

*Onderwerp*

Toekomstvisie zorg Flevoland

Registratienummer

2392853

Datum

8 april 2019

Afdeling/Bureau

RE

Openbaarheid

Openbaar

Portefeuillehouder

Hofstra, H.J.

Ter kennisname aan PS en
burgerleden*Kern mededeling:*

Zoals toegezegd ontvangt PS hierbij het rapport van KPMG Health over het zorggebruik en de zorgvraag in Flevoland. Daarnaast wil het college van GS de staten informeren over de laatste ontwikkelingen in het traject van de toekomstverkenner en over de brief die het college hierover heeft gestuurd naar de minister van VWS.

*Mededeling:***Rapport KPMG**

De provincie heeft KPMG Health in november 2018 gevraagd het huidige zorgaanbod en zorggebruik in Flevoland in kaart te brengen en daarnaast ook toekomstige ontwikkelingen en de doorwerking daarvan op het zorggebruik te beschrijven. Daarbij is nadrukkelijk de samenwerking met de gemeenten in Flevoland gezocht: niet alleen met direct betrokken gemeenten (Lelystad, Urk, Dronten en Noordoostpolder), maar ook met Zeewolde en Almere.

In eerste instantie was de opzet om op basis van de door KPMG Health opgestelde analyse gezamenlijk met de betrokken overheden en zorgpartijen een regiovisie voor Flevoland op te stellen. KPMG Health zou in de tweede fase van de opdracht verschillende scenario's uitwerken voor een toekomstig zorglandschap in Flevoland. Eind november heeft de minister voor Medische Zorg in Lelystad en op Urk met een aantal partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Flevoland. In deze gesprekken is afgesproken om een toekomstverkenner te vragen om rond de zomer 2019 een toekomstvisie op de zorg voor inwoners van Flevoland vanaf 2020 te presenteren. Over de inhoud en scope van de opdracht aan de toekomstverkenner heeft het ministerie van VWS in december overleg gehad met betrokken gemeenten en provincie.

Op basis van deze ontwikkeling is de vraag aan KPMG Health en de inzet van het rapport aangepast. Naast het in kaart brengen van huidig en toekomstig zorgaanbod en -gebruik betreft dit:

- De kennispositie van gemeenten en provincie op niveau te brengen;
- Het formuleren van verdiepingsvragen voor de toekomstverkenner;
- De belangen in Flevoland beter te kunnen funderen en objectiveren.

De voorliggende versie van het rapport (zie bijlage 1) is bestuurlijk afgestemd met de gemeenten Lelystad, Noordoostpolder, Urk en Dronten. De analyse is gebaseerd op algemeen beschikbare bronnen. Het beeld voor Flevoland is op onderdelen een afgeleide, omdat meer specifieke informatie niet publiekelijk toegankelijk is. Daarom is verdere specificatie op onderdelen gewenst door de toekomstverkenner. De verdiepingsvragen die provincie en gemeenten aan de toekomstverkenner hebben gesteld gaan onder meer over:

- Hoe ontwikkelen de rittijden van de ambulances zich over een langere periode? En waar liggen de risico's als het gaat om bereikbaarheid en beschikbaarheid van acute zorg?
- Is de capaciteit van omliggende ziekenhuizen voldoende om de zorgvraag uit Flevoland op te vangen? Zowel als het gaat om spoedeisende hulp als klinische bedden capaciteit (zijn er voldoende bedden en is er voldoende personeel) als het aanbod in de poliklinieken. Daarmee samenhangend: Hoe ontwikkelen de wachttijden zich voor diverse specialismen?

Mededeling

Bladnummer:

2

Registratienummer

2392853

- Het verder specificeren van de zorgvraag: vooral waar het gaat om gemeenten, wijken of buurten met kwetsbare inwoners.
- De mogelijkheden om het zorgaanbod in Flevoland de komende periode verder uit te breiden.

Traject Toekomstverkenner

Het definitieve feitenboek is op 13 maart 2019 met begeleidende brief verstuurd naar de Tweede Kamer (zie bijlage 2). Dit feitenboek is erop gericht om ruis die in de berichtgeving over de afgelopen maanden is ontstaan, weg te nemen. Provincie en gemeenten nemen het feitenboek voor kennisgeving aan. Het college ziet het feitenboek als een eerste stap om tot een zorgvisie te komen. Het rapport van KPMG vult het feitenboek op onderdelen aan, maar heeft ook geleid tot de genoemde verdiepvragen die verder in het traject nog beantwoord moeten worden.

Vanuit de provincie vinden we het lange termijn perspectief voor heel Flevoland belangrijk, naast uiteraard het ondernemen van acties op de ontstane risicogebieden. Daarbij is onze inzet dat er verschillende scenario's uitgewerkt worden die aansluiten op de gespecificeerde zorgvraag in Flevoland. Op basis daarvan kan een zorgvisie opgesteld worden om zo te bouwen aan een toekomstbestendig zorgstelsel binnen Flevoland. De verkenner organiseert in de periode tot aan de zomer verschillende gesprekstafels, waar per thema de mogelijkheden in kaart worden gebracht (zie bijlage 3). Maandelijks is er afstemmingsoverleg tussen de verkenner, de provincie en betrokken gemeenten. Op deze manier houden we vinger aan de pols en kunnen we zorgen dat de lokale en regionale belangen voldoende worden behartigd in de toekomstvisie.

De opbrengst van deze bijeenkomsten zal een belangrijke input zijn voor de eindrapportage van de toekomstverkenner, die hij naar verwachting rond 1 juli 2019 aan de minister van VWS zal aanbieden.

Brief aan de minister van VWS

Het rapport van de verkenner moet volgens de planning van de verkenner op 1 juli a.s. gereed zijn. Inmiddels zijn we halverwege de looptijd van dit proces en het college heeft de minister van VWS enkele observaties per brief gestuurd over zowel de inhoud als de organisatie van dat proces (zie bijlage 4). Op verzoek van de provincie is op 15 april een overleg gepland met VWS, de verkenner en gemeenten.

De provincie heeft de volgende agendapunten ingebracht:

- Verloop van het proces tot nog toe en indrukken daarbij
- Toets van de opbrengsten en geplande vervolgstappen aan de initiële taakopdracht
- Bespreken van het proces van vaststelling en besluitvorming van de toekomstvisie als geheel (waar komen resultaten bij elkaar, hoe wordt samenhang aangebracht, hoe vindt besluitvorming plaats)
- Hoe verder na oplevering van de toekomstvisie, met als voorbeeld de aanpak in de provincie Drenthe.

Bijlagen

Naam bijlage:	eDocs nummer:	Openbaar in de zin van de WOB (ja/nee aangeven)
1. Rapport KPMG Health: Huidige zorggebruik en trends toekomstige zorgvraag regio Flevoland	2400184	Ja
2. Toekomstverkenning Flevoland - feitenboek toekomstverkenner VWS (versie 7-3-2019)	2401341	Ja
3. Procesplanning toekomstverkenner	2393772	Ja
4. Brief aan minister van VWS	2406840	Ja



Postbus 55
8200 AB Lelystad

Telefoon
(0320)-265265
Fax
(0320)-265260
E-mail
provincie@Flevoland.nl
Website
www.flevoland.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
De minister van Medische Zorg de heer B.J. Bruins
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE



Verzenddatum
11 APR. 2019

Bijlagen
3

Uw kenmerk
--

Ons kenmerk
2406840

Onderwerp

Continuïteit van zorg en zorgvisie Flevoland

Geachte heer Bruins,

Begin januari is de heer Leerink als toekomstverkenner gestart om een toekomstvisie voor de zorg in Flevoland op te stellen. U heeft, na overleg met betrokken overheden in Flevoland, de verkenner een brede taakopdracht meegegeven:

(...) "Vervolgens dient een helder beeld te worden gecreëerd van wat er aan zorg nodig en mogelijk is in Flevoland. Waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de periode direct vanaf 2020 en de langere termijn. Dit beeld betreft de (optioneel verdere uitbouw van) ziekenhuiszorg in Flevoland, maar ook de ontwikkeling van de zorg in de eerste lijn (huisartsen/ verloskundigen), de ambulancezorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de wijkverpleging, de paramedie (voor zover paramedie kan bijdragen aan substitutie van zorg) en maatschappelijke ondersteuning door de gemeente voor zover het raakvlakken betreft aan het aanbod van curatieve zorg. Innovatieve vormen van zorg (eHealth e.d.) dienen ook onderdeel van de visie zijn. Zowel de Tweede Kamer, het lokaal bestuur als zorgaanbieders in de regio pleiten voor beschikbaarheid van Spoedeisende hulp en acute verloskunde in Lelystad of directe omgeving. De mogelijkheden daartoe zullen expliciet onderdeel van de toekomstvisie uit moeten maken." (...)

Het rapport van de verkenner zou 1 juli gereed moeten zijn. Inmiddels zijn we halverwege de looptijd van dit proces en het college wil graag een aantal observaties met u delen. Met als inzet deze te bespreken met u, de verkenner en betrokken gemeenten op 15 april aanstaande.

Achtereenvolgens gaan we in deze brief in op het gepresenteerde feitenboek, het proces en de planning, en tenslotte gesprekspunten voor het geplande overleg.

Feitenboek toekomstverkenner

Als eerste stap in het verkennerstraject is een feitenboek opgesteld ten behoeve van een gelijke informatiepositie van alle (zorg)partijen die een rol spelen in dit proces. Het definitieve feitenboek is op 13 maart met begeleidende brief verstuurd naar de Tweede Kamer. Provincie en betrokken gemeenten hebben kennis genomen van het feitenboek.

Provincie en gemeenten onderstrepen het belang van een gedegen en gedeeld beeld over precieze cijfers en percentages, over bevolkingssamenstelling, ziektebeelden, zorgvraag en -volumes en toekomstige ontwikkelingen daarin. Daarom heeft de provincie in samenspraak met gemeenten, en voordat de aanstelling verkenner had plaats gevonden, in november 2018 een onderzoek uitgezet bij KPMG Health. Het KPMG-rapport (zie bijlage) biedt op onderdelen aanvullende informatie ten opzichte van het feitenboek. Het biedt inzicht in de Flevolandse populatie, maar gaat ook in op de veel voorkomende ziektebeelden. Daarnaast schetst het rapport de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag in Flevoland en de eisen die dat stelt aan de zorginfrastructuur. We zien het rapport van

KPMG als een aanvulling op het feitenboek en daarnaast als basis om verdiepende vragen te stellen aan de verkenner. Het KPMG-rapport kon echter alleen gebaseerd worden op algemeen toegankelijk gegevens. De toekomstverkenner daarentegen heeft toegang tot gegevens van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en Vektis en is daarmee in staat de informatie die nog ontbreekt voor de vervolgfase in te brengen.

Alles overziend is het college van Gedeputeerde Staten van mening dat het feitenboek nog onvoldoende inzicht biedt in de zorgvraag, en daarmee onvoldoende handvaten levert voor de op te stellen brede zorgvisie in Flevoland inclusief scenario's voor een passend en realistisch zorgaanbod. Alhoewel het feitenboek op basis van aanvullende informatie van gemeenten op onderdelen is aangepast, is het beeld nog onvoldoende scherp en onvolledig. Er wordt nog te veel een algemeen beeld geschetst op basis van gemiddelden. De kenmerken van de Flevolandse populatie behoeft nadere specificatie. Daarnaast ontbreekt de verwachte zorgvraag op (middel)lange termijn.

Wat ons opvalt in het debat en uw brief over het feitenboek is dat de technische benadering van de 45-minutennorm afleidt van waar het werkelijk om gaat, namelijk de inrichting van een toekomstbestendig zorglandschap in Flevoland. Daarbij zou de zorgvraag leidend moeten zijn en niet de (overgebleven) voorzieningen. Het college denkt dat gezien het zorgprofiel van een groeiende groep kwetsbare inwoners en draagvlak onder ketenpartners er in alle redelijkheid meer mogelijk is dan alleen poliklinische zorg en diagnostiek aangevuld met laag complexe operatieve ingrepen gedurende de dag. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een beddenvoorziening voor kortdurende opname, naast uitbreiding 1^e/1,5^e lijn beddenvoorzieningen.

Proces en planning verkennerstraject

Inmiddels zijn we halverwege het proces en kunnen we een aantal constateringën doen:

- De drie tafels - acute zorg, verloskunde en klinische zorg voor kwetsbare inwoners - zijn eind maart opgestart, gesplitst in Noord en Zuidoost Flevoland. Het college wil in herinnering brengen dat afgesproken is de regio Flevoland als geheel te bezien, omdat alleen dan beoordeeld kan worden wat de noodzaak en het draagvlak is voor een ziekenhuisvoorziening in Lelystad;
- De opbrengsten van de drie tafels worden besproken aan de bestuurlijke tafel. Wij hechten aan heldere afspraken over de besluitvorming naar aanleiding van die opbrengsten. Is dit een collectief besluitvormingsproces van de bestuurlijke tafel? Of is het aan de separate partijen - zorgverzekeraar, ziekenhuizen - zelf om te bepalen welke interventies er worden gedaan? In dat laatste geval vragen wij ons af welke doorzettingsmacht er is geregeld wanneer blijkt dat de keuzes van separate partijen niet aansluiten bij de opbrengsten van het toekomstvisieproces. Zo constateren we dat de zorgverzekeraar niet deelneemt aan de inhoudelijke tafels met als risico dat de opbrengsten niet of onvoldoende ondersteund worden.
- De dialoog tussen partijen lijkt nog onvoldoende gefaciliteerd. De indruk bestaat dat in het proces het perspectief van de ziekenhuizen prevaleert boven dat van inwoners, lokale zorgpartijen zoals huisartsen, ZBC's en overheden. De marktwerking in het huidige zorgstelsel maakt dat ziekenhuizen sterk vanuit de eigen concurrentiepositie redeneren. De broodnodige samenwerking (bijvoorbeeld tussen ziekenhuizen en ZBC's) voor een zo breed mogelijk aanbod in Flevoland komt maar mondjesmaat van de grond. We menen het tegenovergestelde te zien: patiënten worden ingepast in de overgebleven voorzieningen.
- Het proces tot nog toe richt zich, begrijpelijkerwijs, op de korte termijn vanaf 2020 en de acute (verloskundige) zorgproblematiek. Gezien de reikwijdte van de taakopdracht maakt het college zich zorgen over wanneer brede scenario's voor de lange termijn aan bod komen en of er voldoende tijd is om deze uit te werken en op (financiële) haalbaarheid te toetsen. Niet alleen voor een basale ziekenhuisvoorziening in Lelystad, maar geïnspireerd op best practices elders in het land ook op andere terreinen (zie bijlage met overzichtsplaat Zorgvisie Flevoland).

Gesprekspunten voor overleg op 15 april

In overleg met uw ministerie is inmiddels een afspraak ingepland om samen met u, de verkenner en gemeenten in overleg te gaan. Graag zouden wij de volgende zaken agenderen:

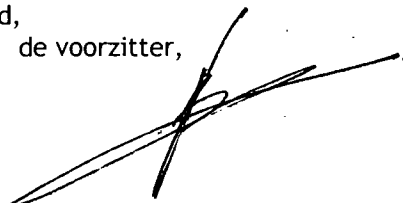
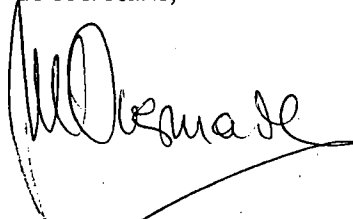
- Verloop van het proces tot nog toe en indrukken daarbij
- Toets van de opbrengsten en geplande vervolgstappen aan de initiële taakopdracht
- Bespreken van het proces van vaststelling en besluitvorming van de toekomstvisie als geheel (waar komen resultaten bij elkaar, hoe wordt samenhang aangebracht, hoe vindt besluitvorming plaats)
- Hoe verder na oplevering van de toekomstvisie, met als voorbeeld de aanpak in de provincie Drenthe

We kijken uit naar een constructief overleg waarbij het belang van de inwoners in Flevoland voorop staat.

Hoogachtend,

Gedeputeerde Staten van Flevoland,
de secretaris,

de voorzitter,



drs M.G.E.C. Overmars

L. Verbeek

Cc Toekomstverkenner en TK - voorzitter vaste kamercommissie VWS

Bijlagen:

- Huidige zorggebruik en trends toekomstige zorgvraag regio Flevoland, KPMG Health
- Verdiepende vragen voor aanvullende informatie
- Overzichtsplaat toekomstvisie Flevoland



Huidige zorggebruik en trends toekomstige zorgvraag regio Flevoland

KPMG Health

Maart 2019

Provincie Flevoland

A-1800016065

Managementsamenvatting (1/4)

Aanleiding en vraagstuk via twee sporen

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op 25 oktober 2018 is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en – instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten benaderen het vraagstuk omtrent het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg via twee sporen: enerzijds de korte termijn en anderzijds de lange termijn. Op de korte termijn ligt de focus op het onderzoeken van de opties om het ziekenhuis, mogelijk in een andere vorm, in Lelystad te behouden. Hiervoor is een gedetailleerder inzicht in de huidige situatie nodig voor provincie en gemeenten om de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart te kunnen beoordelen. Gemeenten en provincie realiseren zich tegelijkertijd dat een eventuele doorstart van het ziekenhuis niet in hun handen ligt. Parallel aan het verkrijgen van gedetailleerder inzicht in de huidige situatie, wordt daarom ook een basis gelegd voor de ontwikkeling van een lange termijnvisie op het zorglandschap in de provincie. In plaats van af te wachten hoe zaken zich verder ontwikkelen bereiden zij zich hiermee gezamenlijk voor op de toekomst. Dit is voor elk scenario nuttig.

De provincie Flevoland heeft KPMG Health gevraagd het huidige zorgaanbod, zorggebruik en toekomstige ontwikkelingen en hun impact op het zorggebruik in kaart te brengen. Hierbij is door de provincie de samenwerking met de gemeenten opgezocht. Het is belangrijk om een gezamenlijk beeld te hebben van de zorgvraag waar het zorglandschap op aan moet sluiten, zowel voor de afwegingen op de korte termijn waarin onderzocht wordt of er nog opties zijn om het ziekenhuis te behouden (en in welke vorm), als om gezamenlijke uitgangspunten te formuleren voor de

lange termijnvisie op het toekomstige zorglandschap in de provincie.

Huidig zorglandschap: afstand tot acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners toegenomen

Met het faillissement van het MC Zuiderzee in Lelystad zijn acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners op grotere afstand gekomen. Inwoners, provincie en gemeenten hebben hun zorgen geuit over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van met name de acute zorg (inclusief verloskunde). Op dit moment is er geen volwaardige spoedeisende hulp meer in Lelystad, er is enkel nog een spoedpoli die overdag en een deel van de avond open is. Het St. Jansdal neemt het voormalig MC Zuiderzee over, maar heeft eerder aangegeven geen mogelijkheden te zien om een volwaardige spoedeisende hulp (SEH) te realiseren.

Voor ambulances geldt een responsnorm van 15 minuten voor de hoogste prioriteit ritten, deze dient in 95% van de gevallen onder deze norm te blijven. De aanrijtijden van de ambulance (de tijd van melding tot aankomst bij de patiënt) blijven na het faillissement gemiddeld genomen onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten, en dus in eventuele uitschieters, ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement. De reistijd vanaf de locatie van de patiënt tot aan het ziekenhuis lijkt sinds het faillissement wel toegenomen te zijn, met name voor ritten voor Lelystad (gemiddeld ongeveer 10 minuten langer) en Urk (gemiddeld ongeveer 8 minuten langer).

Voor klinische zorg kunnen inwoners van Flevoland o.a. terecht in het Flevoziekenhuis (Almere), St Jansdal (Harderwijk), Meander MC (Amersfoort), Isala (Zwolle/Meppel), Antonius Zorggroep (Sneek), Tergooi (Blaricum/Hilversum), Tsjongerschans (Heerenveen) en Dijklander ziekenhuis (Hoorn).

Managementsamenvatting (2/4)

Poliklinische zorg is op meer plekken aanwezig en blijft naar verwachting (deels) behouden in Lelystad. Naast in de hiervoor genoemde ziekenhuizen wordt deze zorg ook voor een deel geleverd in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken. In de provincie Flevoland zijn (grote) regionale verschillen zichtbaar in de reisafstanden naar zowel acute, klinische als poliklinische zorg. Met name voor inwoners van Urk, Lelystad, en de woonkern Swifterbant zijn als gevolg van het faillissement de reistijden naar acute en klinische zorg toegenomen.

Huidige zorggebruik: zorggebruik per verzekerde in de zorgverzekeringswet iets lager dan landelijk gemiddelde

De gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet waren in 2016 in Flevoland iets lager (2.217 EUR per verzekerde) dan het landelijk gemiddelde (2.406 EUR per verzekerde). Dit komt naar verwachting door de relatief jonge populatie die Flevoland kenmerkt.

Op basis van een globale inschatting zijn ongeveer 500 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland. Deze zorg werd voorheen niet enkel in de MC IJsselmeerziekenhuizen geleverd, maar ook in het Flevoziekenhuis en andere omliggende ziekenhuizen. Daarnaast leggen de inwoners naar verwachting ruim 500.000 polikliniekbezoeken af per jaar. Dit betreft ook een schatting van de totale zorgproductie voor alle inwoners van Flevoland, dus niet enkel van de voormalig patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen. Deze inschatting is gebaseerd op landelijke cijfers.

De huidige populatie in Flevoland is relatief jong ten opzichte van het Nederlands gemiddelde. Chronische aandoeningen komen echter relatief vaker voor in Flevoland, met name in Almere en Lelystad. Gemiddeld genomen heeft Flevoland een licht hogere sociaaleconomische statusscore, maar hierin zijn grote verschillen zichtbaar tussen gemeenten, en binnen gemeenten tussen verschillende wijken. De wijk Grietenij in Lelystad heeft de laagste SES-score. De gemiddelde SES-score per gemeente is

het laagst in Noordoostpolder.

Chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes, en kanker komen relatief vaker voor onder personen met een lagere SES, waarschijnlijk resulterend in een hoger zorggebruik.

Verskillende ontwikkelingen hebben impact op het toekomstige zorggebruik

Een viertal ontwikkelingen hebben naar verwachting impact op de toekomstige zorgvraag: demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen in verschillende ziektebeelden, veranderende samenstelling van de regio en van huishoudens, en tot slot de technologische ontwikkelingen.

Demografische ontwikkelingen: inwonersaantal neemt toe, forse vergrijzing

Het inwonersaantal in de provincie neemt toe, naar verwachting groeit het aantal inwoners richting 2030 met 8% tot 13%. Het aandeel ouderen neemt de komende jaren fors toe, het aantal tachtigplussers verdubbelt bijvoorbeeld. Een oudere populatie heeft naar verwachting een hogere zorgvraag. Typische ouderdomsaandoeningen die hierdoor vaker voor gaan komen zijn dementie, artrose, nek- en rugklachten, osteoporose, gezichts- en gehoorstoornissen. De groep volwassenen tussen de 15 en 65 jaar blijft de grootste groep, waarbinnen chronische aandoeningen en kanker het vaakst voorkomen.

Ontwikkelingen ziektebeelden: meer chronische aandoeningen, vaker in combinatie met elkaar

Door de verhoogde overlevingskansen bij kanker krijgen meer personen te kampen met de langetermijneffecten van kanker, zoals chronische vermoeidheid en concentratieverlies. Het aantal personen met een chronische aandoening neemt daarnaast verder toe. Multimorbiditeit (combinatie van meerdere aandoeningen) komt in de toekomst nog vaker voor onder ouderen en vraagt om een andere, meer samenhangende, maatwerk benadering van de patiënt in plaats van te focussen op één enkele aandoening.

Managementsamenvatting (3/4)

Veranderende samenstelling van de regio en van huishoudens: mantelzorgpotentieel neemt af

Het aantal eenpersoonshuishoudens neemt de komende jaren fors toe. Tegelijkertijd neemt het mantelzorgpotentieel fors af, in 2040 is dit bijna gehalveerd. Wanneer niet teruggevallen kan worden op een partner/mantelzorger wordt naar verwachting eerder aanspraak gedaan op de professionele zorg- en hulpverlening. Het reeds bestaande personeelstekort in de zorg neemt daarnaast de komende jaren naar verwachting verder toe.

Technologische ontwikkelingen: mogelijkheid zorg dichtbij huis

De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Andere ontwikkelingen zoals de personeelstekorten in de zorg maken daarnaast dat de inzet van technologie steeds noodzakelijker wordt om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen. eHealth kan de mogelijkheid bieden om een deel van de zorg uit het ziekenhuis te verplaatsen naar dichtbij huis of thuis.

Implicaties voor vervolg

Korte termijn

Om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is hebben gemeenten en provincie gedetailleerde informatie nodig. Op dit moment is het voor gemeenten en provincie met de aanwezige informatie niet mogelijk om het standpunt van andere stakeholders te staven. Evident is dat de reistijden naar acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners van Flevoland, waar voorheen het MC Zuiderzee het dichtstbijzijnde ziekenhuis was, zijn toegenomen. Inwoners kunnen voor acute en klinische zorg terecht in het Flevoziekenhuis, of in een van de andere omliggende ziekenhuizen (zie [pagina 14](#)). Het faillissement lijkt op het eerste gezicht niet te leiden tot het overschrijden van de aanrijtijden door de ambulance. Onduidelijk is echter nog in hoeverre de omliggende ziekenhuizen voldoende capaciteit hebben om de acute en

klinische zorgvraag over te nemen, of de sluiting van de SEH in Lelystad tot incidenten heeft geleid, hoe de rittijden van de ambulances zich over een langere periode ontwikkelen, en of de toegenomen reistijden mogelijk leiden tot het mijden van zorg door patiënten. Een specifiek perspectief dat hierin meegenomen moet worden is de acute verloskunde.

Gezien de geuite wensen van de inwoners, provincie en gemeenten en hun belangen rondom behoud van het ziekenhuis in Lelystad is het van belang de (on)mogelijkheden van het behoud van het ziekenhuis te objectiveren en te onderbouwen en de nog bestaande vragen hieromtrent beantwoord te krijgen. De tijdigheid van de beantwoording van deze vragen is een belangrijke factor. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur (denk aan personeel en apparatuur) in Lelystad. Daarnaast zullen de verwijspatronen van huisartsen en verloskundigen zich meer verleggen.

