlijke nieuwe locatie helpend kan zijn. In alle gevallen is het belangrijk om dit commitment en vertrouwen, zowel binnen de kernteamorganisaties als daarbuiten, op te bouwen.

### Maatschappelijke impact

<sup>8</sup> Onderkant bandbreedte gaat uit van de gemiddelde energietarieven in 2021, bovenkant bandbreedte betreft de energietarieven van december 2022

<sup>9</sup> Hier is nog geen rekening gehouden met het inzetten van de operationele besparingen voor de financiering. Dit kan verder bijdragen aan de financierbaarheid.

Zoals hierboven beschreven is het sluiten van een ziekenhuislocatie maatschappelijk impactvol. Dit geldt voor elk van de drie scenario's en vraagt aandacht.

Op het gebied van duurzaamheid zorgen de nieuwbouwscenario's (Joure en Sneek) voor een snellere reductie van de CO<sub>2</sub>-uitstoot van de Friese zorg. Dit geeft in totaal 5-10k ton extra CO<sub>2</sub>-reductie tot 2050: 2-4x de huidige jaarlijkse uitstoot van één ziekenhuis<sup>10</sup>. Op het gebied van de invulling van het Integraal Zorgakkoord ziet het kernteam geen verschillen tussen de scenario's.

---

<sup>10</sup> Het betreft 2-4x de gemiddelde uitstoot van Antonius en Tjongerschans in 2023.

## 4. Hoe verder?

### **Prioriteit: draagvlak creëren**

Het kernteam heeft een voorkeursscenario geformuleerd voor (de toekomstige contouren van) de ziekenhuiszorg in Friesland richting 2030. Dit is op grond van de in dit eindrapport gepresenteerde achtergrondinformatie de beste wijze om goede ziekenhuiszorg in de regio toegankelijk te houden op de lange termijn. Het voorkeursscenario vraagt ingrijpende veranderingen ten opzichte van de huidige situatie en is niet eenvoudig te realiseren. Het in praktijk brengen van het voorkeursscenario vraagt een sterk gezamenlijk commitment, zowel van het kernteam als van alle belanghebbenden in de ziekenhuizen.

Deze rapportage en de toelichting hierop in de Romp- en Kernstaven van de vier Friese ziekenhuizen beogen een bijdrage te leveren aan het geven van inzicht en het creëren van draagvlak voor dit lange termijn plan binnen de ziekenhuizen.

### **Pas daarna: aandacht voor stakeholders en verdere vervolgstappen**

Het kernteam beseft dat hervorming van het ziekenhuislandschap maatschappelijk zeer impactvol is en veel mensen raakt. Vanuit het hierboven beschreven draagvlak gaan we vervolgens in dialoog met alle andere belanghebbenden. Doel daarvan is om ook extern te bouwen aan het vertrouwen dat nodig is om deze transitie succesvol te laten zijn.

De kernleden werken samen aan een routekaart voor het vervolg ná het ophalen van het bovenstaande brede draagvlak. Invulling van de randvoorwaarden en overleg met gemeenten hebben voor 2023/2024 prioriteit, waarna in een latere fase formele besluitvormingstrajecten volgen, zowel voor interne besluitvorming als voor goedkeuring door ROAZ, ACM en NZa.

## Bijlage

De inzichten in dit rapport zijn onder andere gebaseerd op de impact van de toekomstscenario's op de toegankelijkheid van zorg:

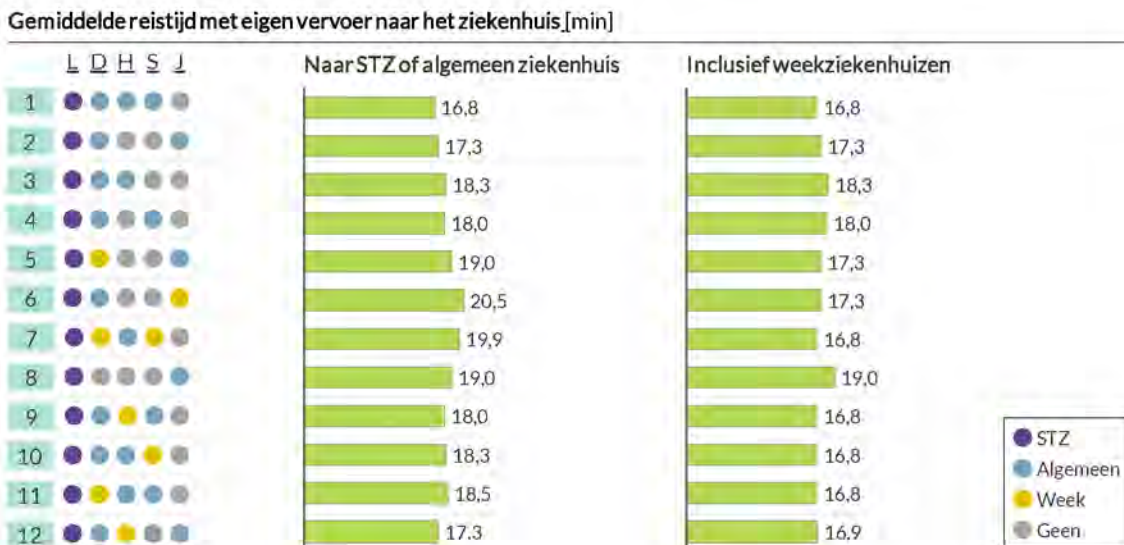
- Reistijden: welke impact hebben de scenario's op de reistijden voor electieve en acute zorg
- Adherentie: welke impact hebben de scenario's op de omvang van de Friese ziekenhuizen, vanuit het perspectief: welke deel van de patiënten gaat naar een Fries ziekenhuis?

