Reactie op  het Feitenboek vanuit gemeente Noordoostpolder:

Algemeen:

In de huidige versie van het feitenboek zijn weliswaar de nodige feiten op een rij gezet, maar er ontbreken antwoorden op een aantal belangrijke vragen.Deze moeten in het vervolgtraject alsnog worden beantwoord.

Vier  algemene opmerkingen:

1. De vergelijking met gemeenten Harderwijk en Sudwest Fryslân zijn vreemd; qua aard, omvang, inwonertal etc. zijn deze gemeenten niet te vergelijken met de Flevolandse gemeenten. Daarnaast valt op dat Sudwest Fryslân op een groot aantal punten 'slechter scoort' en zo de soms ook 'slechte score' van Flevolandse gemeenten onderdrukt. Harderwijk en Flevoland zijn ook in benchmarks geen gemeenten die gebruikt worden ter vergelijking met Flevolandse gemeenten, met reden.
2. De Flevolandse gemeenten en provincie hebben hun zorgen over bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg (SEH en acute verloskunde) geuit. Hierin is niet de nadruk gelegd op  de prestatienorm van de ambulance. Aan de prestatienorm werd immers al  grotendeels voldaan en daar is alleen maar verbetering in gekomen door uitbreiding van het aantal ambulances. Voor de inwoner is de bereikbaarheidsnorm en de beschikbaarheid van hulp op de SEH van belang.De WITZ-regel waar het RIVM-model op gebaseerd is, houdt in dat een ziekenhuis niet al dan niet tijdelijk gesloten mag worden als niet binnen 45 minuten na melding de ambulance een SEH kan bereiken.Op pag. 23 laat het RIVM-model zien dat voor bewoners van NOP voor 100% aan deze norm wordt voldaan.Op pag. 24 laat de werkelijkheid zien dat slechts 5% van de A-1 ritten binnen 45 minuten het ziekenhuis bereikt. Vergelijkbare uitkomsten zijn er voor andere gemeenten in Flevoland.Dit roept sterke twijfels op ten aanzien van de betrouwbaarheid van het RIVM-model.  Niet onderzocht is of ambulances (na meer dan 45 minuten onderweg geweest te zijn) direct terecht kunnen op SEH om patiënt over te dragen. Of worden ambulances daar in de wacht gezet omdat de SEH vol is? Voor acute cardiologie en acute vaatchirurgie moet iedere patiënt naar Isala. Is daar voldoende capaciteit beschikbaar om patiënten direct te behandelen?
3. Er wordt veel gewerkt met gemiddelden, alleen in woorden en kaartjes worden risicogebieden meegenomen. Zo wordt niet (voldoende) inzichtelijk hoe groot de risico's zijn voor welke gebieden en wat ons hierin gezamenlijk te doen staat.
4. Vervolgtraject: gemeenten  en provincie  zijn niet opgenomen in de werkgroepen die zich met acute zorg en verloskunde gaan bezighouden. Dat moet wel.

Opmerkingen per pagina:

9: Opgenomen is het officiële aantal beschikbare bedden in de diverse ziekenhuizen. S.v.p. toevoegen het aantal operationele bedden.

11: toevoegen Oogziekenhuis Zonnestraal in Emmeloord

42: wordt ( summier) ingegaan op de personele tekorten aan met name kinderartsen in MC Lelystad. Kleinere ziekenhuizen hebben moeite met in voldoende mate beschikken over kinderartsen, intensivisten, SEH-artsen, gynaecologen, IC-verpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen, OK-personeel etc. Bewoners in NOP zijn nu voor acute zorg aangewezen op Antonius Sneek, Tjongerschans en Isala. Hoe staat het met de personele

bezetting van deze schaarse professionals in Sneek en Heerenveen. Is in Isala voldoende capaciteit beschikbaar om direct met de behandeling te kunnen starten?