Lange termijn

Op de lange termijn zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige zorgvraag. Een verwachte bevolkingsgroei, forse vergrijzing, een afname in het mantelzorgpotentieel, personeelstekorten in de zorg en een toename in chronische aandoeningen veroorzaken naar verwachting een hogere zorgvraag in de toekomst. Verwacht wordt dat deze ontwikkelingen voor een belangrijk deel zullen resulteren in een laagcomplexere zorgvraag, waarbij het de voorkeur heeft deze zorg dichtbij huis of thuis te kunnen leveren. Mocht een ziekenhuis in de nabijheid in de toekomst ontbreken dan moet vervangend aanbod gerealiseerd worden. Het aanbod zal in moeten kunnen spelen op de toenemende verschillen in voorspellers van SES, de personeelstekorten in de zorg en het vaker voorkomen van multimorbiditeit. Dit vereist bovendien dat er sluitende ketenafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders. Het realiseren van vervangend aanbod dichtbij huis kan door met andere vormen van zorg te werken aan de nabijheid en toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld middels 1,5 lijns-centra, buitenpoliklinieken of eerstelijnsverblijf

Managementsamenvatting (4/4)

(ELV) bedden, maar ook middels de inzet van eHealth op grotere schaal waarbij een patiënt onder controle kan staan van een gespecialiseerd centrum op grotere afstand.

VWS heeft begin januari een toekomstverkenner aangesteld, die rond de zomer een langetermijnvisie op het zorglandschap voor inwoners van de provincie Flevoland zal presenteren. In het traject beschrijft VWS een stabilisatiefase voor 2019. Het St Jansdal heeft aangegeven vanaf begin 2020 te bekijken of verdere uitbouw van de huidige zorg in het ziekenhuis in Lelystad mogelijk is. Zoals aangegeven is tijdigheid een belangrijk punt in het proces. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur en hoe lastiger het waarschijnlijk wordt om de zorg weer uit te bouwen. In voorbereiding op dit traject heeft het huidige rapport de kennispositie van gemeenten en provincie op gelijk niveau gebracht en zijn een aantal verdiepingsvragen voor de verkenner geformuleerd. Deze vragen worden door de provincie en gemeenten nog verder aangevuld. Tevens worden de belangrijkste uitgangspunten voor de langetermijnvisie gezamenlijk door hen opgesteld, welke bij dienen te dragen aan het behoud en de verdere ontwikkeling van de krachtige samenleving binnen de provincie Flevoland.

De gemeenten zijn als lokale overheden aan zet als het gaat om de communicatie richting inwoners en om de lokale belangen en zorgbehoeften in de toekomstvisie in te brengen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van wettelijke taken binnen het sociaal domein en ervaren direct de (financiële) gevolgen van herinrichting van het zorglandschap, waarbij verschuiving van zorg naar dichtbij huis plaatsvindt. De provincie heeft belang bij een goede regionale zorginfrastructuur en behartigt de bovenlokale belangen. Vanuit dit perspectief is een actieve rol voor gemeenten en provincie in het vervolgtraject gewenst, ook in de fase nadat de toekomstverkenner zijn opdracht heeft afgerond.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope	7
Huidig zorgaanbod	10
Regiokaart met welk type zorg waar geleverd wordt	
Huidige zorggebruik	16
Kwantitatieve beschrijving	
Kwalitatieve beschrijving	
Ontwikkelingen met impact op de toekomstige zorgvraag	25
Demografische ontwikkelingen	
Ontwikkelingen ziektebeelden	
Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio	
Technologische ontwikkelingen	
Vervolg	33
Bijlagen	36

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

Aanleiding – twee sporen

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op 25 oktober 2018 is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en – instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten hebben groot belang bij het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg voor haar inwoners. Daarbij benaderen zij dit vraagstuk via twee sporen: één voor de korte termijn en één voor de lange termijn. Op de korte termijn ligt de focus op het onderzoeken van de opties om het ziekenhuis, mogelijk in een andere vorm, in Lelystad te behouden. Dit blijft een wens van veel inwoners, en er zijn bij veel betrokkenen zorgen over de toegankelijkheid van medisch specialistische zorg en in het bijzonder de acute zorg en acute verloskunde zonder een lokaal ziekenhuis. Hoewel zorgverzekeraar en het St Jansdal hebben ingestoken op een andere route is het voor gemeenten en provincie nog een vraagstuk dat niet eensluidend is beantwoord. Gemeenten en provincie beschikken nog over onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is. Qua haalbaarheid is het bijvoorbeeld de vraag of zorgverzekeraars bereid zijn de te leveren zorg in te kopen, maar ook of er voldoende personeel beschikbaar is om de zorg te kunnen leveren. Of een ziekenhuis wenselijk is hangt onder meer samen met de wens van de patiënten, maar ook met kwaliteit. Kan bij een eventuele doorstart naar verwachting de juiste kwaliteit geleverd worden en kan voldaan worden aan de volumenormen? Gemeenten en provincie hebben tot nu toe weinig gedetailleerde informatie over de situatie bij de ziekenhuizen tot hun beschikking. Het is daarom lastig een goed onderbouwd beeld te vormen

van de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart en wat daarbij passend is voor de zorgvraag in Flevoland nu en in de toekomst. Het is belangrijk hier op de korte termijn inzicht in te krijgen, met het verstrijken van de tijd zal de bestaande infrastructuur in Lelystad immers verder afnemen waarmee de mogelijkheden beperkter worden.

Tegelijkertijd realiseren gemeenten en provincie zich dat een eventuele doorstart van het ziekenhuis niet in hun handen ligt. Hoewel de inrichting van het zorglandschap af zal hangen van de vorm waarin het ziekenhuis in Lelystad mogelijk behouden blijft, is het goed na te denken over wat nodig en passend is voor een toekomstbestendige invulling van het zorglandschap. Parallel aan het verkrijgen van gedetailleerder inzicht in de huidige situatie, wordt daarom ook een basis gelegd voor de ontwikkeling van een lange termijnvisie op het zorglandschap in de provincie. In plaats van af te wachten hoe zaken zich verder ontwikkelen bereiden zij zich gezamenlijk voor op de toekomst. Zij pakken daarin actief hun rol, zodat zij hierin sturend kunnen zijn en het belang van de inwoners voorop kunnen zetten. Deze verkenning is in alle scenario's waardevol, zowel bij een eventuele doorstart van het ziekenhuis, als wanneer op andere wijzen gewerkt zal moeten worden aan het toegankelijk maken van zorg dichtbij.

Zowel voor de korte als lange termijn is het belangrijk de dynamiek in Flevoland in ogenschouw te nemen als het gaat om ruimtelijke en economische ontwikkelingen, bevolkingsgroei, vergrijzing en andere demografische ontwikkelingen.

Vraag

De provincie Flevoland heeft KPMG Health gevraagd het huidige zorggebruik en toekomstige ontwikkelingen en hun impact op het zorggebruik in kaart te brengen, waarbij door de provincie de samenwerking met de gemeenten is opgezocht. Het is belangrijk om een gezamenlijk beeld te hebben van de zorgvraag waar het zorglandschap op aan moet sluiten, zowel voor de afwegingen op de korte termijn waarin onderzocht

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

wordt of er nog opties zijn om het ziekenhuis te behouden (en in welke vorm), als om gezamenlijke uitgangspunten te formuleren voor de lange termijnvisie op het toekomstige zorglandschap in de provincie.

Context

Overnames delen van zorg voormalig MC IJsselmeerziekenhuizen

Op 22 november deelde de curator mee dat de poliklinische zorg in Lelystad en Dronten behouden blijft en overgenomen wordt door het St Jansdal, gevestigd in Harderwijk. Daarnaast wordt er gesproken met het Zilveren Kruis over eerstelijnsverblijf zorg in Lelystad.¹ De klinische zorg voor de voormalige patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen uit de Noordoostpolder en Urk wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep in Sneek. Ook het aanbod van poliklinische zorg in Emmeloord wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep.

Verkennerstraject

Eind november heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in Lelystad en op Urk met een aantal partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Flevoland. In deze gesprekken is afgesproken om een toekomstverkenner te vragen om rond de zomer 2019 een toekomstvisie op de zorg voor inwoners van Flevoland vanaf 2020 te presenteren. Over de inhoud en scope van de opdracht aan de toekomstverkenner heeft het ministerie van VWS in december overleg gehad met betrokken gemeenten en provincie. De toekomstverkenner is begin januari aangesteld en van start gegaan (zie [bijlage VIII](#): Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland).

Algemene ontwikkelingen zorg

Naast het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen spelen ook de algemene ontwikkelingen rondom de zorguitgaven en houdbaarheid van het huidige zorgsysteem in Nederland een rol. In Nederland zijn er uitstekende voorzieningen voor medisch specialistische zorg. Zowel wat betreft de kwaliteit van de zorg als de toegankelijkheid van zorg behoort Nederland

wereldwijd tot de top. De kosten blijven echter groeien (zie ook [bijlage I](#)), ondanks de verschillende beleidsinterventies die zijn gedaan.²⁸ In 2017 is in Nederland 97,5 miljard euro uitgegeven aan zorg, 2 miljard meer dan in 2016.²⁷ Om de medisch specialistische zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden, is een andere inrichting van het zorglandschap noodzakelijk. Het leveren van 'de juiste zorg op de juiste plek' heeft de potentie de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg op een betaalbare duurzame manier te verbeteren of tenminste op een gelijkwaardig niveau te houden. Het principe 'de juiste zorg op de juiste plek' houdt in: meer zorg op maat, dichtbij de patiënt, met meer ruimte voor principes als eigen regie en zelfmanagement.

Naast het belang van goede zorgverlening in de regio, heeft de provincie ook een belang bij de werkgelegenheid afkomstig van het ziekenhuis en de spin-off van toeleveranciers en samenwerkingspartijen. Een goed ingericht zorglandschap straalt af op de provincie, en draagt bij aan haar ambitie een krachtige samenleving te realiseren. De provincie wil groeien en een goede inrichting van het zorglandschap is onderdeel van een gunstig vestigingsklimaat. Vanuit de gedeelde zorgen en belangen is door provincie en gemeenten gekozen om gezamenlijk op te trekken in dit traject.

Scope

De scope van de opdracht richt zich op het verzorgingsgebied van de gehele provincie. Hierbij is tevens oog voor de verschillen tussen de gemeenten Lelystad, Urk, Noordoostpolder, Dronten, Zeewolde en Almere. In de analyse van het huidige zorgaanbod wordt ook het zorgaanbod binnen en grenzend aan de provincie meegenomen: o.a. het Flevoziekenhuis (Almere), St Jansdal (Harderwijk), Meander (Amersfoort), Isala (Zwolle), Antonius Zorggroep (Sneek), Tergooi (Blaricum/Hilversum), Tsjongerschans (Heerenveen) en Dijklander (Hoorn). Het startpunt van de analyses ligt bij de tweedelijns ziekenhuiszorg, aangezien dit de aanleiding voor de opdracht is. Ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige

Aanleiding, centrale vraag en bijbehorende scope

zorgvraag worden in kaart gebracht voor de middellange (5 jaar) tot lange termijn (10 tot 15 jaar). In het rapport wordt geen relatie gelegd met effecten van preventiebeleid, gezondere leefomgeving, armoedebelief en beleid voor laaggeletterdheid. Dit beleid is wel van invloed op de gezondheid en de toekomstige zorgvraag van inwoners, maar valt niet binnen de scope van het onderzoek. De analyse is gebaseerd op publiekelijk beschikbare bronnen. Het beeld voor Flevoland is op onderdelen een afgeleide, omdat meer specifieke informatie niet publiekelijk toegankelijk is. Verdere specificatie is op onderdelen gewenst in het verkennerstraject. Hiervoor zijn aandachtspunten en verdiepingsvragen in het rapport opgenomen. Belangrijk is erop te wijzen dat dit rapport niet bedoeld is om een antwoord te geven op de vraag welke (basis)voorziening in Lelystad noodzakelijk is en welke omvang deze zou moeten hebben. De beantwoording van deze vraag is, onder meer, onderdeel van het Verkennerstraject en uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

Leeswijzer

Dit rapport start in hoofdstuk 1 met een overzicht van het huidige zorgaanbod, waarbij wordt ingegaan op het aanbod van acute, klinische en poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf in de provincie (en aangrenzende gebieden). Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 inzicht gegeven in het huidige zorggebruik, wat zowel op een kwantitatieve als kwalitatieve wijze is beschreven. In hoofdstuk 3 worden verschillende ontwikkelingen beschreven die een impact hebben op de toekomstige zorgvraag van de inwoners in de provincie. In hoofdstuk 4 staat beschreven wat de impact van de resultaten is op het vervolg, en tot welke verdiepende vragen dit heeft geleid. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting en nog openstaande vragen van de provincie en gemeenten aan de toekomstverkenner.



1. Huidig zorgaanbod

Grote regionale verschillen in bereikbaarheid acute zorg

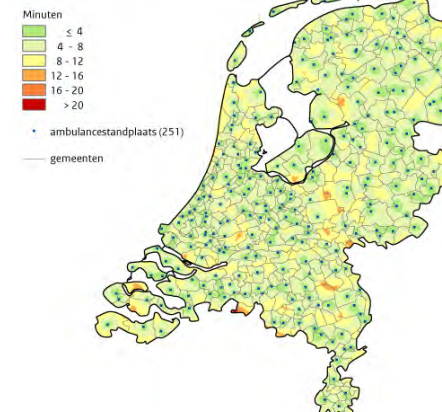
In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het huidige zorgaanbod. Het is belangrijk te weten welke zorg op dit moment waar geleverd wordt en wat de effecten zijn van het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen op het beschikbare zorgaanbod. Voor de korte termijn is het relevant om te weten wat de verwachte gevolgen zijn van het faillissement op de bereikbaarheid van acute zorg (voor zover die nu in kaart te brengen zijn) en waar binnen en rondom de provincie welk type zorg geleverd wordt. Voor de lange termijn is het relevant om te weten vanuit welk zorgaanbod verder gewerkt moet worden aan de herinrichting van het zorglandschap, waarbij aandacht moet zijn voor de effecten van het faillissement en de wijze waarop die opgevangen dienen te worden. Bij het in kaart brengen van het huidige zorgaanbod focussen we ons op de medische specialistische zorg. Met name rondom de acute zorg zijn zorgen geuit door inwoners, provincie en gemeenten over de bereikbaarheid en toegankelijkheid. Het hoofdstuk start daarom met een beschrijving van de bereikbaarheid van acute zorg. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk achtereenvolgens het aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijfbedden in de provincie beschreven. De regionale verschillen worden hierin belicht.

Bereikbaarheid acute zorg

Na het faillissement van het MC Zuiderzee heeft de spoedeisende hulp (SEH) in Lelystad zijn deuren recent moeten sluiten. Overdag is nog wel een spoedpoli geopend van 08.00-20.00 uur, met beperktere faciliteiten. Het St. Jansdal neemt het voormalig MC Zuiderzee over, maar heeft eerder aangegeven geen mogelijkheden te zien om een volwaardige SEH in Lelystad te realiseren. Voor een deel van de inwoners van Flevoland is hiermee de reistijd naar een SEH toegenomen. Verschillende gemeenten en inwoners uiten daarom hun zorgen over de (tijdige) toegankelijkheid en bereikbaarheid van acute verloskunde en spoedeisende zorg. Met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant (onderdeel van de Dronten) is de reistijd naar een SEH toegenomen.

Rijtijd vanaf dichtstbijzijnde ambulancestandplaats 2017

Situatie dag/avond, 251 standplaatsen



In Nederland geldt een responsnorm voor ambulances. Deze bepaalt dat bij 95% van de A1-spoedritten (A1 is de aanduiding voor de hoogste prioriteit voor een ambulance) in een regio een responstijd van maximaal 15 minuten moet worden gehaald. Dit betekent dat er, in 95% van de gevallen, binnen 15 minuten na de 112-melding een ambulance ter plaatse moet zijn. De kaart hierboven geeft inzicht in de aanrijtijden van ambulances, dit is de tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt. Op de kaart is te zien dat de gehele provincie binnen 12 minuten met een ambulance te bereiken is vanaf de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats. Dit valt binnen de gestelde wettelijke norm van 15 minuten. Alleen in Zeewolde ligt de aanrijtijd iets hoger, maar dit was reeds het geval voor het faillissement.

De GGD Flevoland heeft daarnaast gegevens aangeleverd over de gerealiseerde rittijden van ambulances voor de gemeenten Urk, Noordoostpolder, Lelystad en Dronten voor de gehele rit. De aanrijtijden van 112-melding tot aankomst bij de patiënt varieerden voor deze gemeenten van gemiddeld 7,87 minuten voor Lelystad tot 10,20 minuten voor Noordoostpolder in december 2018. [Bijlage VI](#) geeft inzicht in de rittijden van de ambulance voor de eerdergenoemde vier gemeenten. De

Aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf

aanrijtijden van de ambulance blijven gemiddeld dus onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement.

Naast de responsnorm, welke enkel kijkt naar de aanrijtijden van de ambulance, gebruikt het RIVM een 45-minutennorm in hun bereikbaarheidsanalyses van acute zorg en verloskunde. Deze analyse wordt door het RIVM gebruikt om te beoordelen of bereikbaarheid van deze zorg bij sluiting van een ziekenhuis in gevaar komt. Een gedetailleerde beschrijving van deze spreidingstoets is te vinden in [bijlage V](#). Op basis van deze norm bepaalt het RIVM welke ziekenhuizen als 'gevoelig' worden aangemerkt. Een ziekenhuis wordt aangemerkt als gevoelig, wanneer het aantal mensen dat niet binnen 45 een SEH kan bereiken bij sluiting van het ziekenhuis naar verwachting toeneemt. De 45 minuten is opgebouwd uit de aanrijtijd (van melding tot aankomst bij patiënt), de behandeltijd ter plekke en de reistijd voor vervoer naar het ziekenhuis. Dit is echter geen prestatienorm waarop op basis van gerealiseerde rittijden in de praktijk gestuurd kan worden. Het kan bijvoorbeeld wenselijk zijn om een patiënt langer ter plekke te behandelen, zodat de patiënt stabiel naar een ziekenhuis vervoerd kan worden.

Het MC Zuiderzee in Lelystad was door het RIVM niet aangemerkt als gevoelig ziekenhuis. Het aantal inwoners dat volgens het model van het RIVM niet binnen 45 minuten naar een SEH kan worden gebracht neemt volgens het RIVM na sluiting dus niet toe.

Uit de gegevens over rittijden van de GGD Flevoland blijkt wel dat de reistijd vanaf de patiënt naar het ziekenhuis met name voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) zijn toegenomen. Of dit van invloed is op de kwaliteit van zorg die inwoners ontvangen is onduidelijk. Ook is nog onduidelijk in hoeverre de omliggende ziekenhuizen de capaciteit hebben op de SEH om de acute zorg van het MC Zuiderzee over te nemen.

In [bijlage IV](#) is aanvullend op de rittijden van de ambulance, de impact van het faillissement van het MC Zuiderzee op de reistijden van de inwoners per personenauto naar een ziekenhuis met klinische capaciteit/SEH in kaart gebracht. Er is geen analyse uitgevoerd op de reistijden wanneer met het openbaar vervoer gereisd wordt.

Aanbod van klinische zorg in en rondom Flevoland

[Pagina 14](#) bevat een overzicht van de ziekenhuizen binnen en rondom Flevoland waar klinische en acute zorg (inclusief verloskunde) geleverd worden. Het Flevoziekenhuis is na het faillissement van het MC Zuiderzee het enige ziekenhuis in Flevoland met klinische bedden capaciteit, en daarmee beschikt over de mogelijkheid om patiënten op te nemen. De MC IJsselmeerziekenhuizen beschikten voor het faillissement over 250 bedden. Het MC Zuiderzee in Lelystad beschikte tevens over een SEH. Het St Jansdal heeft per 1 maart 2019 de zorg van het MC Zuiderzee overgenomen. Onduidelijk is nog welke zorg in de toekomst precies behouden blijft in de locatie in Lelystad. De klinische zorg voor de voormalige patiënten van de MC IJsselmeerziekenhuizen uit de Noordoostpolder en Urk wordt overgenomen door de Antonius Zorggroep in Sneek.

Aanbod van poliklinische zorg in Flevoland

Poliklinische zorg wordt in de verschillende ziekenhuizen in en rondom Flevoland geleverd. Daarnaast kan deze zorg ook geleverd worden in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken. Zowel in Almere als in Lelystad zijn een aantal ZBC's gevestigd, waar laagcomplex medisch-specialistische zorg geleverd wordt voor diverse specialismen, zoals cardiologie, kindergeneeskunde, vermoeidheids- en slaapproblemen. Ook in Swifterbant is een ZBC gevestigd, gericht op cardiologie.

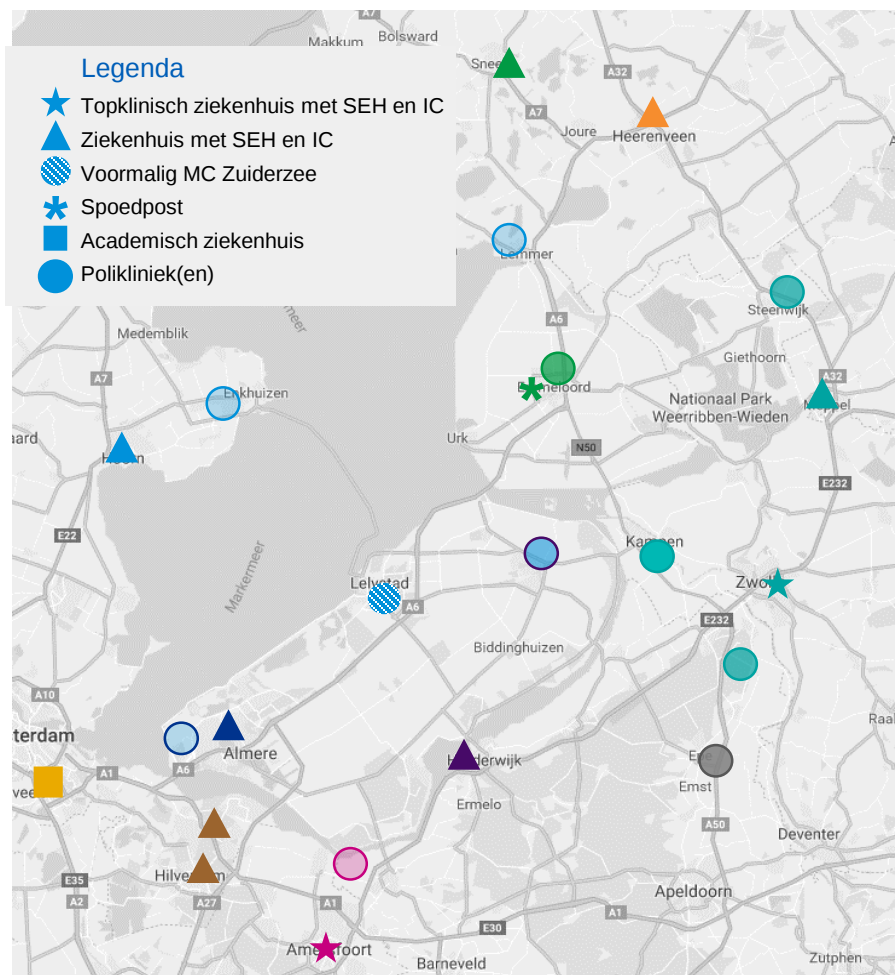
Aanbod van klinische zorg, poliklinische zorg en eerstelijnsverblijf

Aanbod van eerstelijnsverblijf in Lelystad en Almere

Naast de klinische en poliklinische zorg in de regio, is ook aanbod van eerstelijnsverblijf (ELV) beschikbaar. Dit is een kortdurend verblijf in een intramurale locatie van een zorginstelling, onder verantwoordelijkheid van een huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG). Hierin kunnen zorgbehoevenden tijdelijk verblijven bij overbelaste mantelzorgers of bij een plotselinge achteruitgang in de gezondheid. Dit kan bijvoorbeeld wenselijk zijn na een ziekenhuisopname, waarna een patiënt niet in staat is naar huis te gaan, maar er ook geen noodzaak voor opname in het ziekenhuis is. De eerstelijnsbedden voorkomen vaak een onnodige, duurdere bezetting in het ziekenhuis. In Almere worden de ELV-bedden verzorgd door de Zorggroep (11 laag-complexe eerstelijnsbedden en een aantal hoog-complexe eerstelijnsbedden). In Lelystad worden de eerstelijnsbedden verzorgd door de Coloriet en Woonzorg Flevoland.

Overzicht zorgaanbod in en rondom Flevoland

Overzicht zorgaanbieders in Flevoland en omstreken 2018



Acute en klinische zorg in en rondom Flevoland

Instelling	Plaats(en)	SEH	Klinische opname	Focusgebied(en)
Flevoziekenhuis	Almere	Ja	Ja, 389 bedden	- Laagcomplex - Oncologie, interne geneeskunde, orthopedische zorg en Maag-Darm- en Leverziekten (MDL)
St. Jansdal	Harderwijk	Ja	Ja, 340 bedden	- Laagcomplex - Oncologisch centrum en een moeder en kind-centrum
Isala	Zwolle/Meppel	Ja	Ja, 1103 bedden	- Topklinisch - Oncologie, hart en diabetici centrum. - IC unit voor pasgeborenen & moeder en kind centrum
Antonius Zorggroep	Sneek	Ja	Ja, 300 bedden	Laagcomplex
Tjongerschans	Heerenveen	Ja	Ja, 250 bedden	Laagcomplex
Meander MC	Amersfoort	Ja	Ja, 422 bedden	Topklinisch
Tergooi	Blaricum/Hilversum	Ja	Ja, 633 bedden	Topklinisch
Dijklander ziekenhuis	Hoorn	Ja	Ja, 506 bedden	Laagcomplex
Amsterdam UMC	Amsterdam	Ja	Ja, 1800 bedden	Academisch, hoogcomplex

Huidige zorgaanbod - overzicht

Samenvattend

- Met het faillissement van het MC Zuiderzee zijn acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners op grotere afstand gekomen, met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant is de afstand tot deze zorg toegenomen. Provincie en gemeenten hebben hun zorgen geuit over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van met name de acute zorg en acute verloskunde. De gemiddelde aanrijtijden (de tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt) van de ambulance varieerden voor de vier gemeenten Urk, Noordoostpolder, Dronten en Lelystad van gemiddeld 7,87 minuten voor Lelystad tot 10,20 minuten voor Noordoostpolder in december 2018 (gegevens GGD Flevoland). Voor ambulances geldt een responsnorm van 15 minuten voor de hoogste prioriteit ritten, deze dient in 95% van de gevallen onder deze norm te blijven. De aanrijtijden van de ambulance (de tijd van melding tot aankomst bij de patiënt) blijven na het faillissement gemiddeld genomen onder de norm. Inzicht in de variatie tussen de ritten, en dus in eventuele uitschieters, ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is, en of het aantal ritten waarbij de norm niet gehaald wordt is toegenomen sinds het faillissement. De reistijd vanaf de locatie van de patiënt tot aan het ziekenhuis lijkt sinds het faillissement met name voor ritten voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) toegenomen te zijn. Of dit van invloed is op de kwaliteit van zorg is onduidelijk. Tevens is niet onderzocht in welke mate de omliggende ziekenhuizen de capaciteit hebben om de acute zorg van het MC Zuiderzee over te nemen, en of dit mogelijk tot incidenten heeft geleid.
- Voor klinische zorg kunnen inwoners van Flevoland binnen de provincie alleen terecht in het Flevoziekenhuis. In de aangrenzende regio's zijn daarnaast diverse ziekenhuizen waar inwoners terecht kunnen voor klinische zorg: het St. Jansdal (Harderwijk), Isala (Zwolle), Tjongerschans (Heerenveen), Meander (Amersfoort), Tergooi (Hilversum/Blaricum), Antonius Zorggroep (Sneek) en het Dijklander ziekenhuis (Hoorn). Voorheen werd klinische zorg naast in de genoemde ziekenhuizen ook in het MC Zuiderzee geleverd.
- Poliklinische zorg wordt naast in de hierboven genoemde ziekenhuizen ook geleverd in zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en buitenpoliklinieken.
- Naast de poliklinische en klinische zorg zijn in Lelystad en Almere ook eerstelijnsverblijfbedden beschikbaar.