Hieronder lichten wij de onderliggende analyses verder toe.

### Reistijdenanalyse

Om de impact van de scenario's op de reistijd voor *electieve* zorg vast te stellen, is berekend wat de reistijd, met eigen vervoer, naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis is voor de inwoners van de regio. De regio betreft hier het werkgebied van de Friese ziekenhuizen: Friesland, Noordelijk Flevoland (Noordoost polder en Urk), kop van Overijssel, Zuidwest Drenthe, Noord Drenthe en West Groningen. In deze analyse zijn ook de ziekenhuizen buiten Friesland meegenomen; voor sommige inwoners is een niet-Fries ziekenhuis het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

Figuur 6 toont de uitkomsten van deze analyse. De linker grafiek toont de minimale reistijd naar een STZ-huis of een algemeen ziekenhuis, hier zijn de weekziekenhuislocaties niet meegenomen. In de rechter grafiek zijn de weekziekenhuislocaties wel meegenomen.



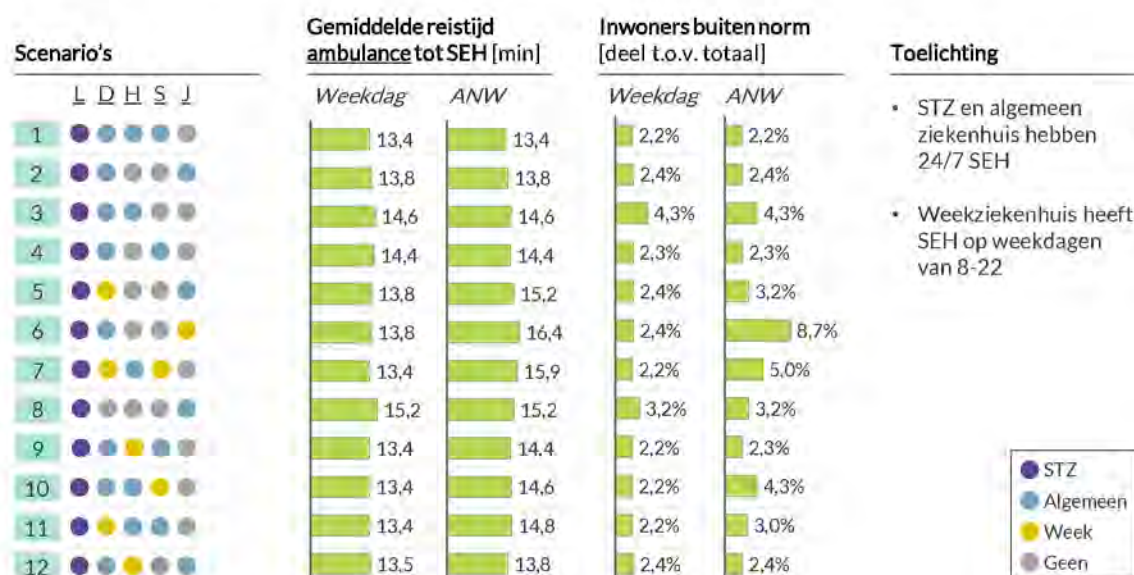
Figuur 6 - reistijd naar dichtstbijzijnde ziekenhuis met eigen vervoer<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Bron: Geodan reistijdenanalyse, Primos bevolkingscijfers



Om de impact van de scenario's op de reistijd voor acute zorg vast te stellen, is berekend wat de reistijd per ambulance naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met SEH is. Daarnaast is geanalyseerd welk deel van de inwoners per scenario buiten de 45-minutennorm woont. De 45-minutennorm wordt niet als een harde richtlijn gezien door ambulanceorganisaties. Deze norm helpt echter wel bij het vergelijken van scenario's op de toegang tot zorg in de moeilijkst te bereiken gebieden. Wij rekenen hiervoor met een '25-minutennorm van woonplaats patiënt naar het ziekenhuis'. Dit is de '45-minutennorm' minus 15 minuten aanrijtijd en minus 5 minuten zorgverlening en verplaatsing op locatie.