Nog openstaande vragen

- Hebben de omliggende spoedeisende hulpen voldoende capaciteit om de acute zorg op te vangen?
- Wat zijn de gevolgen van de sluiting van de SEH op toegankelijkheid en kwaliteit van zorg? Zijn er incidenten geweest, of meldingen bij de inspectie binnengekomen?
- Hoe ontwikkelen de rittijden van de ambulances zich over een langere periode?



2. Huidige zorggebruik

Naar schatting 500 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland

In het voorgaande hoofdstuk is beschreven hoe het zorgaanbod er in en rondom de provincie op dit moment uit ziet. Dit hoofdstuk gaat in op het huidige zorggebruik om een beeld te krijgen van het aanbod dat benodigd is. Allereerst wordt de omvang hiervan in kaart gebracht, zoals de geschatte benodigde capaciteit aan klinische bedden en het aantal polikliniekbezoeken. Deze cijfers zijn gebaseerd op de landelijke cijfers, aangezien inzicht in cijfers op provinciaal niveau ontbreekt. Op basis van inwonersaantallen vertalen we de omvang van landelijke naar provinciale cijfers, en geven dus een globale inschatting. De cijfers helpen om orde grootte te geven aan de omvang van de zorgvraag in de provincie Flevoland. Tot slot wordt inzicht gegeven in het huidige zorggebruik van de provincie, en de afzonderlijke gemeenten. Dit is niet gebaseerd op schattingen, maar op de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten in 2016. De cijfers hebben betrekking op alle inwoners van Flevoland, niet enkel de voormalig patiënten van het MC Zuiderzee. Een deel van deze zorg werd dus reeds geleverd in andere ziekenhuizen, zoals het Flevoziekenhuis maar bijvoorbeeld ook het Tjongerschans, Antonius en het St Jansdal.

Bijna 35.000 klinische opnamen per jaar

In 2016 waren er in Nederland 1,7 miljoen opnamen in ziekenhuizen, waarvan bijna 1,47 miljoen in algemene ziekenhuizen. De overige opnamen vonden plaats in de academische setting. De 1,47 miljoen opnamen resulteerden in 1,28 miljoen dagverplegingsdagen en 7,23 miljoen verpleegdagen. De gemiddelde klinische ligduur was in 2016 5,0 verpleegdagen. Deze data zijn voor 90% volledig volgens de NZa. Het daadwerkelijke aantal ligt dus hoger, maar is nog niet opgenomen in de registratie.¹⁴ Voor Flevoland zou dit, enkel gebaseerd op het aantal inwoners, betekenen dat er jaarlijks 34.900 opnamen, 173.100 verpleegdagen en 30.500 dagverplegingsdagen zijn. Bij een bedbezetting van 90%, en een correctie van 10% voor de onvolledigheid van de data, betekent dit dat er 682 bedden nodig zijn voor de inwoners van Flevoland: 580 klinische bedden en

102 dagverplegingsbedden.¹⁴ In 2012 waren er in Flevoland gemiddeld 5% minder ziekenhuisopnamen dan in Nederland.¹⁵ Dit komt waarschijnlijk door de gemiddeld lagere leeftijd in Flevoland versus heel Nederland. Naast het lagere aantal ziekenhuisopnamen was de gemiddelde ligduur per opname in Flevoland ook korter dan in Nederland, bijna 8%. Het daadwerkelijk benodigde aantal bedden voor de inwoners van Flevoland zal dus lager zijn. Als dit wordt meegenomen in het aantal benodigde bedden betekent dit dat er ongeveer 508 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig zijn. Deze zorg hoeft niet geheel in Flevoland geleverd te worden. Er zijn ook omliggende ziekenhuizen waar inwoners van Flevoland terecht kunnen, welke in het voorgaande hoofdstuk beschreven zijn.

Ruim half miljoen polikliniekbezoeken per jaar

In de algemene ziekenhuizen vonden in 2016 bijna 8 miljoen eerste polikliniekbezoeken en 16,9 miljoen herhaalbezoeken plaats. Vertaald naar de provincie Flevoland komt dit neer op 190.000 eerste polikliniekbezoeken en 350.000 herhaalbezoeken aan de polikliniek.¹⁴ Deze data zijn naar schatting ook voor 90% compleet, het daadwerkelijke aantal polikliniekbezoeken ligt dus nog iets hoger.

Landelijk meeste patiënten bij specialisten oogheelkunde en chirurgie

Landelijk werden in 2016 de meeste patiënten behandeld door de specialisten chirurgie en oogheelkunde: ieder specialisme behandelde meer dan één miljoen patiënten. Andere specialisten waarvoor veel patiënten het ziekenhuis bezochten waren cardiologie (0,96 miljoen), inwendige geneeskunde (0,94 miljoen) en orthopedie (0,79 miljoen). De vaakst voorkomende aandoeningen binnen deze specialisten zijn veelal laagcomplex van aard (o.a. cataract, artrose en diabetes mellitus). Deze specialisten leveren zorg steeds vaker vanuit zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Voor een groot aantal patiënten kan de benodigde zorg dus ook geleverd worden buiten het ziekenhuis.

2. Huidige zorggebruik

Vrijwel al het zorggebruik in Flevoland lager dan landelijk, gebruik van huisartsenzorg wel ongeveer op landelijk gemiddelde

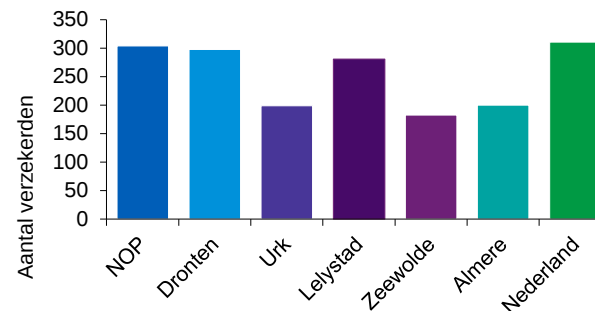
Zorgkosten in Flevoland iets lager dan gemiddeld in Nederland, Urk ruim onder en Lelystad iets boven gemiddelde

Naast de schattingen zijn ook gegevens beschikbaar over de daadwerkelijk gemaakte gemiddelde kosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet (Zvw). In Flevoland bedroegen deze in 2016 2.217 EUR per verzekerde. In Nederland was dit 2.406 EUR.* De gemiddelde kosten in Flevoland zijn dus bijna 8% lager. De relatief jonge populatie in Flevoland is daar mogelijk een van de redenen voor. De verschillen tussen de gemeenten zijn hierin groot. In Urk zijn de gemiddelde zorgkosten uit de Zvw 1.788 EUR, terwijl deze in Lelystad 2.526 EUR bedroegen. Van de gemeenten in Flevoland maakt in Lelystad ook het hoogste percentage van de inwoners gebruik van zorg uit de Zvw (ruim 89%), in Zeewolde maken de inwoners het minste gebruik (bijna 86%).⁴⁶

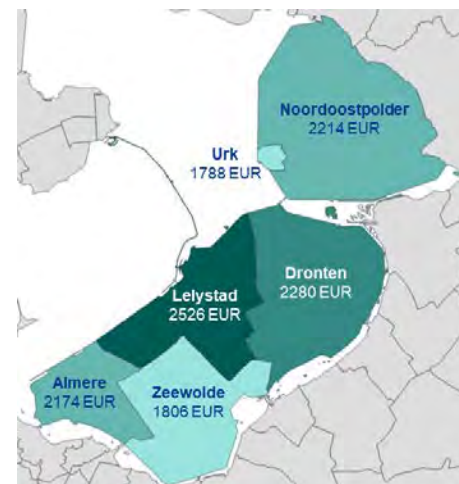
In Flevoland maken per 10.000 inwoners gemiddeld 236 personen gebruik van wijkverpleging (uit de Zvw), versus 311 in Nederland. Dit hangt waarschijnlijk samen met de gemiddeld lagere leeftijd in de provincie. In ieder van de gemeenten is het zorggebruik van de wijkverpleging gemiddeld lager dan landelijk.

Ook het aantal personen per 10.000 inwoners dat gebruikmaakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) is in Flevoland lager (161) dan in Nederland (213). Inwoners van Flevoland maakten ongeveer evenveel gebruik van de huisartsenzorg als landelijk. In Flevoland deed 79% van de inwoners in 2016 een beroep op de huisartsenzorg, landelijk was dit 78,4%.

Gemiddeld aantal verzekerden per 10.000 verzekerden dat gebruik maakt van de wijkverpleging



Gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de Zorgverzekeringswet 2016



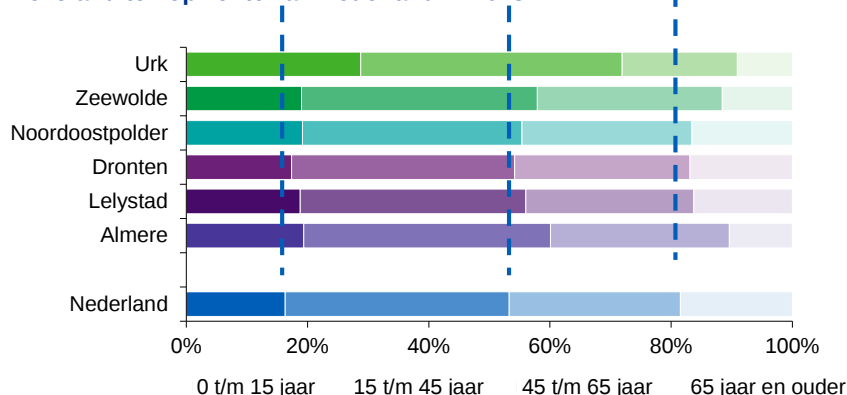
Bron: VNG, waarstaategemeente, 2016

* De kosten uit de zorgverzekeringswet hebben o.a. betrekking op huisartsenzorg, medisch specialistische zorg, verloskundige zorg, volwassen GGZ. Jeugd GGZ is hier geen onderdeel van.

Flevoland kent een relatief jonge populatie

Naast de kwantitatieve weergave van het zorggebruik, is het ook mogelijk het zorggebruik (deels) te omschrijven aan de hand van verschillende kenmerken van de populatie, zoals de demografie, sociaaleconomische status (SES) en het voorkomen van chronische aandoeningen om zo ook een kwalitatief beeld te schetsen. Waar wijken deze kenmerken af ten opzichte van het gemiddelde in Nederland en zijn deze onderscheidend voor de provincie?

Percentage inwoners per leeftijdsgroep in de gemeenten in Flevoland ten opzichte van Nederland in 2018



Bron: CBS, 2018

Flevoland heeft relatief veel kinderen en weinig ouderen ten opzichte van het gemiddelde in Nederland

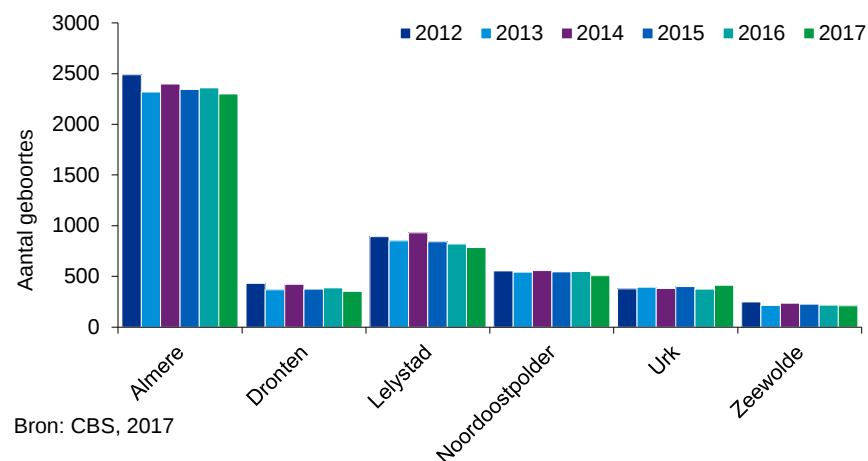
Op 1 januari 2017 had Flevoland 407.818 inwoners.² De grootste gemeente is Almere met 200.914 inwoners. Daarna volgen Lelystad (76.937), Noordoostpolder (46.544), Dronten (40.746), Zeewolde (22.457) en tot slot Urk (20.220). Vergelijken met het gemiddelde in Nederland heeft Flevoland 5,7% minder ouderen en 3,2% meer kinderen. Urk wijkt het meeste af met

10% minder ouderen (lichtste staafjes in de grafiek links) en 13% meer kinderen (donkerste staafjes in de grafiek). Buiten Urk, wijkt Almere het meest af met 8% minder ouderen. De (jong)volwassenen (15 t/m 45 jaar) zijn relatief de grootste groep in alle gemeenten.

Aantal geboortes absoluut het hoogst in Almere, relatief gezien het hoogst in Urk

In 2017 werden in Flevoland ruim 4.550 kinderen geboren. In 2012 waren dit er nog bijna 5.000. In Almere werden de meeste kinderen geboren: 2.299 in 2017. Relatief gezien was het aantal geboortes per 1.000 inwoners met 20,3 geboortes het hoogst in Urk. In Dronten waren er relatief gezien de minste geboortes, namelijk 8,6 per 1.000 inwoners. Landelijk vond in 2016 70% van de bevallingen plaats in de 2^e lijn, onder begeleiding van een gynaecoloog in het ziekenhuis.⁵⁷ Van de 4.550 geboortes in Flevoland in 2017 vonden naar schatting dus ruim 3.000 geboortes plaats in het ziekenhuis.

Absoluut aantal geboortes per jaar per gemeente



Bron: CBS, 2017

Inwoners van Almere en Lelystad hebben relatief vaker een chronische aandoening

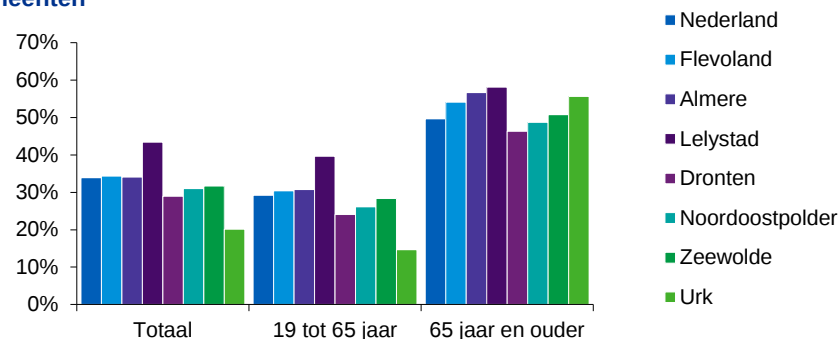
Zowel jongere als oudere inwoners van Almere en Lelystad hebben relatief vaker een chronische aandoening

Het percentage mensen met één of meerdere chronische aandoeningen is in Flevoland gelijk aan het gemiddelde van Nederland, namelijk 34%.³ Wanneer we kijken naar de mensen van 65 jaar en ouder zien we dat het percentage in Almere (+7%), Lelystad (+8%), Zeewolde (+1%) en Urk (+6%) hoger ligt dan het gemiddelde in Nederland. Voor mensen tussen 19 en 65 jaar geldt dat in Almere (+2%) en Lelystad (+11%) relatief meer mensen met één of meer chronische aandoeningen wonen. In Dronten (-5%), Noordoostpolder (-3%), Zeewolde (-1%) en Urk (-14%) wonen relatief minder mensen met één of meer chronische aandoeningen.

Sociaaleconomische status varieert sterk tussen en binnen gemeenten, op totaal licht hogere gemiddelde SES in Flevoland

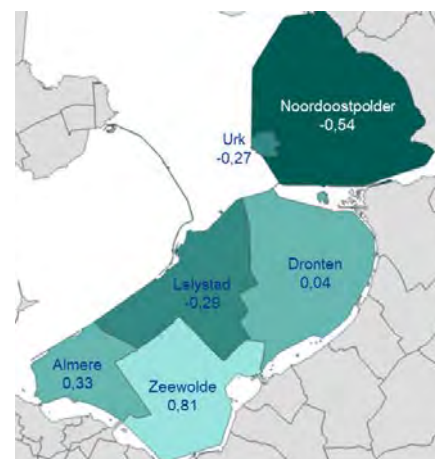
De sociaaleconomische status (SES) score weerspiegelt de mate waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of te consumeren.²⁰ De SES-score wordt gebaseerd op opleiding, inkomen en positie op de arbeidsmarkt van de inwoners. Een hogere SES-score geeft aan dat de sociaaleconomische status in die gemeente hoger is, en vice versa. Flevoland heeft een (gewogen) gemiddelde sociaaleconomische status score van 0,1; de gemiddelde SES-score in Nederland ligt op -0,2.⁴ De variëteit is hoog, zowel tussen de gemeenten (zie figuur rechts) als binnen de gemeenten (zie [bijlage II](#)), met de laagste SES-score van -5,66 in de wijk Grietenij in Lelystad. Zeewolde heeft gemiddeld de hoogste SES-score (0,81), gevolgd door Almere (0,33). Noordoostpolder scoort gemiddeld het laagst (-0,54), gevolgd door Lelystad (-0,29). De sociaaleconomische status is gerelateerd aan gezondheid en toegang van individuen of groepen tot middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te krijgen of te houden.⁵⁷

Percentage inwoners met één of meerdere chronische aandoeningen in Nederland ten opzichte van de zes gemeenten



Bron: Gezondheidsmonitor, 2016

Gemiddelde SES-score per gemeente



Bron: SCP, 2016

Oversterfte in Lelystad, ondersterfte in Zeewolde & Dronten

Personen met een lagere SES-score – zoals de inwoners van een groot aantal wijken in Lelystad, Noordoostpolder, Urk en Dronten – kampen vaker met chronische aandoeningen, hart- en vaatziekten, COPD, diabetes en kanker. Andersom heeft gezondheid op een bepaalde leeftijd ook invloed op loopbaan, arbeidsmarktpositie en inkomen (en daarmee dus op SES).

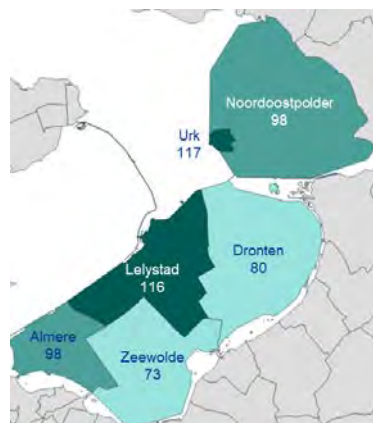
De grote verschillen tussen de gemeenten en in wijken binnen gemeenten, maken dat zorg lokaal op maat voor burgers aangeboden dient te worden. In een gemeente of wijk met een hoge SES is de zorgvraag, en de daarvoor gevraagde ondersteuning en zorg, anders dan in gebieden met een lage SES.

Oversterfte in Lelystad, ondersterfte in Zeewolde & Dronten

De figuren hiernaast geven inzicht in de sterftecijfers per gemeente. Hierbij is de sterfte afgezet ten opzichte van Nederland door middel van een index. Nederland heeft hierbij een index van 100. Wanneer de index voor een gemeente boven de 100 uitkomt, betekent dit een oversterfte in relatie tot de doodsoorzaak en vice versa: er sterven meer mensen aan deze aandoening dan je op basis van de verdeling naar leeftijd en geslacht zou verwachten. Wanneer sprake is van oversterfte komt de aandoening mogelijk vaker voor, resulterend in een hoger zorggebruik. De precieze oorzaak van de oversterfte is echter niet altijd bekend. In de staafgrafiek rechts is een uitsplitsing gemaakt van het sterftecijfer naar vier doodsoorzaken voor de zes gemeenten tussen 2013 en 2015: hartvaatstelsel, kanker, ademhalingswegen en niet-natuurlijke doodsoorzaken.⁶

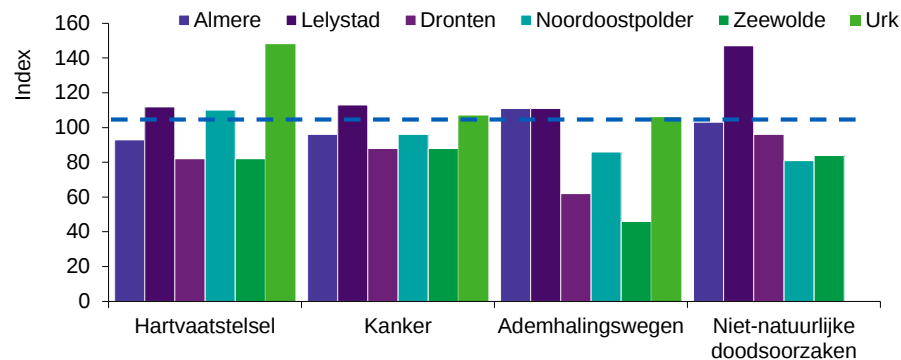
De gemeente Lelystad scoort op alle vier de doodsoorzaken bovengemiddeld: er is sprake van oversterfte. Dit komt deels door ongezondere leefstijl en daarmee samenhangende hogere kans op verschillende aandoeningen. In Urk is er sprake van een hoge oversterfte door aandoeningen aan het hartvaatstelsel (+48%). De gemeenten Dronten en Zeewolde scoren overal lager dan het gemiddelde in Nederland; hier is sprake van ondersterfte.

Sterftecijfer per gemeente (100 is gemiddeld)



Bron: Volksgezondheid en Zorg, 2018

Doodsoorzaak per gemeente afgezet tegen het gemiddelde in Nederland (index = 100)



Bron: Volksgezondheid en Zorg, 2018

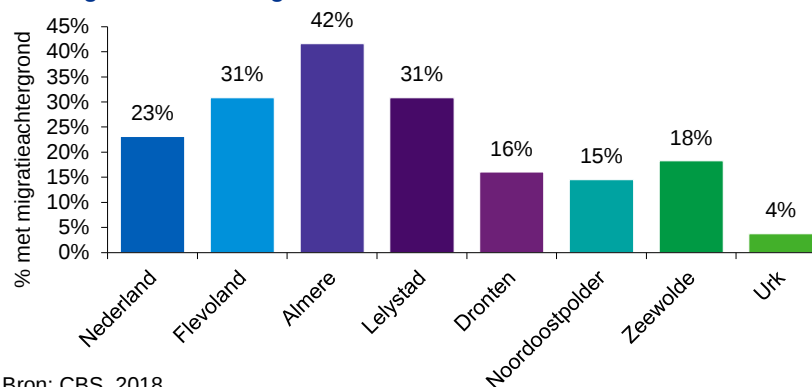
Meer mensen met een migratieachtergrond in Almere en Lelystad

Almere en Lelystad hebben relatief veel inwoners met een migratieachtergrond

Bepaalde (chronische) aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten komen vaker voor bij mensen met een migratieachtergrond. Het is daarom relevant om ook naar de samenstelling van de bevolking in de provincie te kijken. De provincie Flevoland heeft 8% meer inwoners met een migratieachtergrond dan gemiddeld in Nederland.⁷ Dit verschil wordt met name veroorzaakt door een hoger percentage personen met een migratieachtergrond in Almere (+19%) en Lelystad (+8%) vergeleken met het gemiddelde in Nederland. In Almere heeft ongeveer een kwart van de mensen met een migratieachtergrond een westerse achtergrond en driekwart een niet-westerse achtergrond. In Lelystad heeft ongeveer een derde een westerse achtergrond en twee derde een niet-westerse achtergrond. Urk heeft de meeste inwoners met een Nederlandse achtergrond: 96%. Deze andere samenstelling van de bevolking heeft impact op de zorgvraag. Diabetes type II komt twee tot drie keer zo vaak voor bij mensen met een Turkse, Marokkaanse en Surinaamse achtergrond.⁸ Dementie komt drie tot vier keer vaker bij personen met een migratieachtergrond.⁹ Geestelijke gezondheidsklachten zoals depressie en psychose komen, afhankelijk van het land van herkomst, twee tot vijf keer zo vaak voor. De verschillen bestaan echter niet alleen uit aandoeningen die vaker voorkomen. Kanker komt bijvoorbeeld minder vaak voor bij mensen met een migratieachtergrond dan bij autochtonen. Los van de andere zorgvraag door een andere prevalentie van aandoeningen, is ook speciale aandacht nodig voor de wijze waarop de zorg geleverd wordt aan mensen met een migratieachtergrond. Bijvoorbeeld door dementie vallen ouderen terug op hun moedertaal en culturele gewoonten van vroeger.⁹ Tot slot mijden migranten iets vaker zorg en zijn zij minder goed in staat om de weg te vinden in de zorg en adviezen toe te passen in de praktijk. Voor deze groep is vaak een andere benadering nodig, omdat de werkwijze in het Nederlandse zorgstelsel niet altijd goed aansluit bij de vraag en gezondheidsvaardigheden van deze doelgroep. Ook

kunnen culturele stigma's rondom bepaalde aandoeningen leiden tot het mijden van zorg.

Percentage personen met een (1^e of 2^e generatie) migratie-achtergrond in de vier gemeenten versus Nederland in 2018



Bron: CBS, 2018

Samenstelling van de huishoudens, minder eenpersoonshuishoudens

Als we kijken naar de gezinssamenstelling ligt in Flevoland het aandeel eenpersoonshuishoudens onder het Nederlands gemiddelde. In 2015 is in Flevoland bijna 31% van de huishoudens een eenpersoonshuishouden. Dit is 6% lager dan het landelijk gemiddelde (37%).³⁸ De meeste eenpersoonshuishoudens bestaan uit personen in de leeftijd 15 t/m 45 jaar. Van de groep tachtigplussers in Flevoland woont relatief gezien het grootste deel alleen: 62%. Dit is iets onder het landelijk gemiddelde van 64%. Ook hier zijn regionale verschillen zichtbaar. In Urk woont 68% van de tachtigplussers alleen, in Dronten in dit 58%. In Flevoland is gemiddeld een hoger percentage huishoudens een eenoudergezin, namelijk 10% ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 7%.²⁶

Veel eenpersoonshuishoudens en een grotere groep met beperkte gezondheidsvaardigheden

Minder rokers in Flevoland en minder personen voldoen aan beweegnorm

Flevoland kent minder rokers dan gemiddeld in Nederland, maar ook minder mensen die voldoende bewegen. Van alle mensen tussen de 19 en 64 jaar uit Flevoland voldoet 53% aan de beweegnorm.¹⁰ Dit is 7% lager dan het Nederlands gemiddelde (60%). Voor de mensen van 65 jaar en ouder is dit 68%, 4% lager dan het Nederlandse gemiddelde.¹⁰

Van de Flevolandse mensen tussen de 19 en 64 jaar rookt 19%, wat lager is dan het landelijk gemiddelde van 23%.³⁰ Onder de 65-plussers ligt dit percentage op 12%, dit is iets boven het landelijk gemiddelde van 11%. In Dronten roken in vergelijking met de overige gemeenten de minste personen (16% van de volwassenen en 9% van de 65-plussers), in Lelystad ligt het aantal rokers het hoogst (respectievelijk 23% en 13%).

Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor in Almere, Lelystad, Noordoostpolder en Urk

In Flevoland is 16% van de inwoners laaggeletterd, in Nederland is dit gemiddeld 12%.^{11, 12} Dronten en Zeewolde worden getypeerd als 'Enigszins hoger' in vergelijking met Nederland, Noordoostpolder en Urk als 'Enigszins lager' en Almere en Lelystad als 'Lager'. Laaggeletterdheid heeft invloed op gezondheidsvaardigheden. Dit zijn de vaardigheden om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheid gerelateerde beslissingen, of het toepassen van deze informatie in het dagelijks leven. Overigens komen beperkte gezondheidsvaardigheden niet enkel voor onder laaggeletterden.

Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden maakt het moeilijker om de juiste zorg te vinden, en om verkregen uitleggen en adviezen in de praktijk te brengen. Het hebben van beperkte gezondheidsvaardigheden is gerelateerd aan het hebben en ervaren van een slechtere gezondheid.

Astma, COPD, diabetes, kanker, hart- en vaatziekten en psychische problemen komen bijvoorbeeld vaker voor bij personen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij komen gemiddeld ook eerder te overlijden. Personen met beperkte gezondheidsvaardigheden maken daarnaast vaker gebruik van de huisarts en medisch specialistische zorg (MSZ), maar juist minder van preventie en nazorg.¹¹

Huidige zorggebruik - overzicht

Samenvattend

- Op basis van een globale inschatting zijn ongeveer 508 klinische bedden en 90 dagverplegingsbedden nodig voor inwoners van Flevoland. Daarnaast leggen de inwoners naar verwachting ruim 500.000 polikliniekbezoeken af per jaar. Dit betreft de geschatte totale zorgproductie, dus niet enkel van de voormalig patiënten van het MC Zuiderzee.
- De gemiddelde zorgkosten per verzekerde in de zorgverzekeringswet zijn in Flevoland iets lager dan het landelijk gemiddelde. Dit komt naar verwachting door de relatief jonge populatie die Flevoland kenmerkt.
- Chronische aandoeningen komen relatief vaker voor in Flevoland, met name in Almere en Lelystad.
- Gemiddeld genomen heeft Flevoland een licht hogere sociaaleconomische statusscore, maar hierin zijn grote verschillen zichtbaar tussen gemeenten, en binnen gemeenten tussen verschillende wijken. Personen met een lagere SES-score – zoals de inwoners van een groot aantal wijken in Lelystad, Noordoostpolder, Urk en Dronten – kampen vaker met chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, COPD en diabetes en kanker, waarschijnlijk resulterend in hoger zorggebruik.
- De provincie Flevoland heeft 8% meer inwoners met een migratieachtergrond dan gemiddeld in Nederland. Bepaalde chronische aandoeningen komen vaker voor onder mensen met een migratieachtergrond.
- Beperkte gezondheidsvaardigheden komen vaker voor in Almere, Lelystad, Noordoostpolder en Urk. Beperkte gezondheidsvaardigheden zijn gerelateerd aan het hebben en ervaren van een slechtere gezondheid.

Nog openstaande vragen

- Hebben de omliggende ziekenhuizen voldoende klinische bedden capaciteit om de zorgproductie van het MC Zuiderzee bij een eventuele definitieve sluiting over te nemen? Bij het in kaart brengen hiervan dient onderscheid gemaakt te worden tussen de operationele capaciteit (hoeveel bedden zijn operationeel, ofwel is ook voldoende personeel voor) en de potentiële capaciteit (hoeveel fysieke bedden zijn er aanwezig).
- Afhankelijk van de poliklinische zorg die mogelijk niet behouden blijft in het MC Zuiderzee: beschikken de omliggende ziekenhuizen over voldoende capaciteit om die poliklinische zorg over te nemen? Hoe ontwikkelen de wachttijden zich voor deze specialismen?



3. Ontwikkelingen met impact op de toekomstige zorgvraag

Flevoland krijgt naar verwachting een bevolkingsgroei van acht tot dertien procent en een verdubbeling van het aantal tachtigplussers.

Het voorgaande hoofdstuk beschrijft het huidige zorggebruik in de provincie en een aantal kenmerken van de populatie die invloed hebben op de zorgvraag. Verschillende ontwikkelingen hebben naar verwachting een impact op deze zorgvraag in de toekomst. Dit hoofdstuk beschrijft per thema de belangrijkste ontwikkelingen in Flevoland en beschrijft hoe deze naar verwachting invloed hebben op de toekomstige zorgvraag. De volgende thema's komen hierin aan bod:

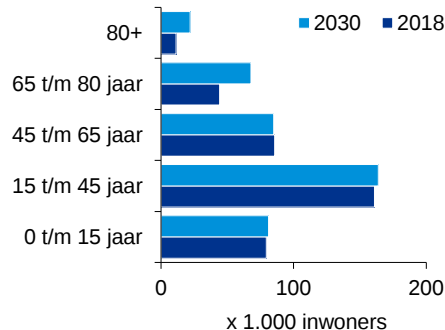
1. Demografische ontwikkelingen
2. Ontwikkelingen ziektebeelden
3. Veranderende samenstelling van huishoudens en de regio
4. Technologische ontwikkelingen

1. Demografische ontwikkelingen

In 2030 is het aantal tachtigplussers verdubbeld in Flevoland, hierdoor komen ouderdomsziekten vaker voor

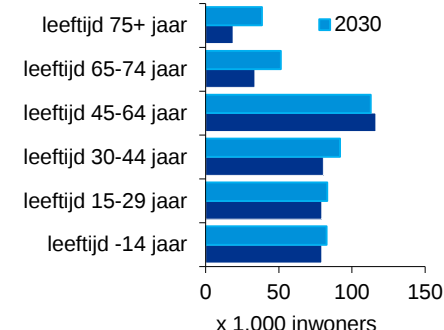
Richting 2030 is de inwonersgroei van de provincie Flevoland geprognosticeerd op 8%¹⁷ tot 13%⁵². Verschillende regionale ontwikkelingen kunnen daarnaast voor meer migratie naar de provincie vanuit andere gebieden zorgen, waardoor schattingen voor Almere bijvoorbeeld zelfs oplopen tot een groei van 30%.⁴⁹ Door de gunstige ligging ten opzichte van Amsterdam, kan Almere een alternatief bieden voor de groeiende Randstad. Met het versterken van de economie en de werk- en leeromgeving ambieert Almere om meer inwoners aan te trekken. Het aantal personen in Lelystad groeit ook, maar naar verwachting minder hard (1%¹⁷ tot 11%⁵²), waarbij het aantal ouderen als enige groep toeneemt. Hiervoor geldt eveneens dat dit mogelijk een onderschatting is en gebiedsontwikkelingen (zoals Lelystad Airport, het distributiecentrum van Inditex en uitbreiding van Flevokust Haven) kunnen bijdragen aan een hardere groei. Naar verwachting groeien de gemeenten Dronten, Urk, Zeewolde en Noordoostpolder elk met ongeveer 4%.

Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland 2030 versus 2018



Bron: CBS, 2018

Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland 2030 versus 2017



Bron: Primos prognose, 2017

De ontwikkelingen in de bevolkingsopbouw in Flevoland zijn nagenoeg gelijk aan de landelijke ontwikkelingen. Het aantal kinderen tot 15 jaar neemt licht toe met 2% (1600 personen) tot 4%. De groep jongvolwassenen tussen 15 en 45 jaar neemt toe met 2 tot 9% (2800-15.000 personen) en blijft daarmee de grootste bevolkingsgroep vormen. De enige groep die iets kleiner wordt in Flevoland, zijn de volwassenen tussen 45 en 65 jaar (afname van 1% tot 3%). De groep ouderen tussen 65 en 80 jaar neemt met ongeveer 50% toe tot 67.800 personen. Het aantal tachtigplussers verdubbelt tot 22.100 personen. Ondanks deze groei in het aantal 65-plussers, blijft het aandeel ouderen in Flevoland lager dan gemiddeld in Nederland (in Flevoland 17% lager dan in Nederland). De ontwikkelingen in Almere en Lelystad wijken op twee punten af ten opzichte van Flevoland. Almere kent een grotere groei (van 8%) in het aantal kinderen en jongvolwassenen dan Flevoland (groei van resp. 3700 en 6300 personen). Het aantal personen tussen 65 en 80 jaar verdubbelt in Almere. De groep tachtig-plussers in Lelystad verdrievoudigt naar 5.700 personen in 2030.

Chronische aandoeningen blijven veelvoorkomend, evenals kanker, mede veroorzaakt door een ongezonde leefstijl

Chronische aandoeningen komen vaker voor onder 65-plussers dan in jongere leeftijdsgroepen (zie [pagina 20](#)), waarbij de huidige generatie ouderen in Lelystad en Almere vaker dan gemiddeld in Nederland kampen met chronische aandoeningen. Door de toename in het aantal ouderen, stijgt tevens het aantal personen met één of meer chronische aandoeningen. Typische ouderdomsaandoeningen die door de veranderende demografie in de toekomst vaker voorkomen zijn artrose, nek- en rugklachten en dementie.⁹ Ook andere aandoeningen aan botten en gewrichten nemen sterk toe, zoals reuma en osteoporose. Verder hebben ouderen door de hogere leeftijd vaker te kampen met gezichts- en gehoorstoornissen.

Flevoland krijgt door de toenemende groep ouderen in de toekomst dus vaker te maken met een zorgvraag van ouderen resulterend uit ouderdomsziekten. Aandoeningen zoals dementie hebben een hoge ziektelast* en kunnen ertoe leiden dat ouderen niet meer zelfstandig kunnen wonen. Lichamelijke beperkingen zoals artrose en gezichtsstoornissen geven een grotere kans op vereenzaming. Deelname aan sociale activiteiten wordt bijvoorbeeld moeilijker. De vereenzaming leidt ook tot een kleiner sociaal vangnet, waardoor ouderen naar verwachting sneller professionele zorg zullen aanspreken. Lichamelijke beperkingen maken ouderen ook kwetsbaarder voor een val. Circa 70% van de ouderen loopt ernstig letsel op na een val.

De verwachting is dat in 2040 10% meer tachtigplussers op de spoedeisende hulp (SEH) komen.⁹ Dit kan ten gevolge van een val zijn, maar ook als gevolg van ziekte. Van de 65-plussers heeft ruim drie procent een bezoek gebracht aan de SEH in 2017.¹⁸ Dit percentage loopt naar verwachting tot 2030 op met 40% tot ruim 4%.

* Onder ziektelast verstaan we de hoeveelheid gezondheid die patiënten gemiddeld verliezen gedurende een normaal verwachte levensduur als gevolg van een aandoening

De groep volwassenen tussen 15 en 65 jaar groeit licht, waarbinnen met name chronische aandoeningen en kanker voorkomen

Het aantal volwassenen tussen 15 en 65 jaar groeit beperkt richting 2030. De groep 45 tot 65-jarigen neemt zowel volgens de Primos als de CBS prognose zelfs wat af. Desondanks blijft dit de grootste groep. Hart- en vaatziekten, psychische stoornissen, COPD en kanker zijn veelvoorkomende aandoeningen binnen deze groep.⁹

Aantal kinderen neemt licht toe, met name huisartsenzorg

Het aantal kinderen neemt toe met ongeveer 2% (1600 kinderen) over Flevoland. De toename in Almere en Urk is naar verwachting groter dan in Lelystad. De zorgvraag voor kinderen bestaat met name uit huisartsenzorg voor eczeem, astma, allergie, hoofdpijn en verkoudheid.¹⁹ Ongeveer 25% van de kinderen ziet één keer of vaker per jaar een medisch specialist.

In de toekomst minder rokers, maar meer personen met (ernstig) overgewicht

Landelijk nam de sociaaleconomische status de afgelopen jaren toe, door een toename in opleidings-, inkomens- en beroepsniveau.²⁰ Publiekelijk beschikbare voorspellingen over de ontwikkeling van de SES ontbreken, maar de verwachting is dat deze trend zich ook in Flevoland voortzet. De gezondheidsverschillen tussen de verschillende SES-groepen nemen naar verwachting toe. Dit komt omdat de twee belangrijkste voorspellers van toekomstige gezondheidsproblemen, roken en overgewicht, zich anders ontwikkelen in de lage en hoge SES groepen.²¹ De verwachting is dat de ervaren gezondheid onder hoog opgeleiden in de toekomst ongeveer gelijk blijft, maar dat deze onder laagopgeleiden daalt met 5%.⁹ Flevoland kent grote verschillen in SES tussen de gemeenten en binnen een gemeente tussen wijken. Almere en Zeewolde kennen een relatief hogere score. Inwoners van Noordoostpolder, Urk en Lelystad hebben een lagere gemiddelde SES-score. Zoals omschreven op [pagina 22](#) komen verschillende chronische aandoeningen en kanker vaker voor onder personen met een lagere SES.

Hoger aantal personen met beperkte gezondheidsvaardigheden door groeiend aantal personen met migratieachtergrond.

Richting 2040 neem het aantal rokers landelijk gezien af tot 14%.⁹ Bij personen met een hoge SES is dit een afname van bijna 60% (van 17% rokers in 2015 naar 7% in 2040). Bij personen met een lage SES is de afname ongeveer een derde (van 29% in 2015 naar 19% in 2040). Onder andere chronische aandoeningen zoals diabetes en longziekten (COPD en astma) zijn gerelateerd aan roken. Rokers hebben ook een hoger risico op hart- en vaatziekten en kanker. Deze ziekten nemen als gevolg van de afname in het roken op de lange termijn dus af, zowel onder de populatie met een hoge als met een lage SES, al is de daling in dat laatste geval langzamer.

Het aantal personen met overgewicht (BMI 25 of hoger) neemt in alle SES-groepen landelijk toe tot 62% in 2040.⁹ Het percentage personen met ernstig overgewicht (BMI hoger dan 30) neemt naar verwachting harder toe bij mensen met een lage SES. In 2015 had landelijk 20% van de personen met een lage SES ernstig overgewicht, in 2040 is dat waarschijnlijk toegenomen tot ongeveer 31%. Ernstig overgewicht leidt onder meer tot hart- en vaatziekten, diabetes type II, artrose en rugklachten. De verwachting is dat deze aandoeningen ten gevolge van ernstig overgewicht in de toekomst vaker voorkomen.

Het bestaande gezondheidsverschil tussen personen met een hoge en een lage SES wordt door deze ontwikkelingen (de verschillen in afname van roken en het voorkomen van overgewicht) verder vergroot. Door de (grote) verschillen in gemiddelde SES score per gemeente, worden in de toekomst ook de gezondheidsverschillen tussen de gemeenten naar verwachting groter. Lelystad, Noordoostpolder en Urk krijgen door hun lagere gemiddelde SES score waarschijnlijk meer te maken met personen met ernstig overgewicht. Wel daalt naar verwachting ook binnen deze gemeenten het aantal rokers, waardoor eerdergenoemde aandoeningen hier op de lange termijn minder vaak voorkomen ten gevolge van roken. De gemeenten Almere en Zeewolde krijgen naar verwachting nog minder te maken met de gevolgen van roken, aangezien het aantal rokers hier naar

verwachting harder afneemt.

Groeiend aantal personen met een migratieachtergrond neemt verder toe, wat andere eisen stelt aan het zorgaanbod

Zoals beschreven op [pagina 22](#), komen chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten en psychische gezondheidsklachten gemiddeld vaker voor onder personen met een migratieachtergrond. De verwachting is dat deze aandoeningen vaker zullen voorkomen in Almere en Lelystad in de toekomst ten gevolge van een toename in het aantal personen met een migratieachtergrond. Landelijk neemt het aantal personen met een migratieachtergrond toe met 22% (dit komt overeen met een absolute toename van 500.000 personen) tot 2030.²² Regionale voorspellingen zijn niet publiekelijk beschikbaar. Als de relatieve toename vertaald wordt naar Flevoland, zullen Almere en Lelystad te maken hebben met een grote toename in absolute aantallen. Op dit moment heeft Almere bijvoorbeeld 42% en Lelystad 31% inwoners met een migratieachtergrond. Urk heeft een zeer laag percentage personen met een migratieachtergrond, een toename van 22% zal hier daarom resulteren in een kleine absolute toename. Zoals beschreven op [pagina 22](#) leidt dit tot een andere zorgvraag. Het zorglandschap zal zich hieraan voldoende aan moeten kunnen passen, om hen de zorg te leveren die zij nodig hebben. Het aanpassen van de leefstijl naar de Westerse leefstijl bij 2^e generatiemigranten kan er in de toekomst toe leiden dat de gezondheidsverschillen verkleinen.

Chronische aandoeningen, zoals dementie, nemen harder toe in Flevoland dan landelijk

2. Ontwikkelingen ziektebeelden

Langetermijneffecten van kanker worden belangrijker door verhoogde overlevingskansen

Een ongezonde leefstijl veroorzaakt bijna 40% van de sterfte aan kanker.²³ In Lelystad (+13%) en Urk (+7%) zijn er meer sterfgevallen door kanker dan het landelijke gemiddelde. Dit komt deels doordat personen met een lage SES, zoals in Lelystad en Urk, minder snel een gezonde leefstijl ontwikkelen dan personen met een hoge SES, zoals vaker voorkomt in Almere en Zeewolde. Kanker blijft ten gevolge daarvan in de toekomst een belangrijk volksgezondheidsprobleem in de regio.

De overlevingskans bij kanker neemt echter toe.⁹ In de jaren '90 was 47% van de patiënten na vijf jaar nog in leven. Op dit moment leeft na vijf jaar landelijk gemiddeld 62% van de kankerpatiënten nog. De voorspelling is dat deze verbetering doorzet tot 66% in 2040. Gezien het hogere aantal sterfgevallen in Lelystad en Urk is daar waarschijnlijk een hogere toename in overleving mogelijk. De verbeterde behandeling en preventie zijn belangrijke veroorzakers van de hogere overlevingskansen. Door deze hogere overlevingskansen worden de langetermijneffecten van kanker zichtbaarder. Veel ex-kankerpatiënten kampen met concentratieverlies, chronische vermoeidheid, zenuwpijn, voetklachten en problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).⁹ Ook angst en depressie komen relatief vaker voor. De behandeling van deze effecten wordt steeds belangrijker, waarbij de grootste druk op dit moment bij de eerstelijnszorg (huisarts en psychologen) ligt.⁹ De zorgvraag richting de oncologen ligt met name bij de nacontroles en als de kanker terugkomt.

Aantal personen met een chronische aandoening neemt verder toe, grootste toename in dementie verwacht

In 2040 heeft in Nederland meer dan de helft van de bevolking een chronische aandoening.⁹ Eén op de drie heeft twee of meer chronische aandoeningen en één op de vijf drie of meer. In Lelystad hebben momenteel

meer volwassenen dan gemiddeld in Nederland een chronisch aandoening (zie [pagina 20](#)).

De verwachting is daarom dat de landelijke trend een onderschatting is voor de volwassenen in Lelystad. In de overige gemeenten groeit het aantal personen met chronische aandoeningen ook, maar waarschijnlijk minder hard dan in Lelystad.

Aandoeningen die specifiek in Flevoland vaker gaan voorkomen in 2040 zijn: diabetes (+60%), artrose (+70%), coronaire hartziekten (+77%), ouderdomsdoofheid (+72%), dementie (+136%), astma (+20%) en COPD (+65%).²⁴ De incidentie van dementie stijgt in Flevoland harder dan landelijk (waar de gemiddelde stijging ruim 80% is). Dit komt mede door de sterkere toename in het aantal ouderen, en mogelijk ook door het grotere aandeel van personen met een migratieachtergrond in Flevoland.²⁵

De toename in chronische aandoeningen wordt veroorzaakt door de toegenomen overlevingskansen bij deze aandoeningen, vroegtijdigere opsporing en de vergrijzing, maar ook door een ongezondere leefstijl. De stijging in het vóórkomen van ouderdomsziekten en chronische aandoeningen zal naar verwachting met name een druk leggen op de eerstelijnszorg.⁹

De combinatie van langer thuis wonen en de verschuiving van zorg uit het ziekenhuis richting de huisarts en de thuissituatie maakt dat naar verwachting (een groot deel van) de zorgvraag in de eerstelijns opgevangen moet worden. Randvoorwaarde hierbij is dat hiervoor voldoende capaciteit wordt gecreëerd in de eerstelijns. Daarnaast kunnen door technologische vooruitgang en wetenschappelijke ontwikkelingen aandoeningen die nu als (hoog)complex gezien worden, in de toekomst als laagcomplex gezien worden.⁵⁰ Diabetes werd vroeger bijvoorbeeld gezien als hoogcomplex en wordt tegenwoordig voor een belangrijk deel in de eerstelijns behandeld.

Multimorbiditeit bij ouderen vraagt om een nieuwe aanpak

Zoals hierboven genoemd, krijgen meer inwoners van Flevoland in de toekomst chronische aandoeningen. Naast de toename in het aantal

Het mantelzorgpotentieel neemt af en het aantal eenpersoonshuishoudens in Flevoland neemt toe

personen met een chronische aandoening, zijn er ook steeds meer personen met meerdere aandoeningen: multimorbiditeit.

Ouderen hebben vaker een combinatie van hoor- of zichtproblemen, coronaire hartziekten, artrose, COPD en/of diabetes. Door de multimorbiditeit hebben ouderen vaak ook meerdere verschillende soorten medicatie, genaamd polyfarmacie.⁹ De helft van de 75-plussers hebben te maken met polyfarmacie. De kans op bijwerkingen en afname van de effectiviteit nemen toe wanneer de medicatie die wordt voorgeschreven door verschillende zorgverleners niet goed op elkaar is afgestemd. In ergere gevallen kan dit zelfs leiden tot onnodige ziekenhuisopnames.

Het is hierdoor in toenemende mate van belang de patiënt te zetten in de behandeling en niet zozeer één enkele aandoening. De inrichting van het zorglandschap dient hierop afgestemd te zijn. Multimorbiditeit vraagt om generalisten die niet alleen oog hebben voor één enkele aandoening, maar die aandoeningen ook in samenhang met elkaar bekijken. Onderwerpen als de invloed op de (kwaliteit van) het leven van de patiënt en de voorkeuren en wensen van de patiënt krijgen in de toekomst meer aandacht. Generalisten kunnen in deze nieuwe vragen voorzien en de patiënt hier persoonlijk in begeleiden.

3. Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio

In 2030 zijn er in de provincie Flevoland 30% meer eenpersoonshuishoudens ten opzichte van 2018

In 2030 zijn er in Flevoland een kleine 80.000 eenpersoonshuishoudens, dit betekent dat ongeveer 17% van de inwoners alleen woont.²⁶ Deze stijging van 30% ten opzichte van 2018 is ver boven het landelijke gemiddelde van 12%. De hoogste aandelen eenpersoonshuishoudens zijn te vinden in de grote steden Almere (ruim 40%) en Lelystad (ruim 35%). Ondanks de grootste stijging in de regio van ruim 50% houdt Urk het kleinste aandeel

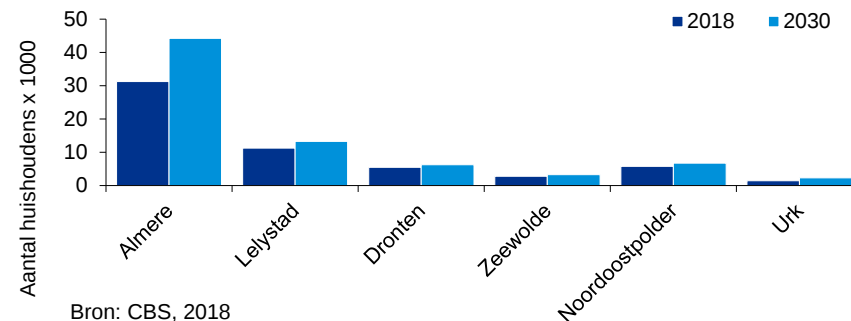
eenpersoonshuishoudens (30%).

Prognoses per leeftijd zijn niet publiekelijk beschikbaar. Op [pagina 22](#) hebben we laten zien dat binnen de groep tachtigplussers een groot deel alleen woont. Eén van de belangrijkste mantelzorgers voor tachtigplussers is de partner. In een eenpersoonshuishouden kan iemand echter niet terugvallen op de partner. Hierdoor maakt hij/zij naar verwachting sneller aanspraak op professionele zorg of ondersteuning.

Het mantelzorgpotentieel neemt af, waardoor de druk op mantelzorgers toeneemt

Het mantelzorgpotentieel is de ratio 50-64 jarigen ten opzichte van hun ouders, de 85-plussers.²⁷ De ratio lag in 2015 landelijk op 15: per 85-plusser zijn er 15 50-64 jarigen. In Flevoland lag dit in 2018 iets hoger, namelijk op 16 50-64 jarigen per 85-plusser.¹⁷ Tot 2040 neemt dit aantal landelijk flink af, tot onder de 6. In Flevoland neemt het af richting de 9. Regionale verschillen zijn ook hierin zichtbaar; in Almere zakt het naar 12 en in Lelystad naar 7.