Figuur 7 toont de uitkomsten van deze analyse.



Figuur 7 - toegankelijkheid acute zorg<sup>12</sup>

## Adherentie-analyse

Wijzigingen in de ziekenhuislocaties hebben invloed op de patiëntstromen: naar welk ziekenhuis gaat een patiënt voor zijn zorg? De keuze van de patiënt is afhankelijk van verschillende facetten, reistijd is er daar één van, maar ook de binding van de ziekenhuizen met patiënten en verwijzers is belangrijk. Waar de reistijd te kwantificeren is en ook vaststaat, is de binding van patiënten minder hard meetbaar én kunnen ziekenhuizen deze actief beïnvloeden.

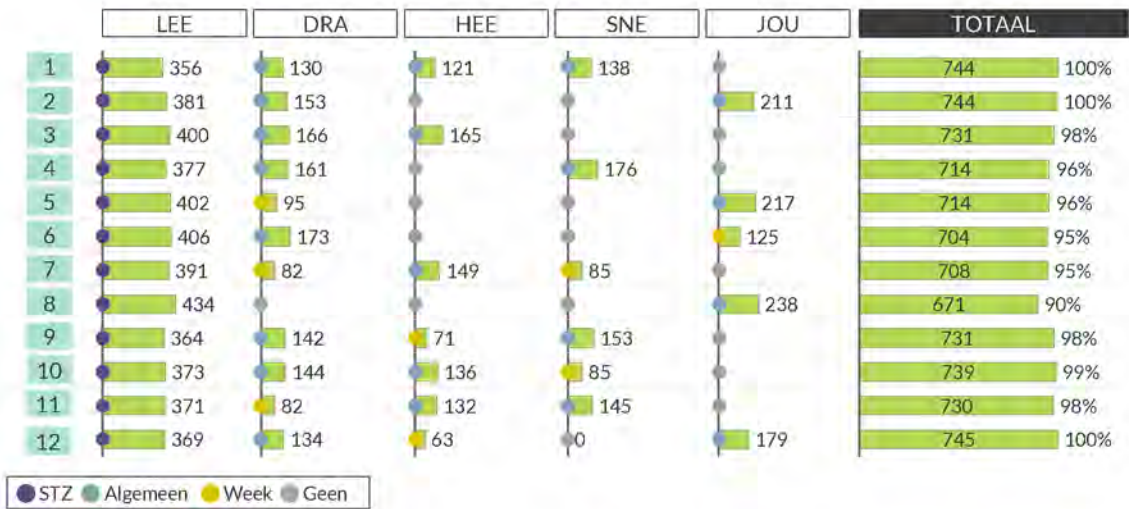
In onze 'adherentie-analyse' hebben wij de impact van de scenario's op de patiëntstromen berekend op basis van reistijd. Dit geeft inzicht in de mate waarin scenario's verschillen in het risico op verlies van patiënten (en omzet) per scenario. De daadwerkelijk verschuiving is vervolgens (onder andere) afhankelijk van de mate waarin ziekenhuizen patiënten aan zich weten te binden. Daarnaast spelen toekomstige keuzes in locatieprofilering een rol in de daadwerkelijk zorgverschuiving (ook tussen de Friese ziekenhuizen).

Figuur 8 toont de uitkomsten van de adherentie-analyse.

<sup>12</sup> Bron: Geodan reistijden, Primos bevolkingscijfers, Responsetijd Ambulancezorg (Ambulancezorg Nederland, 2018), LAKZ.nl (ambulancetijden), analyse Gupta Strategists. Op basis van steekproef gerekend met ambulancereistijd = 80% reistijd met eigen vervoer. ANW = avond, nacht en weekend.

**Omzet per scenario**

[EUR mln omzet (vanuit opbrengsten zorgverzekeringwet), 2019]



Figuur 8 - omvang van Friese ziekenhuizen<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Bron: productiedata ziekenhuizen, reistijden Geodan, Primos bevolkingscijfers. Dit betreft de impact van de scenario's op de patiëntstromen o.b.v. reistijden. Keuzes in locatieprofilering en de mate waarin de ziekenhuizen de binding met patiënten en verwijzers weten te behouden en versterken spelen een rol bij de daadwerkelijke verschuiving van patiëntstromen.