Prognose aantal eenpersoonshuishoudens 2018 versus 2030



De afname betekent dat er in Lelystad een groter potentieel tekort is aan mantelzorgers, en zorgvragers dus mogelijk eerder professionele ondersteuning aanvragen vanuit het sociaal domein. Naast de afname van

Personeelstekorten lopen zonder maatregelen verder op en technologische ontwikkelingen hebben impact op toekomstige zorgvraag en -aanbod

het potentieel, kunnen mantelzorgers een hogere druk ervaren door de combinatie met een (parttime) baan.⁹ Deze combinatie kan zorgen voor een verminderd welzijn, met een hogere ervaren tijdsdruk en mogelijk burn-out klachten.

Personeelstekorten in de zorg lopen zonder maatregelen verder op

De komende jaren neemt het reeds bestaande personeelstekort in de zorg naar verwachting verder toe. De tekorten hebben onder andere betrekking op verpleegkundige beroepen in de ziekenhuizen (zowel mbo als hbo-geschoold) en de verzorgende en verpleegkundige in de Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). In 2016 werkte landelijk 10,9% van de beroepsbevolking in de zorg, in Flevoland was dit 8,6%.⁵⁵ Wanneer geen aanvullende maatregelen genomen worden, wordt een tekort van bijna 450 verzorgenden, en bijna 400 verpleegkundigen MBO en HBO in 2021 verwacht in Flevoland.⁵⁴ Ook binnen andere disciplines ervaren werkgevers problemen met de werving, zoals voor kinderartsen, specialisten ouderengeneeskunde, OK-assistenten en huisartsen.⁵⁶ Om de personeelstekorten op te lossen is een gezamenlijke aanpak gestart (Regionaal Actieplan Aanpak Tekorten) vanuit meer dan 30 organisaties in Flevoland op het gebied van zorg, onderwijs en het UWV.

Het personeelstekort is een landelijk knelpunt. De sector zorg en welzijn kent een hoge uitstroom, onder andere door de hoge ervaren werkdruk. Naast de uitdaging om personeel in de sector te behouden, is ook het aantrekken en behouden van het personeel in de regio een belangrijk aandachtspunt. Door de landelijk oplopende tekorten zal men ook in omliggende regio's zoals Utrecht en Amsterdam proberen personeel aan te trekken. Verschillende factoren spelen een rol in de keuze van het personeel om zich ergens te vestigen, zoals de woningmarkt en beschikbaarheid en nabijheid van voorzieningen. Hierin speelt ook mee dat in Flevoland geen universiteit gevestigd is, en slechts één hogeschool (Windesheim) waar zorgpersoneel wordt opgeleid. Hoger opgeleid personeel dient dus voor een groot deel van buiten de regio aangetrokken te worden.

4. Technologische ontwikkelingen

Vraag naar en noodzaak van technologische toepassingen neemt toe

De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Dit komt deels door de toenemende wil van patiënten om zelf de regie te voeren over de eigen gezondheid en de toegenomen computervaardigheden en beschikbaarheid van de technologie. Ruim 60 procent van de zorggebruikers verwacht door online inzage in hun dossier beter geïnformeerd te zijn over hun gezondheid of behandeling. Ruim een derde van de chronisch zieken geeft aan interesse te hebben in een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)²⁹, dit neemt naar verwachting de komende jaren toe. De vraag zal harder stijgen wanneer het gebruik onder zorggebruikers beter gefaciliteerd wordt en zij meer uitleg ontvangen over de mogelijkheden en (potentiële) voordelen van het gebruik van deze nieuwe tools. Los van de vraag die vanuit de zorggebruikers gaat toenemen, maken andere ontwikkelingen, zoals de toekomstige personeelstekorten, de inzet van technologie onmisbaar om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen en betaalbaar te houden. Robots kunnen in de toekomst bijvoorbeeld een deel van de huidige zorgtaken van het zorgpersoneel overnemen. Robots kunnen daarnaast ook ingezet worden voor het uitvoeren van operaties. Een andere ontwikkeling is gentechologie, waarmee specifiek op de patiënt toegesneden behandeling mogelijk wordt gemaakt. In het overzicht in [bijlage IX](#) worden een aantal voorbeelden benoemd van eHealth toepassingen die momenteel al ingezet worden in de zorg.

Hoe groot de impact van eHealth toepassingen op de zorgvraag exact gaat zijn is niet te zeggen, maar dat het een impact gaat hebben is evident. eHealth toepassingen maken het mogelijk zorg dichterbij huis of thuis, en dus vaker buiten het ziekenhuis te kunnen leveren. eHealth toepassingen bieden tevens kansen om gezondheidsinformatie op maat te leveren, bijvoorbeeld door het op een begrijpelijke manier beschikbaar te maken voor laaggeletterden in de vorm van video's.

Toekomstige zorgvraag - overzicht

Samenvattend

Een viertal ontwikkelingen hebben impact op de toekomstige zorgvraag:

1. Demografische ontwikkelingen

- Het inwonersaantal in de provincie neemt toe, naar verwachting met 8% tot 13% tussen nu en 2030.
- Het aandeel ouderen neemt de komende jaren fors toe, het aantal tachtigplusser verdubbelt bijvoorbeeld. Ondanks deze groei in het aantal 65-plussers, blijft het aandeel ouderen in Flevoland lager dan gemiddeld in Nederland. Een oudere populatie heeft naar verwachting een hogere zorgvraag. Zo komen chronische aandoeningen vaker voor onder 65-plussers. Typische ouderdomsaandoeningen die hierdoor vaker voor gaan komen zijn artrose, nek- en rugklachten, osteoporose, gezichts- en gehoorstoornissen en dementie.
- De groep volwassenen tussen de 15 en 65 jaar blijft de grootste groep vormen, hierbinnen komen met name chronische aandoeningen en kanker vaker voor.
- Het aantal personen met een migratieachtergrond neemt naar verwachting verder toe de komende jaren. Verschillende chronische aandoeningen zoals diabetes komen vaker voor in deze groep. Daarnaast is binnen deze groep gemiddeld vaker sprake van beperkte gezondheidsvaardigheden.

2. Ontwikkelingen ziektebeelden

- Door verhoogde overlevingskansen van kanker krijgen meer personen te kampen met de langetermijneffecten van kanker, zoals chronische vermoeidheid en concentratieverlies.
- Het aantal personen met een chronische aandoening neemt verder toe. Landelijk heeft in 2040 meer dan de helft van de bevolking minstens één chronische aandoening. In bepaalde delen van de provincie, zoals Lelystad, komen chronische aandoeningen vaker dan gemiddeld voor.
- Multimorbiditeit (het hebben van meerdere aandoeningen) komt vaker voor onder ouderen en vraagt om een andere, meer generalistische benadering van de patiënt in plaats van te focussen op één aandoening.

3. Veranderende samenstelling van huishoudens en samenstelling van de regio

- Het aantal eenpersoonshuishoudens neemt de komende jaren fors toe. Tegelijkertijd neemt het mantelzorgpotentieel fors af. Wanneer niet teruggevallen kan worden op een partner/mantelzorger wordt naar verwachting eerder aanspraak gedaan op de professionele zorg- en hulpverlening.
- De verwachting is dat de personeelstekorten in de zorg de komende jaren verder oplopen.

4. Technologische ontwikkelingen

- De vraag naar eHealth toepassingen neemt de komende jaren toe. Andere ontwikkelingen zoals de personeelstekorten in de zorg maken daarnaast de inzet van technologie benodigd is om aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen.



4. Vervolg

Implicaties voor vervolg

Met het faillissement van de MC IJsselmeerziekenhuizen is het zorgaanbod binnen de provincie Flevoland in een kort tijdsbestek ingrijpend veranderd. Een deel van de inwoners van Flevoland was voor de tweedelijnsvoorziening ziekenhuiszorg grotendeels aangewezen op de MC IJsselmeerziekenhuizen. Het faillissement leidt daarom tot zorgen en vragen onder inwoners, zorgprofessionals en –instellingen, gemeenten en provincie over de toegankelijkheid en continuïteit van ziekenhuiszorg in de regio.

Provincie en gemeenten benaderen het vraagstuk omtrent het borgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van medisch specialistische zorg via twee sporen: de korte termijn (met een focus op het vormen van een beeld van de (on)mogelijkheden van een eventuele doorstart van het ziekenhuis en wat daarbij passend is), en de lange termijn (met een focus op het formuleren van gezamenlijke uitgangspunten voor een lange termijnvisie op het zorglandschap).

Om te kunnen beoordelen of een ziekenhuis in Lelystad haalbaar, wenselijk en toekomstbestendig is hebben gemeenten en provincie gedetailleerde informatie nodig. Op dit moment is het voor gemeenten en provincie met de aanwezige informatie niet mogelijk om het standpunt van andere stakeholders te staven. Evident is dat de reistijden naar acute en klinische zorg voor een deel van de inwoners van Flevoland, waar voorheen het MC Zuiderzee het dichtstbijzijnde ziekenhuis was, zijn toegenomen. Met name voor inwoners van Lelystad, Urk en de woonkern Swifterbant (onderdeel van de Dronten) zijn de reistijden toegenomen. Inwoners kunnen voor acute en klinische zorg terecht in het Flevoziekenhuis, of in een van de andere omliggende ziekenhuizen (zie [pagina 14](#)). Voor inwoners van Lelystad neemt de reistijd per personenauto naar het ziekenhuis met maximaal 25 minuten toe. De reistijd per ambulance vanaf de locatie van de patiënt tot aankomst in het ziekenhuis lijkt met name voor ritten voor Lelystad (ongeveer 10 minuten) en Urk (ongeveer 8 minuten) toe te nemen. De aanrijtijden van de ambulance (tijd van 112-melding tot aankomst bij de patiënt) zijn gemiddeld onder de norm van 15 minuten. Inzicht in de variatie

tussen de ritten ontbreekt echter nog. Op basis van de gemiddelden is niet te bepalen of bij minimaal 95% van de ritten de ambulance binnen 15 minuten ter plekke is. Onduidelijk is ook nog in hoeverre de omliggende ziekenhuizen voldoende capaciteit hebben om de klinische en acute zorgvraag over te nemen, of de sluiting van de SEH in Lelystad tot incidenten heeft geleid, en hoe de rittijden van de ambulances zich over een langere periode ontwikkelen.

Gezien de geuite wensen van de inwoners, provincie en gemeenten en hun belangen rondom behoud van het ziekenhuis in Lelystad is het van belang de (on)mogelijkheden van het behoud van het ziekenhuis te objectiveren en te onderbouwen en de nog bestaande vragen hieromtrent beantwoord te krijgen. De tijdigheid van de beantwoording van deze vragen is een belangrijke factor. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur (denk aan personeel en apparatuur) in Lelystad. Daarnaast zullen de verwijspatronen van huisartsen en verloskundigen zich meer verleggen.

Op de lange termijn zijn er een aantal belangrijke ontwikkelingen die impact hebben op de toekomstige zorgvraag. Een verwachte bevolkingsgroei, forse vergrijzing, een afname in het mantelzorgpotentieel en een toename in chronische aandoeningen veroorzaken naar verwachting een hogere zorgvraag in de toekomst. Verwacht wordt dat deze ontwikkelingen voor een belangrijk deel zullen resulteren in een laagcomplexere zorgvraag, waarbij het de voorkeur heeft deze zorg dichtbij huis of thuis te kunnen leveren. Mocht een ziekenhuis in de nabijheid in de toekomst ontbreken dan moet vervangend aanbod gerealiseerd worden. Het zorglandschap dient dan bij voorkeur dusdanig ingericht te worden dat de verbinding tussen het sociaal domein, de eerstelijnszorg versterkt en uitgebreid wordt, en de ziekenhuiszorg afhankelijk van complexiteit geconcentreerd dan wel gespreid wordt, passend bij de zorgbehoefte en uitdagingen in de maatschappij. Het aanbod zal in moeten kunnen spelen op de toenemende verschillen in voorspellers van SES, de personeelstekorten in de zorg

Implicaties voor vervolg

en het vaker voorkomen van multimorbiditeit. Dit vereist bovendien dat er sluitende ketenafspraken gemaakt worden tussen zorgaanbieders. Het realiseren van vervangend aanbod dichtbij huis kan door met andere vormen van zorg te werken aan de nabijheid en toegankelijkheid van zorg, bijvoorbeeld middels 1,5 lijns-centra*, buitenpoliklinieken of eerstelijnsverblijf (ELV) bedden, maar ook middels inzet van eHealth op grotere schaal waarbij een patiënt onder controle kan staan van een gespecialiseerd centrum op grotere afstand. Belangrijk is om te zorgen dat hier voldoende capaciteit van beschikbaar is om aan de vraag te kunnen (blijven) voldoen. Financiering dient hierop afgestemd te zijn en de juiste prikkel te geven, om de juiste zorg op de juiste plek te organiseren en te leveren.

Vervolgstappen

Het verkennerstraject moet resulteren in een langetermijnvisie op het zorglandschap voor inwoners van de provincie Flevoland. De resultaten hiervan worden rond de zomer 2019 verwacht. In het traject beschrijft VWS een stabilisatiefase voor 2019. Het St Jansdal heeft aangegeven vanaf begin 2020 te bekijken of verdere uitbouw van de huidige zorg in het ziekenhuis in Lelystad mogelijk is. Zoals aangegeven is tijdigheid een belangrijk punt in het proces. Hoe meer tijd verstrijkt, hoe minder er over zal zijn van de bestaande infrastructuur en hoe lastiger het waarschijnlijk wordt om de zorg weer uit te bouwen. In voorbereiding op dit traject heeft het huidige rapport de kennispositie van gemeenten en provincie op gelijk niveau gebracht en zijn een aantal verdiepingsvragen voor de verkenner geformuleerd. Deze vragen worden door de provincie en gemeenten nog verder aangevuld. Tevens worden de belangrijkste uitgangspunten voor de langetermijnvisie gezamenlijk door hen opgesteld, welke bij dienen te dragen aan het behoud en de verdere ontwikkeling van de krachtige samenleving binnen de provincie Flevoland.

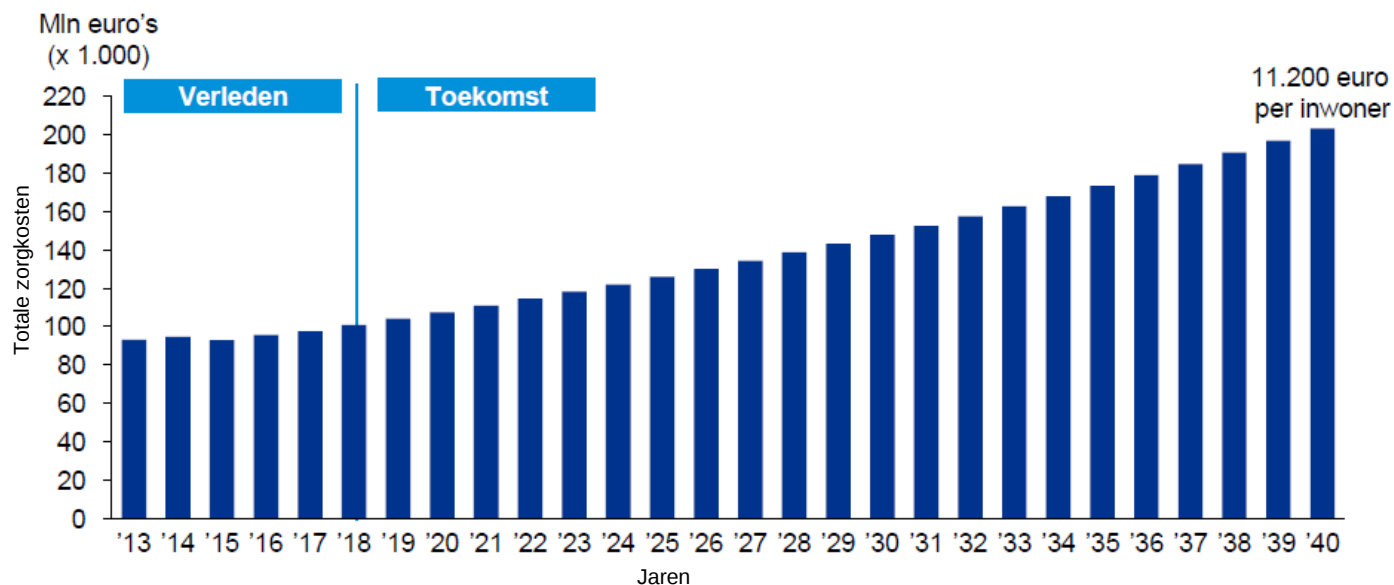
De gemeenten zijn als lokale overheden aan zet als het gaat om de communicatie richting inwoners en om de lokale belangen en zorgbehoeften in de toekomstvisie in te brengen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van wettelijke taken binnen het sociaal domein en ervaren direct de (financiële) gevolgen van herinrichting van het zorglandschap, waarbij verschuiving van zorg naar dichtbij huis plaatsvindt. De provincie heeft belang bij een goede regionale zorginfrastructuur en behartigt de bovenlokale belangen. Vanuit dit perspectief is een actieve rol voor gemeenten en provincie in het vervolgtraject gewenst, ook in de fase nadat de toekomstverkenner zijn opdracht heeft afgerond.

* Een 1,5 lijns-centrum is een zorglocatie waarbij eerstelijns zorg aangevuld wordt met zorg op het grensvlak van de eerste lijn en de eenvoudige tweede lijn. Dit kan bijvoorbeeld door medisch specialisten spreekuur te laten houden op de locatie, laagcomplex medische ingrepen uit te laten voeren, en aanvullende diagnostische faciliteiten te bieden.



5. Bijlagen

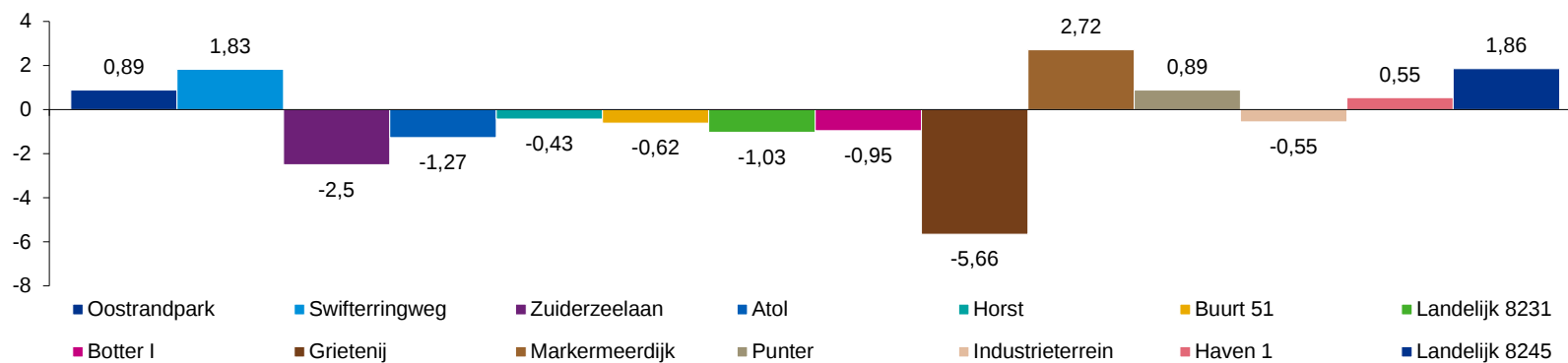
Als zorguitgaven blijven stijgen in het huidige tempo, wordt ons stelsel onbetaalbaar



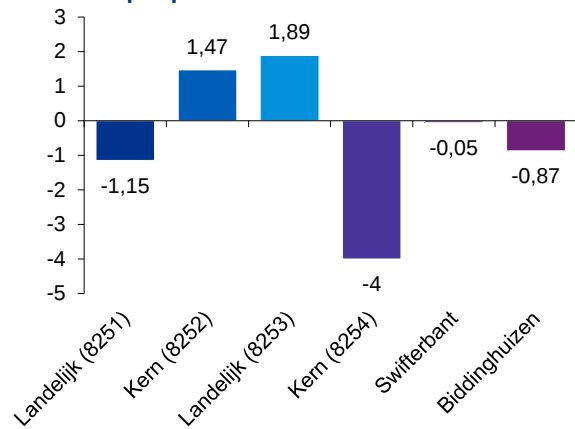
Bron: NDSD, 2018

SES-score per postcodegebied - Lelystad, Dronten en Noordoostpolder

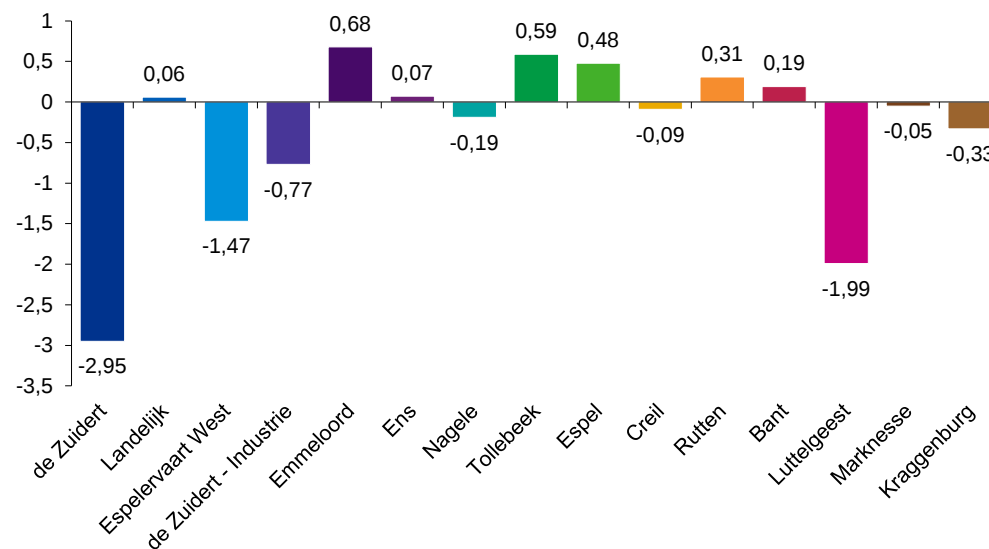
SES-score per postcode in Lelystad over 2016



SES-score per postcode in Dronten over 2016



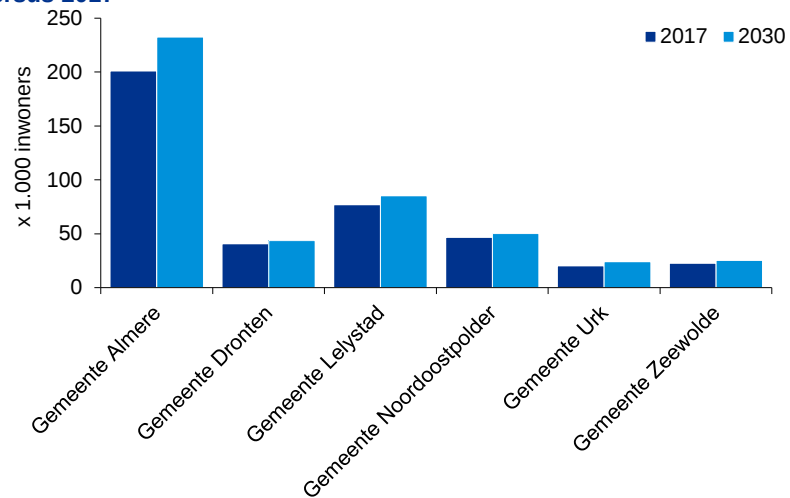
SES-score per postcode in Noordoostpolder over 2016



Bron: SCP, 2016

Prognose bevolkingsopbouw voor Flevoland

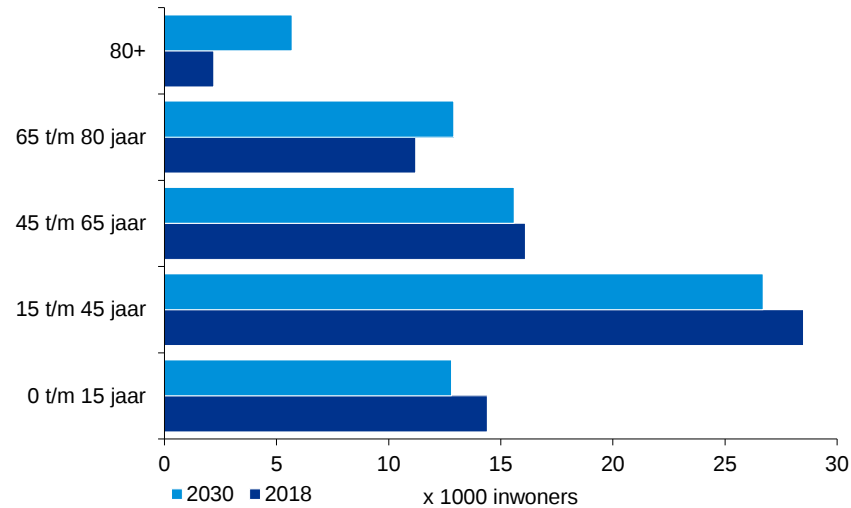
**Prognose bevolkingsopbouw in Flevoland per gemeente 2030
versus 2017**



Bron: Primos prognose 2017

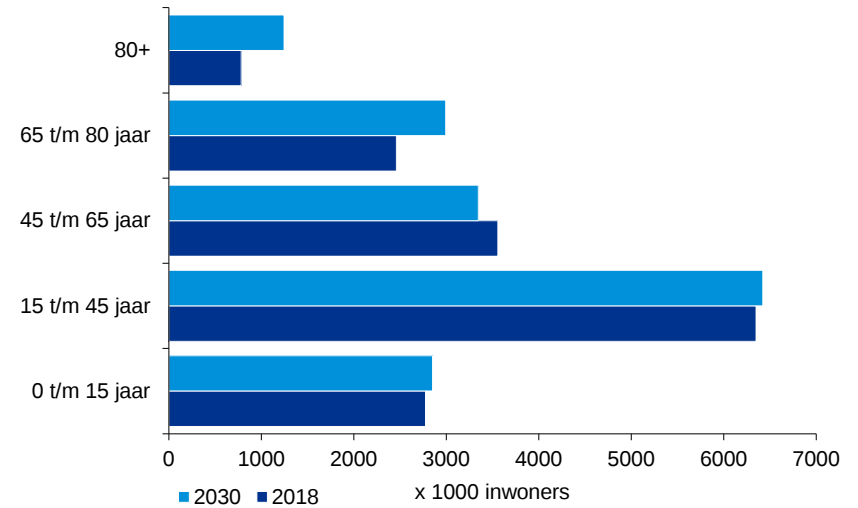
Prognose bevolkingsopbouw voor Lelystad en Nederland

Prognose bevolkingsopbouw Lelystad 2030 versus 2018



Bron: CBS, 2018

Prognose bevolkingsopbouw Nederland 2030 versus 2018



Impact van het faillissement van het MC Zuiderzee op de reistijden voor inwoners van Lelystad, Urk, NOP en Dronten

De reistijd per personenauto naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een SEH neemt gemiddeld 10 minuten toe

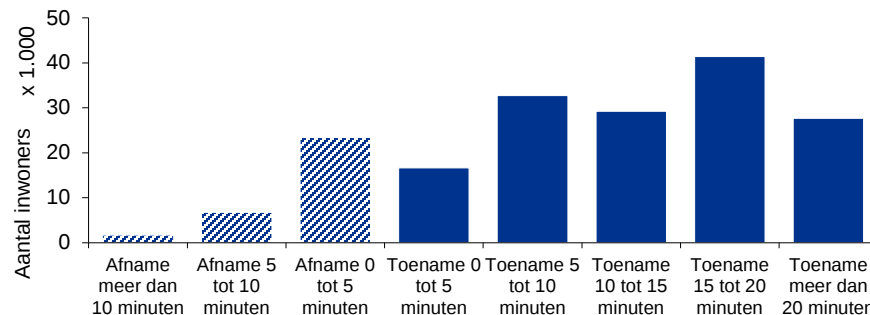
Om de impact van de sluiting van de SEH in Lelystad op de reistijden in kaart te brengen, is onderzocht wat de reistijden (per personenauto) vanaf iedere postcode (vier cijfers) naar het MC Zuiderzee in Lelystad zijn. Deze reistijd is vergeleken met de reistijd naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis (niet zijnde het MC Zuiderzee). De gemiddelde reistijd neemt met 10 minuten toe. Dit gemiddelde is een gewogen gemiddelde, waarmee rekening is gehouden met het aantal inwoners per postcodegebied.

Voor een deel van de inwoners is de reistijd naar een ander ziekenhuis korter dan naar het MC Zuiderzee. Dit geldt met name voor inwoners van de Noordoostpolder. In de onderstaande grafiek zijn de reistijden met gearceerde kolommen aangegeven. Voor deze groep is het niet aannemelijk dat zij gebruik hebben gemaakt van de SEH van het MC Zuiderzee.

De grootste impact op de reistijden is voor de inwoners van Lelystad (postcodegebied 8233). Zij moeten gemiddeld 24 minuten langer reizen per auto naar een ander ziekenhuis, voorheen was dit 0 minuten. De inwoners van Urk (postcodegebied 8322) zijn het langst onderweg naar een ander ziekenhuis. Zij moeten gemiddeld 39 minuten rijden naar een ziekenhuis, naar het MC Zuiderzee bedroeg de reistijd gemiddeld 27 minuten. De hier genoemde reistijden betreffen reistijden per personenauto. De reistijd per ambulance naar de ziekenhuizen is aanzienlijk korter, omdat zij de maximumsnelheid kunnen overschrijden en door rood kunnen rijden.

Een deel van de inwoners van het verzorgingsgebied reist met het openbaar vervoer (OV) in plaats van met de auto. Hierop hebben we geen analyse uitgevoerd. Het is echter aannemelijk dat de reistijd met het OV langer duurt dan met de auto.

Verandering in reistijd als men naar een ander dichtstbijzijnd ziekenhuis moet reizen



Bron: Analyse KPMG o.b.v. reistijden 2015

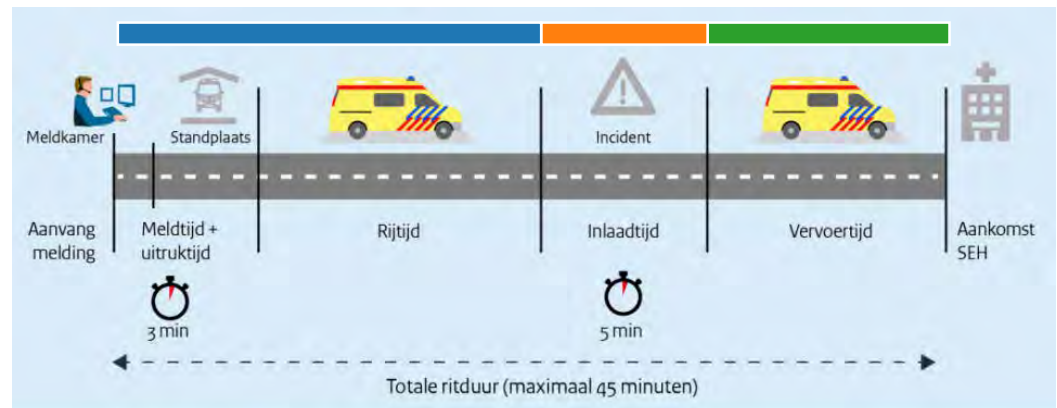
NB: De analyse is gebaseerd op data uit 2015, door verbeterde infrastructuur en nieuwe wegen kunnen de huidige reistijden korter zijn dan weergegeven. In de reistijdenanalyse zijn enkel ziekenhuizen met een SEH meegenomen. Buitenpoli's vormen dus geen onderdeel van de analyse.

Uitleg spreidingsnorm RIVM (1/2)

“De bereikbaarheid van de SEH's en van ziekenhuislocaties met acute verloskunde wordt berekend volgens de methodiek van de 'gevoelige ziekenhuizen'. In deze paragraaf bespreken we deze methodiek uitgaande van SEH's. Dezelfde methodiek wordt gevolgd voor ziekenhuislocaties met acute verloskunde. In de analyse worden de ritduren tussen woonadressen en SEH's berekend, in relatie met de locaties van ambulancestandplaatsen. De ritduur geeft de tijd aan waarin een ambulance met spoed een traject aflegt. Het bereikbaarheidsmodel gaat er van uit dat een ambulance met spoed naar een plaats van incident rijdt, een patiënt in de ambulance overbrengt en vervolgens met spoed naar de dichtstbijzijnde SEH rijdt. Om de bereikbaarheid te beoordelen wordt uitgegaan van een norm van 45 minuten. Er wordt gekeken of het aantal mensen met een ritduur langer dan 45 minuten toeneemt wanneer een SEH zou sluiten. Als dit zo is wordt deze SEH 'gevoelig' genoemd. Het bereikbaarheidsmodel is geschetst in onderstaande figuur en gaat uit van vier tijdsintervallen die samen de totale ritduur bepalen. De totale ritduur is gedefinieerd als de som van de volgende tijdsintervallen:

1. Meldtijd van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) en uitruktijd van de ambulance. Hiervoor wordt een vaste tijdspanne van gezamenlijk drie minuten gehanteerd;
2. Rijtijd per ambulance onder spoed vanuit de dichtstbijzijnde ambulancestandplaats naar de plaats van het incident;
3. Inlaadtijd van de patiënt, hiervoor wordt een vaste tijdspanne van vijf minuten gehanteerd;
4. Vervoertijd per ambulance onder spoed van de plaats van incident naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een afdeling Spoedeisende Hulp.

Zoals gezegd wordt het model uitsluitend gebruikt als spreidingstoets. Het model is niet bedoeld voor toetsing van de werkelijke ritduur, respons- of behandeltijd. De norm van 45 minuten is geen prestatienorm om de kwaliteit of tijdigheid van de ambulancezorg te meten. Het bereikbaarheidsmodel hanteert een vaste waarde voor de inlaadtijd en gaat uit van het rijden met A1-urgentie door de ambulance. Bij A1-urgentie is er acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of dit kan pas na beoordeling door de ambulancebemannings ter plaatse worden uitgesloten. Er kunnen redenen zijn om in het belang van de patiënt niet met volle snelheid naar een SEH te rijden en er kunnen ook redenen zijn om niet naar de dichtstbijzijnde SEH te rijden. Ook zegt het model niets over de werkelijke meld- en uitruktijd en de werkelijke behandeltijd ter plaatse of hoe snel een patiënt in de ambulance geplaatst moet worden. Het bereikbaarheidsmodel is ook geen toets op de responstijd van 15 minuten in geval van A1-urgentie. Het model analyseert de afstanden tussen ambulancestandplaatsen, woonadressen en ziekenhuizen met een SEH.”



Bron: RIVM, 'Aanbod en bereikbaarheid van de spoedeisende zorg in Nederland 2017'

Uitleg spreidingsnorm RIVM (2/2)

De Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg omschrijft een aantal eisen o.a. rondom spreiding van de ambulancezorg. Onderdeel hiervan is dat de Regionale Ambulancevoorziening ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De Regionale ambulancevoorziening kan hier in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd van afwijken. Daarnaast is in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) een artikel opgenomen over de spreiding en bereikbaarheid van o.a. acute zorg. Als een instelling met een voorgenomen wijziging in het zorgaanbod niet voldoet aan de bereikbaarheidsnorm, kan aan de bestaande toelating van de instelling het voorschrift worden verbonden dat die instelling de noodzakelijke zorg aanbiedt. Dit kan bijvoorbeeld resulteren in het verplicht openhouden van de SEH-afdeling op het niveau van een basisziekenhuis op een bepaalde locatie.

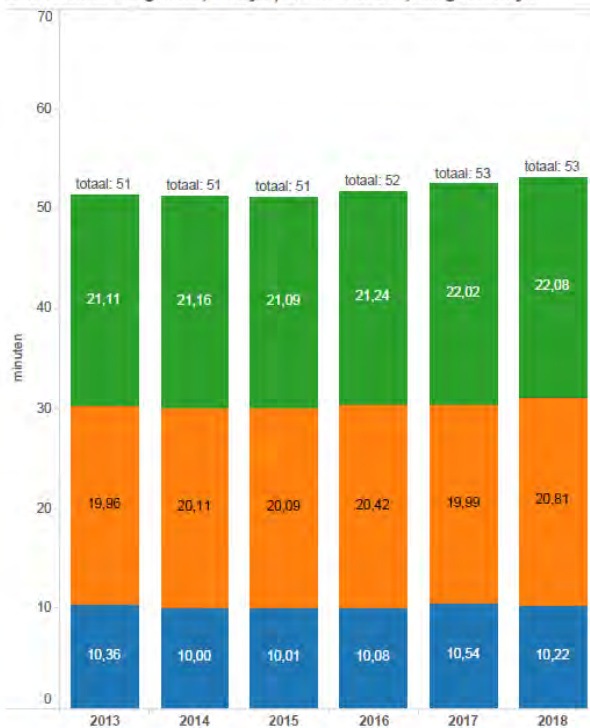
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Dronten

gemiddelde tijd in minuten

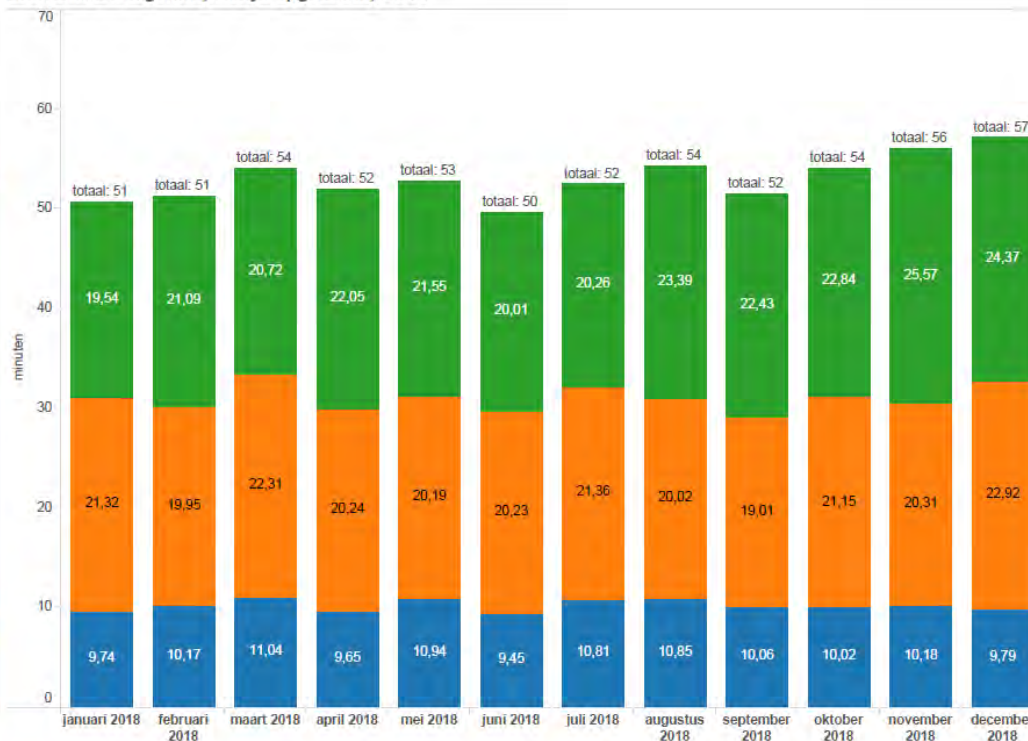
- van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
- van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
- van 112-melding tot aankomst patiënt

Standplaats Rit
Dronten

Dronten: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Dronten: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

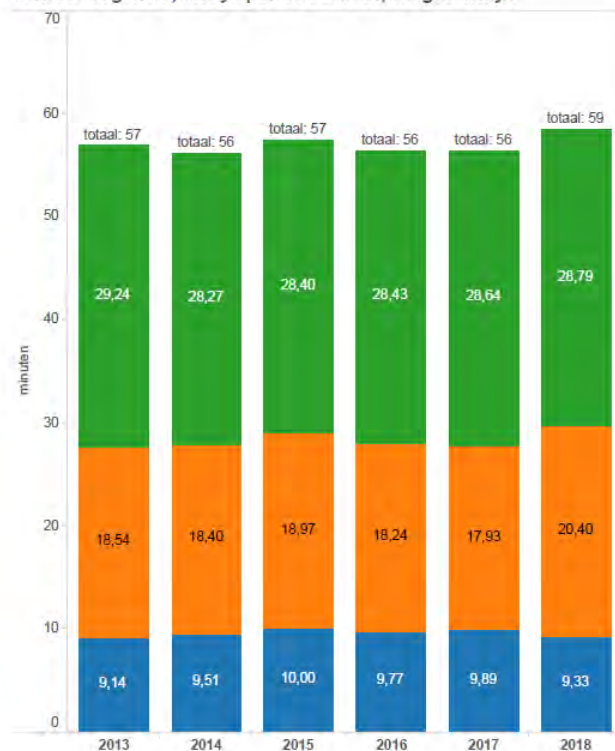
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Urk

gemiddelde tijd in minuten

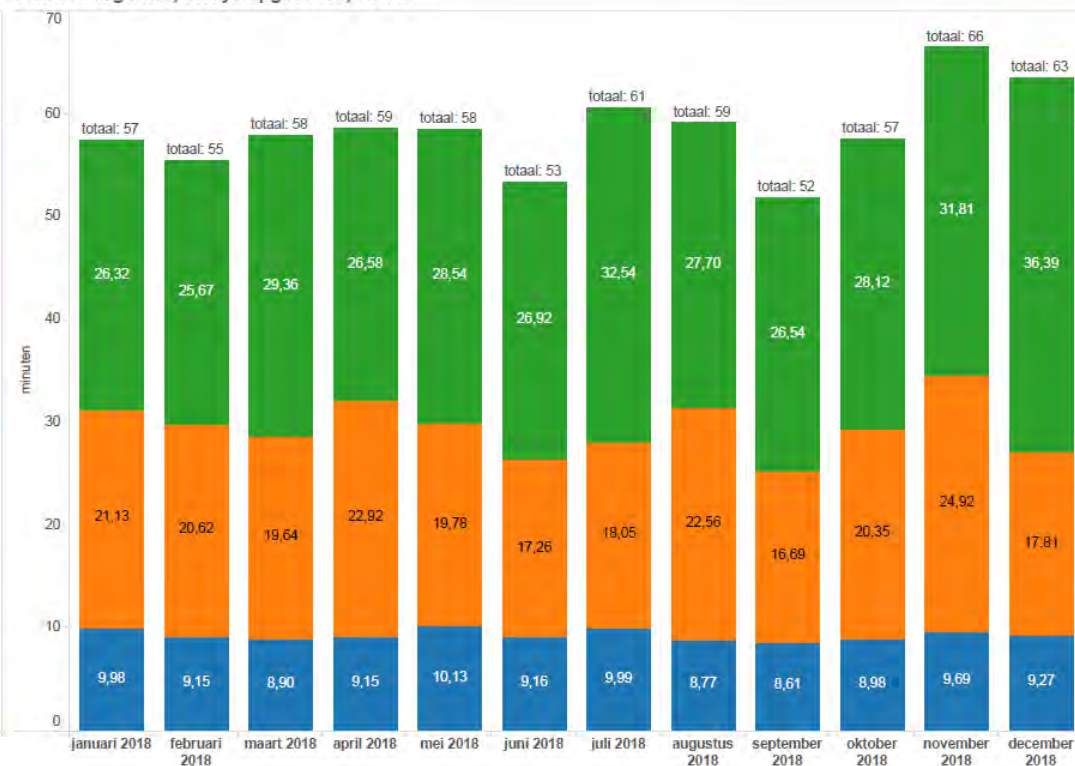
- van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
- van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
- van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Urk

Urk: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Urk: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

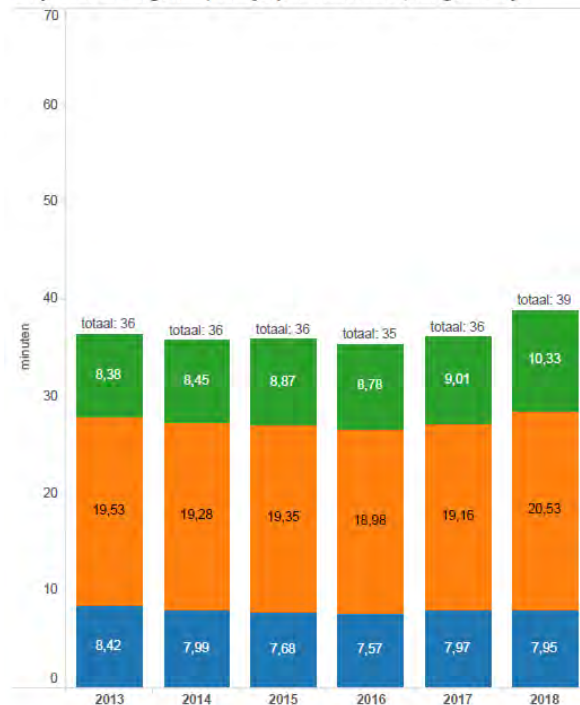
NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Lelystad

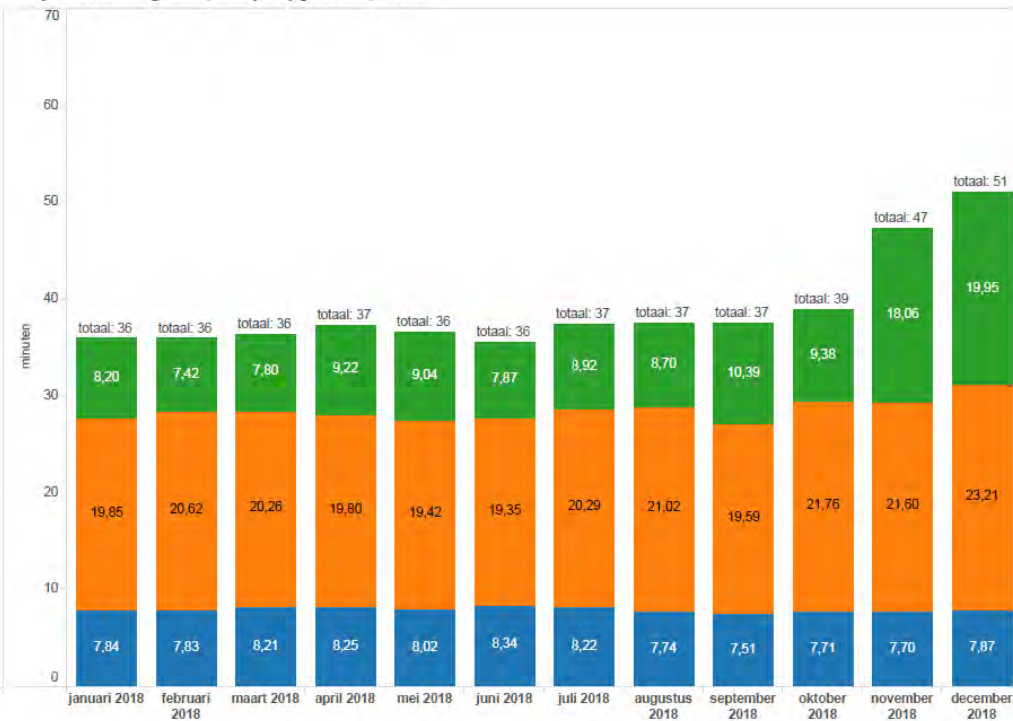
gemiddelde tijd in minuten
 van vertrek patiënt tot aankomst bestemming
 van aankomst patiënt tot vertrek patiënt
 van 112-melding tot aankomst patiënt

StandplaatsRit
Lelystad

Lelystad: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Lelystad: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

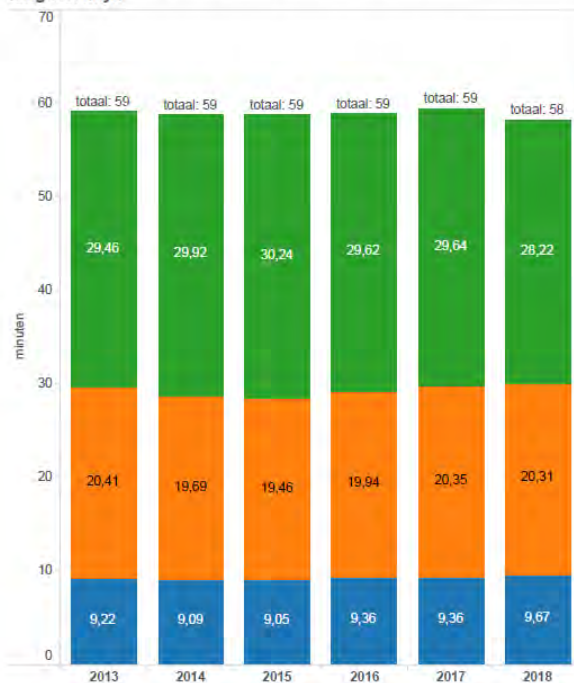
Gemiddelde rittijden ambulance standplaats Noordoostpolder

gemiddelde tijd in minuten

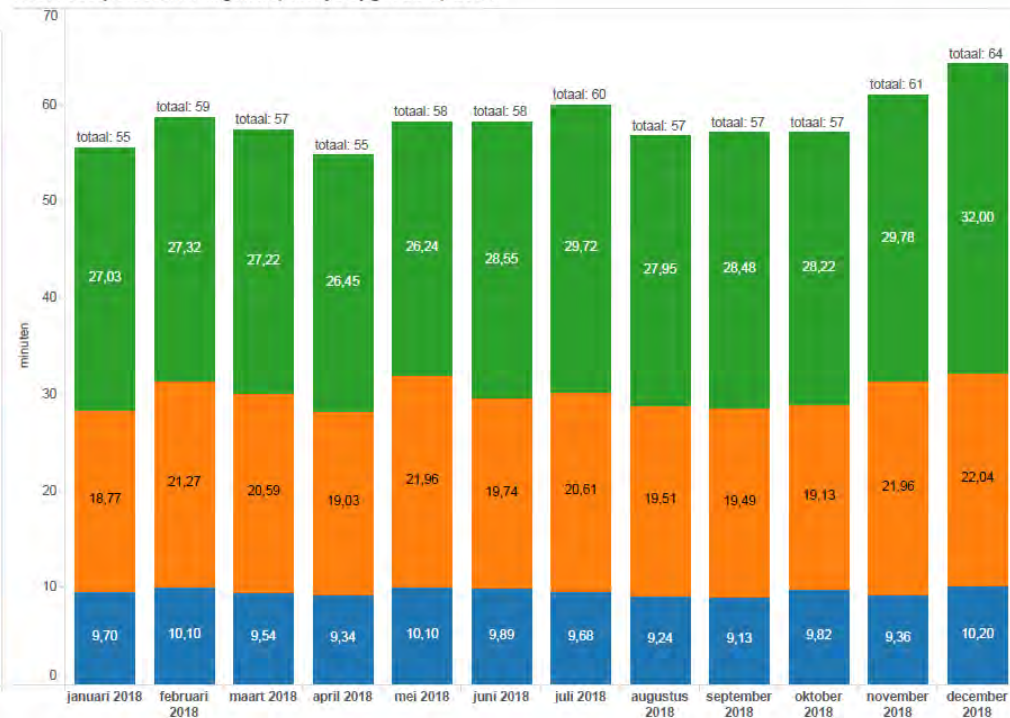
- van vertrek patient tot aankomst bestemming
- van aankomst patient tot vertrek patient
- van 112-melding tot aankomst patient

StandplaatsRit
Noordoostpolder

Noordoostpolder: A1-urgentie, rittijd per onderdeel, langetermijn



Noordoostpolder: A1-urgentie, rittijd opgedeeld, 2018



Bron: interne rapportage GGD Flevoland

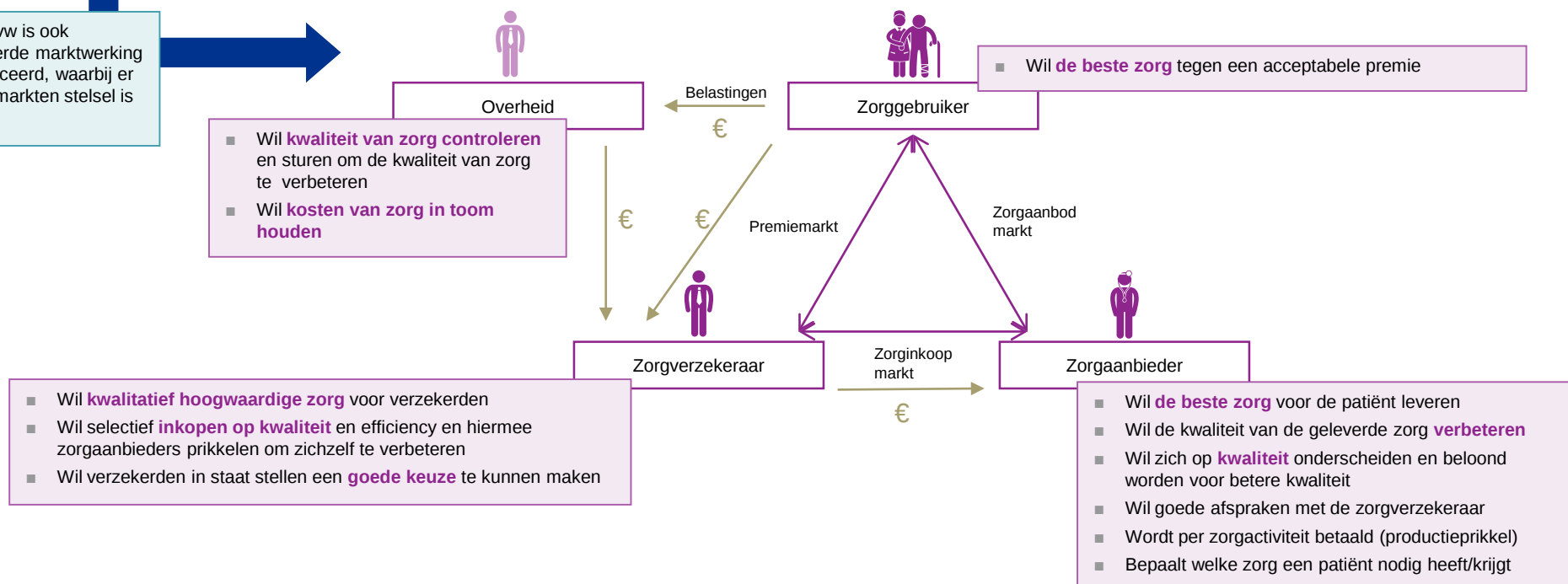
NB Voor uitleg van de tijden zie figuur op pagina 42 (kleuren corresponderen met de kleuren uit de onderstaande staafgrafieken)

Zorgverzekeringsstelsel

De zorgverzekeringswet (Zvw) ...

- ... is in werking getreden op 1 januari 2006 en regelt de financiering van de curatieve zorg
- ... regelt een verplichte en gelijk toegankelijke basisverzekering voor iedereen
- ... verplicht zorgverzekeraars iedereen als verzekerde te accepteren tegen dezelfde premie
- ... is 50% premie gefinancierd en 50% gefinancierd via belastingen (begrote totale kosten 2018 48,5 miljard euro)

- Met de Zvw is ook gereguleerde marktwerking geïntroduceerd, waarbij er een drie markten stelsel is ontstaan



Partijen en verantwoordelijkheden

Verschillende partijen spelen een belangrijke rol in de continuïteit van zorg in Nederland:

- Private zorgverzekeraars, met als leidende speler in Flevoland Zilveren Kruis, moeten vanuit hun wettelijke zorgplicht garanderen dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket.
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) houdt toezicht op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij controleert of deze spelers zich aan de regels houden en maken regels wanneer dat nodig blijkt te zijn.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt daarbij toezicht op kwaliteit in de ziekenhuizen, waarbij zij een rol spelen in het behoud van voldoende kwalitatief hoogwaardige zorg in de regio.
- Het ministerie van VWS draagt zorg voor de volksgezondheid, onder meer door beleid(sontwikkeling) met betrekking tot medisch specialistische zorg.
- De provincie heeft geen wettelijke taak binnen de zorgverzekeringswet (Zvw) maar wel een groot belang om te faciliteren dat haar burgers de juiste zorg in de regio kunnen krijgen. Een goede infrastructuur draagt daarnaast bij aan een gunstig vestigingsklimaat en hoogwaardige werkgelegenheid.

Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland (1/2)

Inleidend

Op 25 oktober zijn de MC IJsselmeerziekenhuizen met locaties in Lelystad, Emmeloord, Urk en Dronten failliet verklaard. Dat heeft tot veel onrust geleid over de zorgverlening in Flevoland. Inmiddels is bekend dat Ziekenhuis St Jansdal een groot deel van de zorg in Lelystad en Dronten zal overnemen en vinden nog gesprekken plaats met de Antonius zorggroep uit Sneek over de zorg in Noordoostpolder en op Urk. Op 28 november j.l. heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in Lelystad met een aantal partijen gesproken over de toekomst van de zorg in Flevoland. In dat gesprek is afgesproken om een toekomstverkenner te vragen om rond de zomer 2019 een toekomstvisie op de zorg voor de inwoners van Flevoland vanaf 2020 te presenteren.

Aan deze toekomstvisie worden de volgende eisen gesteld voor wat betreft inhoud, reikwijdte, haalbaarheid en betrokkenheid van partijen in de regio.

Inhoud

Allereerst dient de toekomstvisie duidelijkheid te scheppen in de informatiepositie voor alle betrokkenen. Er zijn nu nog te veel verschillende geluiden over precieze cijfers en percentages over het al dan niet schaars zijn in de regio van bepaalde zorgverleners (zoals kinderartsen) etc. De juiste informatiepositie is in belangrijke mate bepalend voor de mogelijkheden in de regio.

Vervolgens dient een helder beeld te worden gecreëerd van wat er aan zorg nodig en mogelijk is in Flevoland. Waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de periode direct vanaf 2020 en de langere termijn. Dit beeld betreft de (optioneel verdere uitbouw van) ziekenhuiszorg in Flevoland, maar ook de ontwikkeling van de zorg in de eerste lijn (huisartsen/ verloskundigen), de ambulancezorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de wijkverpleging, de paramedie (voorzover paramedie kan bijdragen aan substitutie van zorg) en maatschappelijke ondersteuning door de gemeente voor zover het raakvlakken betreft aan het aanbod van curatieve zorg. Innovatieve vormen van zorg (eHealth e.d.) dienen ook onderdeel van de visie zijn. Zowel de Tweede Kamer, het lokaal bestuur als zorgaanbieders in de regio pleiten voor beschikbaarheid van Spoedeisende hulp en acute verloskunde in Lelystad of directe omgeving. De mogelijkheden daartoe zullen expliciet onderdeel van de toekomstvisie uit moeten maken.

Reikwijdte

Het uitgangspunt is de zorg in brede zin voor de inwoners van Flevoland. Een deel van die zorg vormt de ziekenhuiszorg. Voor de ziekenhuiszorg geldt als startpunt voor de toekomstverkenner het aanbod zoals die door St Jansdal is neergelegd (aanbod voor doorstart zorg) alsmede het aanbod van de Antonius zorggroep uit Sneek. Ook zorgaanbod van buiten de regio dat relevant is voor de inwoners in de regio kan worden betrokken.

Haalbaarheid

De toekomstvisie dient reëel, haalbaar en duurzaam te zijn, rekening houdend met feitelijke informatie zoals de bevolkingssamenstelling en zorgvolumes, de arbeidsmarktsituatie, de betaalbaarheid van de zorg en met behoud van ieders huidige verantwoordelijkheden in het bestaande zorgstelsel. Gezien deze stelselverantwoordelijkheden is het van groot belang dat gedurende het proces goed wordt afgestemd met de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zullen immers uiteindelijk de visie in samenwerking met zorgaanbieders in de praktijk vorm moeten geven via de zorginkoop in de regio. In die zin is het 'Visiedocument op duurzame medische zorg in de polder' van zorgverzekeraar Zilveren Kruis (november 2018) ook belangrijke input voor de toekomstvisie.

Taakopdracht toekomstverkenner Flevoland (2/2)

Betrokkenheid partijen in de regio

De toekomstvisie moet voldoende draagvlak hebben in de regio. Daartoe is het in ieder geval gewenst dat alle gesprekspartners van het eerder genoemde gesprek op 28 november j.l. in Lelystad worden geconsulteerd bij het maken van de toekomstvisie alsmede een aantal vertegenwoordigers van andere direct betrokken partijen/sectoren¹. Daarbij zal de toekomstverkenner er op toe zien dat zo snel als mogelijk overleg met verloskundigen en zorgverzekeraar in de regio Urk plaatsvindt.

¹ Dit zijn in ieder geval de curatoren van de MC IJsselmeerziekenhuizen, het bestuur van St Jansdal, het bestuur van Antonius zorggroep, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, het medisch stafbestuur van MC IJsselmeerziekenhuizen, delegatie van het personeel van MC IJsselmeerziekenhuizen, Patiëntenfederatie Flevoland, huisartsen(post), verloskundigen, paramedie, wijkverpleging, V&V-partijen, de GGD/Regionale ambulancevoorziening, het ROAZ, de colleges van B&W van de gemeenten Lelystad, Dronten, Emmeloord, Urk en Almere en de gedeputeerde van de provincie Flevoland.

Na de (eerste oriënterende) gespreksrondes door de toekomstverkenner is er ruimte en mogelijkheid om (in overleg met de opdrachtgever VWS) de opdracht uit te breiden en te verfijnen.

Proces

De rapportage dient uiterlijk 1 juli 2019 te worden opgeleverd. Gedurende het proces zal de toekomstverkenner een aantal malen in een voortgangsoverleg met opdrachtgever VWS (mondeling) terugkoppelen over de voortgang.

De toekomstverkenner organiseert zelf inhoudelijke en secretariële ondersteuning.

Vanzelfsprekend kan en zal VWS ondersteunen bij concrete vragen van de toekomstverkenner. Indien de toekomstverkenner gebruik wil maken van de diensten van het RIVM ten aanzien van de inrichting van het zorglandschap, dan kan dat. VWS zal het RIVM daarover informeren.

De toekomstverkenner zal zijn bevindingen laten toetsen bij de NZa en de IGJ, VWS zal de NZa en de IGJ daarover informeren.

Voorbeelden technologische toepassingen

Voorbeelden technologische toepassingen

- Jaarlijks worden 30.000 COPD-patiënten in het ziekenhuis opgenomen vanwege een exacerbatie (plotselinge verergering van klachten), waarvan de helft heropnames zijn. In een pilot in het Slingeland ziekenhuis met *COPD thuismonitoring* werden 28% van de heropnames voorkomen.
- Hoewel robots nu nog beperkt ingezet worden in de directe patiëntenzorg is de verwachting dat dit in de toekomst verder toe zal nemen. In de ouderenzorg kunnen robots voor verschillende doelen ingezet worden: sociale robots tegen eenzaamheid, robots die ouderen ondersteunen in huishoudelijke taken, helpen bij het eten, of hen monitoren. Een voorbeeld van een reeds bestaande zorgrobot is de tinybot Tessa. De tinybot helpt structuur aan te brengen in de dag van dementerende ouderen, en herinnert hen er bijvoorbeeld aan dat het tijd is om te ontbijten, of dat de thuiszorg om 11.00 uur komt.
- De meest voorkomende oorzaak van letsel door een ongeval bij ouderen is het maken van een val. Hierbij breken ouderen geregeld hun heup, waarna 50% minder mobiel wordt en 25% binnen 1 jaar overlijdt. Wolk creëerde een heupairbag die heupfracturen bij een val voorkomt.
- De Da Vinci robot wordt reeds ingezet tijdens operaties waarbij de prostaat verwijderd moet worden als gevolg van prostaatkanker. De robot zorgt voor een grotere precisie, waardoor minder kans bestaat op complicaties.

Overzicht bronnen (1/2)

- (1) De Stentor, 'Doorstart IJsselmeerziekenhuizen: dit is wat we nu weten', 21 november 2018
- (2) CBS, 'Bevolking op 1 januari, leeftijd, geboorteland, regio', 2018
- (3) CBS, 'Gezondheidsmonitor', 2016
- (4) SCP, 'Statusscores', 2016
- (5) NIVEL, 'Inzicht in Zorgmijden', 2015
- (6) Volksgezondheid en Zorg, 'Sterfte – regionaal', 2017
- (7) CBS, 'Bevolking op 1 januari, leeftijd, migratie-achtergrond, geslacht, regio', 2018
- (8) Diabetesfonds, 'Diabetes in Cijfers', geraadpleegd op 21 november 2018
- (9) RIVM, 'Volksgezondheid Toekomstverkenning', 2018
- (10) GGD Flevoland, 'Een gezonder Flevoland', 2016
- (11) GGD Flevoland, 'Kernboodschap Lelystad', 2017
- (12) Stichting Lezen & Schrijven, 'Feiten & cijfers geleterdheid 2016', 2016
- (13) Pharos, 'Factsheet beperkte gezondheidsvaardigheden', 2018
- (14) Dutch Hospital Data, 'Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen', 2016
- (15) CBS, 'Ziekenhuisopnamen, kerncijfers: geslacht, leeftijd en regio' 2012
- (16) Analyse DIS data downloads 2016
- (17) CBS, 'Bevolkingsprognose', 2016
- (18) VeiligheidNL, 'Infographic Valongevallen Ouderen 65+', 2017
- (19) CBS, 'Gezondheid en Zorggebruik', 2016
- (20) Volksgezondheid en Zorg, 'Sociaaleconomische status, cijfers & context', 2018
- (21) WRR, 'Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen', 2018
- (22) CBS, 'Prognose bevolking naar migratieachtergrond 2018 – 2060', 2018
- (23) Ntvg, 'Bijdrage van leefstijlfactoren aan kanker', 2014
- (24) GGD, 'Toekomstverkenning Flevoland', 2016
- (25) CMO, 'Zorguitdagingen rond de toename van ouderen in Flevoland', 2017
- (26) CBS, 'Regionale prognose, huishoudens', 2016
- (27) SCP, 'Sterke daling van potentiële mantelzorgers in de toekomst', 2018
- (28) Zowelwerk, 'Facts & Figures 2017 – de Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn in Flevoland', 2017
- (29) Nictiz, 'eHealth Monitor 2018', 2018
- (30) Een gezonder Flevoland, 'Leefstijl – Roken', 2016
- (31) Flevoziekenhuis, 'Kerngegevens', 2017
- (32) St Jansdal, 'Jaarverslag 2016', 2016
- (33) Isala, 'Feiten en cijfers', 2017
- (34) St Jansdal, 'Samenvatting meerjarenbeleid 2015-2019', 2016
- (35) Landelijke Huisartsen Vereniging, 'ELV-peiling 2017', 2017
- (36) St. Jansdal, 'Situatie Lelystad', 2018
- (37) Tjongerschans, 'Medisch beleidsplan 2015-2020', 2015
- (38) CBS, 'Huishoudens per leeftijd en regio', 2018
- (39) KPMG, 'Juiste Zorg op de Juiste Plek – Rapport van de Taskforce', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/advisory/juiste-zorg-op-de-juiste-plek.pdf>
- (40) Antonius, 'Over ons', 2018
- (41) Meander Medisch Centrum, 'Financieel jaarverslag 2017', 2017
- (42) Amsterdam UMC, 'Brochure AMC', 2011
- (43) Almere, 'Meerjarenprogramma Almere 2017-2021', 2018
- (44) CBS, 'Arbeidsdeelname per regio', 2018
- (45) CBS, 'Motorvoertuigenpark; inwoners, type, regio, 1 januari', 2018
- (46) VNG, 'Waarstaatjegemeente', 2016
- (47) CBS, 'Zorguitgaven stijgen in 2017 met 2,1 procent', 2018

Overzicht bronnen (2/2)

- (48) KPMG, 'Wie doet het met wie', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/sector/gezondheidszorg/wie-doet-het-met-wie.pdf>
- (49) KPMG, 'Health check – Ontwikkelingen binnen de Ziekenhuiszorg', 2018, te raadplegen via <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/nl/pdf/2018/sector/gezondheidszorg/healthcheck-2017.pdf>
- (50) ZIN & Verwey-Jonker Instituut, 'Wat doet de zorgprofessional in 2030?', 2015
- (51) Martijn Souren en Jasper van Thor, 'Het onbenut arbeidspotentieel in beeld', 2017/2018
- (52) ABF Research, 'Primos prognose', 2017
- (53) CBS, 'Vergrijzing meest toegenomen in Limburg', 2016
- (54) Zowelwerk, 'Factsheet RAAT Flevoland', 2018
- (55) Landelijk onderzoeksprogramma AZW, 'Regionaal tabellenboek', 2017
- (56) RAAT, 'Kritische functies Flevoland', 13 december 2018
- (57) Shavers VL 'Measurement of socioeconomic status in health disparities research', 2007



KPMG on social media



KPMG app

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.

Toekomstverkenning Zorg Flevoland

Feitenboek d.d. 07-03-2019



Status van dit document

Dit document, “het feitenboek”, is opgesteld ten behoeve van een gelijke informatiepositie als eerste onderdeel van de toekomstverkenning voor zorg in de provincie Flevoland (januari – februari 2019) in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In het tweede deel van de toekomstverkenning (maart – juli 2019) wordt vervolganalyse uitgevoerd op basis van voortschrijdend inzicht. Cruciaal is dat de basis van de toekomstverkenning breder is dan enkel dit document.

In drie vervolgsessies in maart, april en mei 2019 wordt met de belanghebbenden gewerkt aan het maken van de toekomstvisie. Ook onderwerpen die buiten de reikwijdte van dit feitenboek vallen, zoals de capaciteit van omliggende ziekenhuizen om de zorg die werd geleverd door de MC IJsselmeerziekenhuizen op te vangen, komen in de vervolgsessies aan bod.

Inhoud

**Proces
toekomstverkenning**



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



Inhoud

**Proces
toekomstverkenning**



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



Proces | traject toekomstverkenner bestaat uit drie delen met extra urgentie voor de acute verloskunde op Urk



Deel 1: Gelijke informatiepositie

- Doel: duidelijkheid scheppen in de informatiepositie voor alle betrokkenen
- Wij constateren ruis op gebied van beschikbaarheid personeel, aanbod, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg
- Waar mogelijk nemen we deze ruis weg door te objectiveren
- Op dezelfde manier naar de informatie kijken helpt om op dezelfde manier naar de toekomst te kijken
- De gelijke informatiepositie vormt dan ook de basis waarop de visie gemaakt kan worden



Deel 2: Toekomstvisie

- Doel: Ontwikkelen van een haalbare, reële en duurzame visie op de zorg voor de bewoners van Flevoland vanaf 2020 en de langere termijn
- Het vertrekpunt vormt de bieding van St Jansdal en de Antonius Zorggroep waarin staat welke zorg zij per 1 maart 2019 gaan leveren
- Zorg in brede zin: 0^e, 1^e, 2^e en 3^e lijn
- Rekening houdend met toekomstontwikkelingen: verplaatsing van zorg, innovatieve vormen van zorg, veranderingen in zorgvraag en –aanbod
- Expliciete aandacht voor haalbaarheid SEH en acute verloskunde in Lelystad of directe omgeving

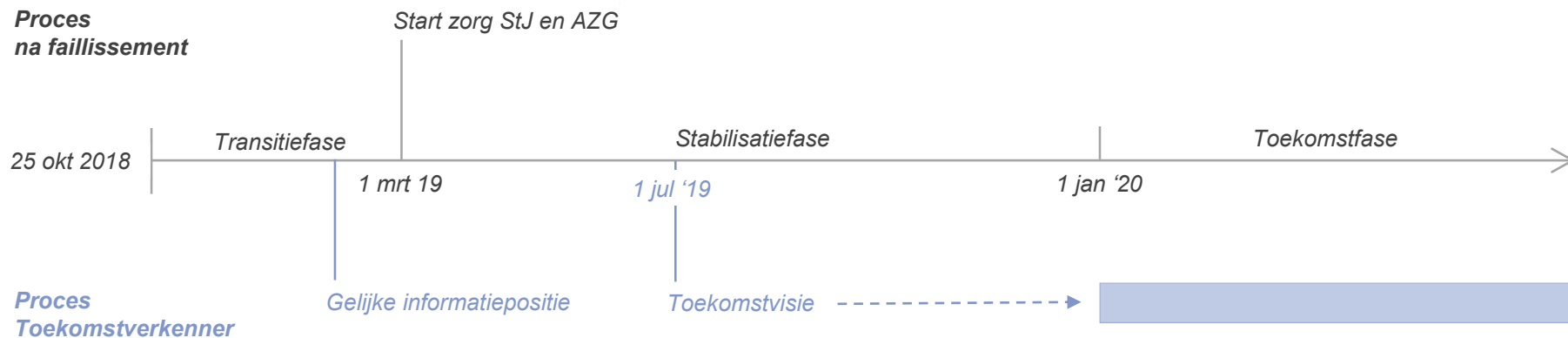


Deel 3: Acute verloskunde op Urk



- Doel: met betrokken zorgprofessionals en zorgverzekeraar oplossingen vinden voor de ontstane situatie op Urk
- Apart traject dat gezien de urgentie eerder is opgestart dan deel 2

Proces | naast het traject toekomstverkenner lopen andere onderzoeken naar het faillissement



Onderzoeken

Rondom het faillissement van de MC IJsselmeeerziekenhuizen lopen verschillende onderzoeken met verschillende doelen (en overlap):

- Curatoren: sinds het faillissement de bewindvoerders (tijdelijke bestuurders) van het ziekenhuis tot 1 maart 2019. Verantwoordelijk voor onderhandelingen met overnemende partijen, afwikkeling faillissement (oorzaak, mogelijke onregelmatigheden, eventueel wanbeleid en feitelijk bestuur), belangen van schuldeisers behartigen. 1^e faillissementsverslag is 23 november 2018 opgeleverd, eindverslag duurt nog vele maanden.
- Onafhankelijke onderzoekscommissie: naar de gang van zaken rondom beide faillissementen en de lessen die hieruit kunnen worden getrokken, onder leiding van prof. dr. J.A. van Manen. Wens om rond de zomer de eerste lessen beschikbaar te hebben.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid: naar de wijze waarop is omgegaan met de patiëntveiligheid. Duurt naar verwachting minimaal een jaar.
- IGJ en NZa: naar eventuele onbehoorlijke financiële constructies en mate van goed bestuur. Naar verwachting rond de zomer resultaten beschikbaar.
- Aangekondigd: onderzoek naar de 45 minuten spreidingsnorm van ziekenhuizen. Duurt waarschijnlijk een jaar.

Stelselpartijen

Binnen het Nederlandse zorgstelsel zijn er diverse partijen die rondom het faillissement een rol spelen:

- Zorgverzekeraar: inkoop van zorg, ziet daarbij toe op de kwaliteit en besteding van zorggelden. Heeft een zorgplicht.
- Zorgaanbieders: aanbieden van zorg die door ZV wordt ingekocht. Het St Jansdal en de Antonius Zorggroep hebben een aanbod gedaan om per 1 maart 2019 de zorg die werd verleend door de MC IJsselmeeerziekenhuizen (deels) te continueren. Deze aanbiedingen vormen de basis voor onze toekomstvisie.
- NZa: ziet erop toe dat de Zorgverzekeringswet rechtmatig en volgens de regels wordt uitgevoerd.
- IGJ: houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van geleverde zorg en handhaaft de kwaliteits- en veiligheidseisen

Bronnen: Kamerbrief d.d. 30 november 2019 (Kenmerk: 1453600-184734-PZO), Faillissementsverslag nr 1 d.d. 23 november 2018



Situatieschets | een gelijke informatiepositie vormt de basis en is de eerste stap richting een toekomstvisie

Overeenstemming



Timing

Het faillissement van MCIJ heeft iedereen verrast, en de afbouw van de dienstverlening is mede daardoor noodgedwongen heel snel gegaan



Financiële positie

De financiële gezondheid van MCIJ baarde iedereen al langere tijd zorgen



Sluiting merkbaar

Het ziekenhuis MCIJ wordt gemist, wel om verschillende redenen

Verskillende berichtgeving



Reisafstanden

De huidige reisafstanden voldoen aan de theoretische spreidingsnorm...

Iedereen moet in een ziekenhuis kunnen zijn binnen 45 minuten...

...De werkelijke reisafstanden zijn veel langer dan de 45 minuten norm

...Binnen 15 minuten moet onder normale omstandigheden een ambulance voor kunnen rijden



Zorgaanbod

Bij een ernstig ongeval is nu een ziekenhuis opeens heel ver weg...

...Bij ernstige aandoeningen gaat de ambulance naar Amsterdam of Zwolle vanwege complexer zorgaanbod, dit was ook al zo vóór het faillissement



Arbeidsmarkt

Het personeelstekort in het ziekenhuis in Lelystad was er niet...

...voor een aantal kritische functies waren er tekorten die dwongen tot sluiten van IC en Acute Verloskunde

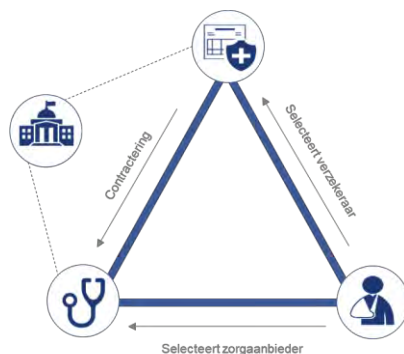


Bevolkingsprofiel

De bevolking van Lelystad met name en Flevoland in bredere zin vraagt om specifiek zorgaanbod...

...Deze situatie komt ook in andere regio's voor

Stakeholders



Zorgaanbieders

- ☐ St Jansdal
- ☐ Antonius Zorggroep
- ☐ Flevoziekenhuis Almere
- ☐ Tjongerschans ziekenhuis
- ☐ Isala Klinieken
- ☐ Regionale Ambulancevoorziening Flevoland (GGD)
- ☐ Medrie

Zorgprofessionals

- ☐ Huisartsen Flevoland
- ☐ Verloskundigen Flevoland
- ☐ Kinderartsen, Gynaecologen
- ☐ Vertegenwoordiging medische staf MC IJsselmeerziekenhuizen

Overheid

- ☐ VWS
- ☐ Provincie Flevoland
- ☐ Gemeente Lelystad
- ☐ Gemeente Noordoostpolder
- ☐ Gemeente Urk
- ☐ Gemeente Dronten
- ☐ Gemeente Almere
- ☐ Gemeente Zeewolde
- ☐ Nederlandse Zorgautoriteit
- ☐ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- ☐ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

Patiënt

- ☐ Flevolandse Patiëntenfederatie
- ☐ Stichting actie Behoud Ziekenhuis Lelystad

Verzekeraar

- ☐ Zilveren Kruis

Overige

- ☐ Drie managers vanuit betrokken regio's vanuit het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)

Legenda:

Uitgenodigd voor 25 februari 2019

Niet aanwezig op 25 februari 2019



Inhoud

**Proces
toekomstverkenning**



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



- ***Zorgaanbod in de regio***
- ***Spoedzorg***
- ***Ambulancezorg***
- ***Acute geboortezorg***

Zorgaanbod | rondom Lelystad liggen meerdere algemene ziekenhuizen van vergelijkbare omvang en één groot STZ ziekenhuis

Ziekenhuisaanbod Flevoland en regio, inclusief MC IJsselmeerziekenhuizen



Kenmerken per ziekenhuis

	Bedden	Klinische opnames	Dagbehandelingen	Poliklinische bezoeken	Medisch specialisten	Omzet 2017 € mln	Km / min van Lelystad**
MC Groep IJsselmeerziekenhuizen	234***	11.916	7.472	152.719	76	105	0,0 / 0
antonius ziekenhuis	274	10.829	14.578	173.997	137	131	85,5 / 52
tjongerschans ziekenhuis heerenveen	238	12.815	13.855	192.673	108	122	77,9 / 50
isala stz ziekenhuizen	1.103	44.066	50.590	640.074	390	696	55,1 / 49
Ziekenhuis St JANS DAL	380	16.470	15.271	200.121	130*	155*	25,0 / 26
Flevoziekenhuis	389	15.611	10.700	261.228	136	175	31,0 / 30



Bron: Google; Google Maps; DigiMV 2017; Jaarverslagen ziekenhuizen; * jaartal 2015; ** vanaf locatie MC Zuiderzee; *** inclusief Emmeloord

Zorgaanbod | het profiel van het MC Zuiderzee was beperkter dan dat van andere algemene en topklinische ziekenhuizen uit de regio

Alle gevestigde specialismen uit MC Zuiderzee worden in de regio aangeboden..



Anaesthesiologie					
Cardiologie					
Dermatologie					
Gastro-enterologie (MDL)					
Heelkunde					
Intensive Care geneeskunde					
Interne geneeskunde					
Kaakchirurgie					
Keel-, neus- en oorheelkunde					
Kindergeneeskunde					
Longziekten					
Medische microbiologie					
Neurochirurgie					
Neurologie					
Obstetrie en gynaecologie					
Orthopedie					
Plastische chirurgie					
Radiologie					
Reumatologie					
Spoedeisende geneeskunde					
Urologie					

..en zorg van 6 specialismen werd voor faillissement ook al elders belegd



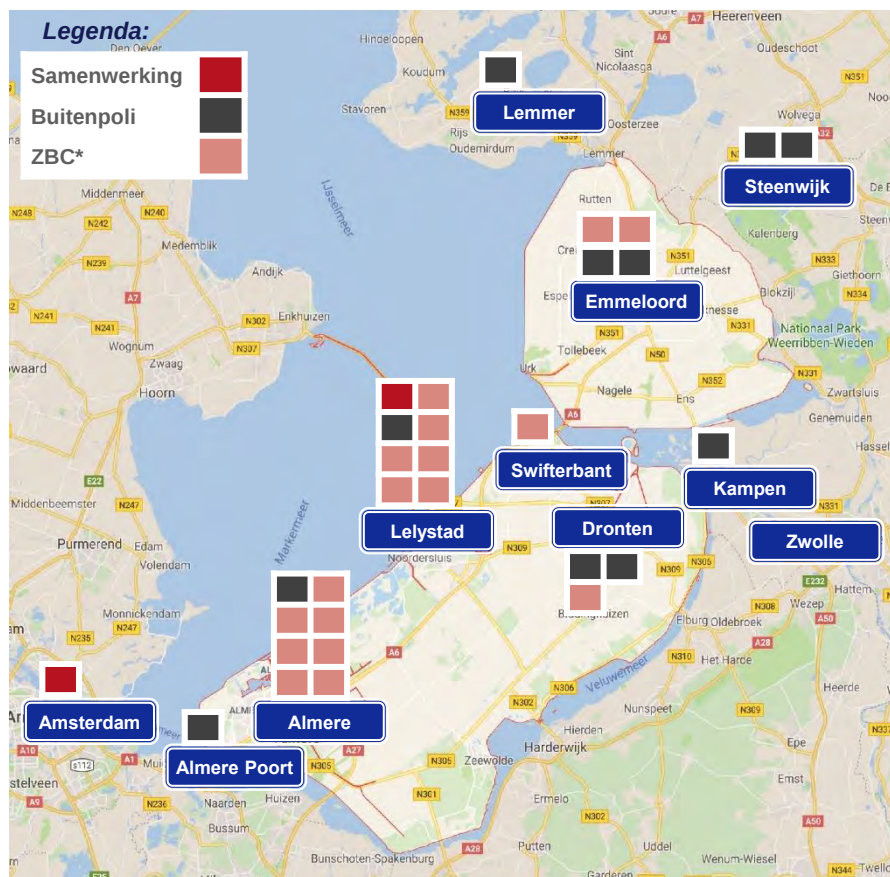
Cardiothoracale chirurgie	
Klinische geriatrie	
Oogheelkunde	
Psychiatrie	
Radiotherapie	
Revalidatiegeneeskunde	
Totaal aantal specialismen	212423262322

- Patiënten moesten al voor een deel van de electieve zorg reizen naar een ander ziekenhuis dan MCIJ
- Het beeld 'we verliezen een compleet ziekenhuis' ligt genuanceerder, ook omdat de zorg die door derden in het MCIJ werd geleverd (blauw) na het faillissement werd gecontinueerd

Legenda:
 Aanwezig
 Niet aanwezig
 Andere lokale aanbieder

Zorgaanbod | daarnaast wordt ook ziekenhuiszorg verleend door buitenpoli's, ZBC's en zijn er samenwerkingsverbanden

Flevoland en ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis



- Het aanbod van ziekenhuiszorg dat niet door een ziekenhuis werd geleverd is onveranderd na het faillissement van MC IJsselmeerziekenhuizen als de poliklinieken in Emmeloord en Dronten respectievelijk door Antonius Zorggroep en St Jansdal worden overgenomen.

Locatie	Vestiging	Specialisme	Type
Lelystad	Flevoziekenhuis**	Nefrologie	■
	Coloriet	Geriatric	■
	Hartklinieken	Cardiologie	■
	Oogziekenhuis Zonnestraal**	Oogheelkunde	■
	Beekman Klinieken**	Plastische Chirurgie	■
	VermoeidheidKliniek	Interne Geneeskunde	■
	De Trappenberg**	Revalidatiegeneeskunde	■
			■
Dronten	St Jansdal	Meerdere	■
	MC Groep	Meerdere	■
	Hartklinieken	Cardiologie	■
Emmeloord	MC Groep	Meerdere	■
	Antonius Zorggroep	Meerdere	■
	Oogziekenhuis Zonnestraal	Oogheelkunde	■
	Beekman Klinieken	Plastische Chirurgie	■
			■
Almere	Flevoziekenhuis	Nefrologie	■
	Hartklinieken	Cardiologie	■
	DC Klinieken	Interne Geneeskunde	■
	DeKinderkliniek	Kindergeneeskunde	■
	OCA zorg	Revalidatiegeneeskunde	■
	Van Linschoten Specialisten	KNO	■
	Xpert Clinic	Plastische Chirurgie	■
Almere Poort	Flevoziekenhuis	Dermatologie	■
Amsterdam	OLVG	Pathologie	■
Kampen	Isala Klinieken	Meerdere	■
Lemmer	Tjongerschans	Meerdere	■
Steenwijk	Tjongerschans	Meerdere	■
	Isala Klinieken	Meerdere	■
Swifterbant	Hartklinieken	Cardiologie	■



Bron: Google Maps. *ZBC = zelfstandig behandelcentrum; **Vestiging op locatie MC Zuiderzee

Keuze gemeenten | locatie van MC IJsselmeerziekenhuizen, St Jansdal en Antonius zijn rationale achter gemeenten in analyse

De MC IJsselmeerziekenhuizen leverden met name zorg voor inwoners van de gemeenten **Lelystad, Dronten, Urk** en **Noordoostpolder**

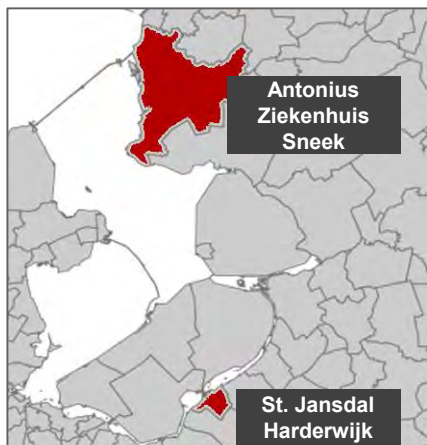


Voor inwoners van de plaatsen Lelystad, Dronten, Swifterbant, Urk, Nagele, Tollebeek en Emmeloord was MC Zuiderzee Lelystad de dichtstbijzijnde zorgaanbieder (klinisch).

 Plaatsen waarvoor MC Zuiderzee Lelystad dichtstbijzijnde zorgaanbieder is (klinisch)

Bron: www.lazk.nl

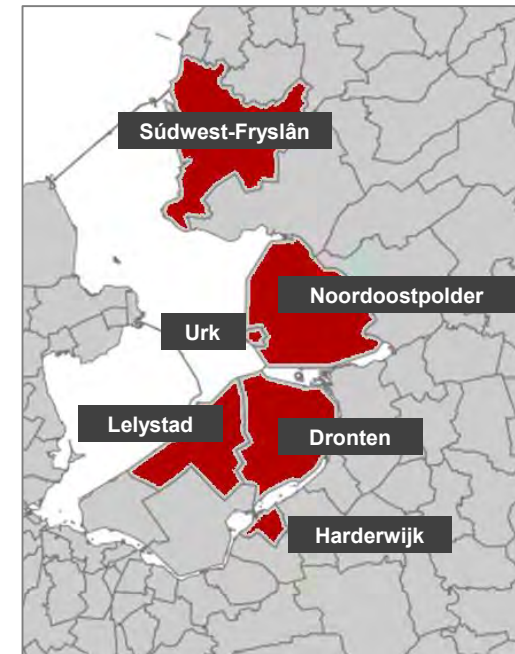
Het Antonius Ziekenhuis en het St Jansdal zijn respectievelijk gevestigd in **Súdwest-Fryslân en Harderwijk**; deze ziekenhuizen nemen zorg MC IJsselmeerziekenhuizen over



Het Antonius Ziekenhuis in Sneek continueert de zorg in de Noordoostpolder en op Urk door de overname van de polikliniek locatie Emmeloord. Ziekenhuis St Jansdal neemt vanaf 1 maart 2019 de zorg in Lelystad en Dronten over.

 Gemeenten waarin de overnemende zorgaanbieders liggen

De gemeenten **Súdwest-Fryslân, Urk, de Noordoostpolder, Lelystad, Dronten en Harderwijk** worden opgenomen in de analyse



Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



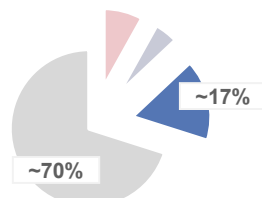
- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoedzorg*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

Spoe dzorg | betreft in NL grotendeels basiszorg die primair geleverd wordt door de huisarts, in een beperkt deel is acuut handelen vereist

Spoe deisende zorg betreft grotendeels acute basiszorg, en wordt in Nederland meestal geleverd door de huisarts. Het aandeel levensbedreigende tot spoe deisende situaties is beperkt

Meeste patiënten kunnen vanaf de SEH naar huis, maar aanzienlijk deel wordt opgenomen

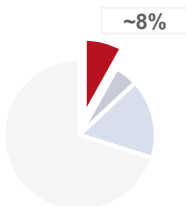
Huisarts en huisartsenpost (HAP)



■ Spoe dzorg geleverd door huisarts
■ Verwijzing naar SEH

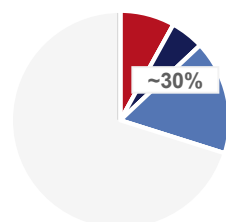
Op jaarbasis (2017) verrichten de huisartsen in Nederland circa 6.7mln gewogen spoedconsulten⁺ en worden er circa 1.3mln patiënten doorverwezen naar de spoedeisende hulp.

Ambulancedienst



Op jaarbasis (2017) worden er circa 0,98mln A1 en A2 ritten[§] uitgevoerd in Nederland, waarvan circa 0,62mln naar een SEH. Het mobiele medische team (MMT) biedt pre-hospitale medisch zorg en wordt op jaarbasis (2017) circa 0,011mln maal ingezet.

Spoe deisende hulp (SEH)

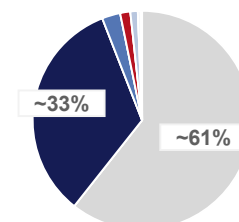


Instroom SEH Nederland (2017)

■ Instroom via ambulancedienst
■ Zelfverwijzing
■ Instroom via Huisarts

- Het grootste deel van de geleverde zorg betreft **acute basiszorg** (bijvoorbeeld een gebroken been)
- In **10-15% is snel handelen vereist** om te voorkomen dat vitale functies in gevaar komen (spoedeisende situatie)
- In **1-2.5% zijn de vitale functies bedreigd** en is acuut handelen noodzakelijk (levensbedreigende situatie)
- In ruim een derde van de SEH bezoeken gaat het om ouderen (65+)

Uitstroom



Uitstroom SEH Nederland (2016)

■ Huis
■ Klinische opname
■ Wijkverpleging
■ Langdurige zorg
■ Ander ziekenhuis
■ (Geriatrische) revalidatiezorg
■ Overleden
■ Eerstelijnsverblijf
■ Acute psychiatrie

Circa een derde van de SEH-patiënten wordt opgenomen (2016):

- Verpleegafdeling: 96%
- Intensive care: 4%
- Opname frequentie en verblijfsduur nemen toe met de leeftijd

Bronnen: NZa Monitor Acute Zorg 2018; Kwaliteitskader spoedzorgketen 2018; Brancherichtlijn optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening 2016; ⁺ Consulten worden gewogen op basis van het type consult (d.w.z. telefonisch, normaal consult, visite of een lange visite); [§] A1 urgentie: acute bedreiging van de vitale functies kan niet worden uitgesloten, A2 urgentie: geen levensbedreigende situatie, maar er kan sprake zijn van ernstige gezondheidsschade. Ritten met een A1 urgentie betreft circa 60% van het totaal aantal spoedritten.

Speedzorg | vanuit het veld worden strengere kwaliteitseisen gesteld die meer hooggekwalificeerd personeel vereisen

Hoofdpijnen kwaliteitskader speedzorgketen, gerelateerd aan de (directe) beschikbaarheid en kwalificaties van personeel en faciliteiten

	Wettelijke of bestaande veldnorm	Nieuw veldnorm of aanbeveling
 Huisarts/ HAP	■ Speedlijn wordt binnen 30 sec. opgenomen (≥ 98%) ■ Bij spoedgevallen is de huisarts in ≥ 90% binnen 20 min. en in ≥ 98% binnen 30 min. aanwezig of hij/zij schakelt ambulance in	■ HAP en SEH hebben afspraken gemaakt over samenwerking (o.a. verantwoordelijkheidsverdeling) ■ Medewerkers betrokken bij triage zijn hiervoor gekwalificeerd Aanbevelingen: ■ HAP en SEH werken zoveel mogelijk vanuit één locatie ■ Huisarts/ HAP heeft 24/7 voldoende mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek
 Ambulance	■ Ambulancezorg is 24/7 telefonisch bereikbaar via de meldkamer ambulancezorg (MKA) . ■ RAV heeft inspanningsverplichting tot het leveren van burenhulp (andere RAV regio) ■ Bij een A1-melding is er in ≥ 95% een ambulance binnen 15 min. aanwezig	■ De RAV maakt gebruik van actuele beschikbaarheids- en capaciteitsinformatie
 SEH/Ziekenhuis‡	■ Triage door SEH verpleegkundige start binnen 5 min., daarnaast is er 24/7 een SEH verpleegkundige met kinderaantekening aanwezig ■ Arts op de SEH heeft ervaring met spoedeisende hulpverlening (reanimatie, stabilisatie, zekeren luchtweg etc.) en is 24/7 binnen 5 min bij het bed aanwezig ■ Specialisten (o.a. neuroloog, chirurg) zijn binnen 15 – 30 min. bereikbaar/aanwezig (vereisten variëren per specialisme) ■ Voor acute verloskunde is er 24/7 een klinisch verloskundige of arts-assistent aanwezig, daarnaast zijn de kinderarts, gynaecoloog en anesthesist binnen 30 min beschikbaar ■ Laboratorium en röntgenfaciliteiten zijn direct beschikbaar ■ Een operatiecomplex, intensive care unit (CCU voor spoedeisende cardiologische zorg) en klinische opname afdelingen zijn aanwezig ■ Een OK-team is binnen 15 – 30 min. aanwezig	■ 24/7 is er een arts met tenminste 2 jaar klinische ervaring, waarvan 1 jaar in een poortspecialisme (o.a. chirurgie en interne), aanwezig[§] ■ Binnen 30 min. is er een arts of verpleegkundig specialist met geriatrische expertise telefonisch bereikbaar (fysiek < 2 uur)[§] ■ Ondersteunende specialismen (apothek, klinische chemie en medische microbiologie) zijn binnen 30 min. bereikbaar[§] ■ Er is een duidelijk omschreven ontslagprocedure en nazorgtraject (kwetsbare groepen) ■ SEH maakt gebruik van actuele beschikbaarheids- en capaciteitsinformatie Aanbevelingen: ■ SEH-arts KNMG of specialist (cursus Advanced Life Support en Advanced Pediatric Life Support afgerond) is fysiek aanwezig ■ Acute opname afdeling (t.b.v. observatie en diagnostiek) is aanwezig
 Keten		■ Samenwerking en informatieoverdracht zijn essentieel: ketenpartners stemmen triagesystemen zoveel mogelijk op elkaar af en delen actuele medische gegevens elektronisch met elkaar ■ Ketenpartners weten welke ziekenhuizen in de regio over specifieke faciliteiten en/of competenties beschikken voor specifieke toestandsbeelden. Dit is inzichtelijk gemaakt in ROAZ-verband (Regionaal Overleg Acute Zorgketen)

Bronnen: Kwaliteitskader speedzorgketen 2018 en Kwaliteitsvisie spoedeisend zorg 2013; ‡ normen gelden voor iedere geopende SEH; § onder voorbehoud uitkomst budget impact analyse

Speedzorg | voor een aantal specifieke toestandsbeelden is de speedzorg in Nederland geconcentreerd

Concentratie van acute zorg bij specifieke toestandsbeelden is al 10 jaar een thema in diverse kwaliteitsrichtlijnen

Ziekenhuis met specifieke faciliteiten

Dichtstbijzijnde ziekenhuis

Acute Cardiologie 	■ Hartinfarct (AMI) ■ Cardiologisch interventiecentrum waar zowel hartkatheterisatie als dotterbehandelingen (PCI) uitgevoerd kunnen worden ■ Eerste harthulp ■ Cardiac Care Unit (CCU) ■ Hartrevalidatie	■ Overige aandoeningen
Acute Neurologie 	■ Herseninfarct (CVA) ■ Verdenking subarachnoïdale bloeding (SAB) met gedaald bewustzijn en braken ■ Ziekenhuis met trombolyse faciliteiten; indien intra-arteriële behandeling (IAT) nodig blijkt, wordt patiënt naar een IAT-behandelcentrum vervoerd	■ Overige aandoeningen
Acute Vaatchirurgie 	■ Ruptuur abdominaal aorta aneurysma ((r)AAA) ■ Vaatchirurgische behandelteam ■ 24/7 beschikbaarheid endovasculaire aneurysma reparatie (EVAR)	■ Overige aandoeningen
Acute Kindergeneeskunde 	■ Pediatric intensive care unit (PICU)	■ Eerste opvang en stabilisatie van IC-behoefte kinderen; evt. daarna overplaatsen naar centrum met PICU
Trauma opvang 	■ Ernstig trauma ■ Multitrauma ■ Level 1 traumacentrum (evt. eerst opvang in een level 2 traumacentrum)	■ Brandwonden: stabilisatie, evt. daarna overplaatsen naar brandwondencentrum

Bronnen: Kwaliteitsindeling spoedeisende Hulp 2009; Kwaliteitsvisie Spoedeisende zorg, 2013; Landelijk protocol ambulancezorg 2016; Kwaliteitskader speedzorgketen 2018

Daarnaast wordt een afname van het aantal spoedeisende hulp afdelingen geobserveerd



Bronnen: NZa Markscan Acute Zorg 2017 en NZa Monitor Acute Zorg 2018; cijfer voor 2018 betreft de stand op 1 november 2018



Speedzorg | voor een aantal van deze specifieke toestandsbeelden werden patiënten niet naar de SEH van het MC Zuiderzee gebracht

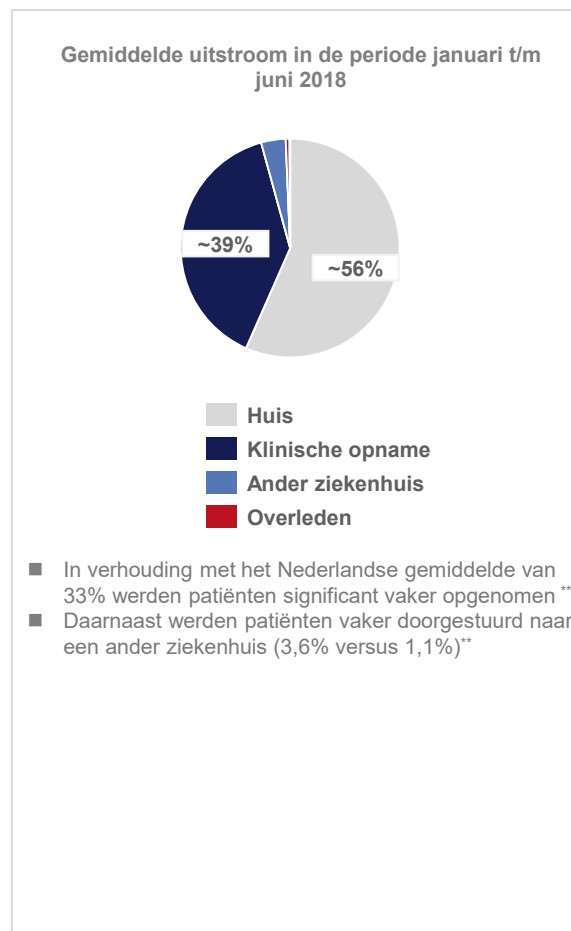
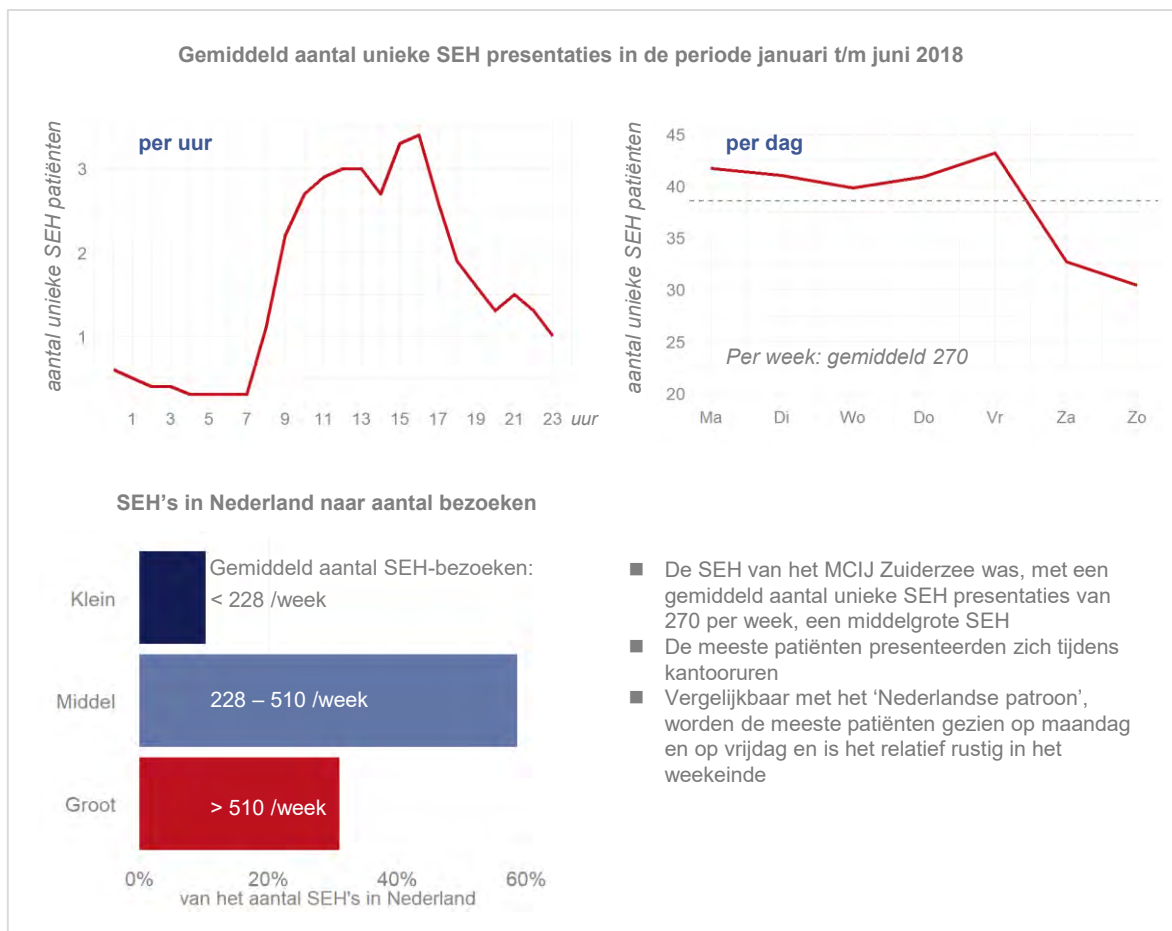
	MC Zuiderzee	Ziekenhuis St JANS DAL	antonius ziekenhuis	tjongerschans ziekenhuis heerenveen	isala	Flevoziekenhuis	Amsterdam UMC
Basis SEH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acute Cardiologie (AMI)					✓		✓
Acute Neurologie (CVA - trombolysen)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Acute Neurologie (SAB en IAT-indicatie)					✓		✓
Acute Vaatchirurgie (rAAA)					✓		✓
Acute Kindergeneeskunde†	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Trauma opvang	L3	L2	L3	L3	L1	L3	L1

Bronnen: Acute Zorgnetwerk Noord-Nederland; RAV Flevoland; MC IJsselmeerziekenhuizen; † acute en klinische kindergeneeskunde werd kort voor het faillissement gesloten in het MC Zuiderzee

Speedzorg | het MC Zuiderzee had een middelgrote SEH, met piekinstroom tijdens kantooruren en relatief veel klinische opnames

De SEH van het MCIJ was een middelgrote SEH, met de grootste instroom gedurende kantooruren

SEH patiënten werden relatief vaak opgenomen



Bronnen: MC IJsselmeerziekenhuizen; NZa Monitor Acute Zorg 2018; BIA kwaliteitskader speedzorgketen december 2018; ** χ^2 test zonder continuïteitscorrectie

Voor zover bekend bij de Toekomstverkenner zijn er tot op dit moment nog geen calamiteiten gemeld, wel zijn er incidenten en casus gemeld.

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoedzorg*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

Ambulancezorg | alleen de 15 minuten aanrijtijd is een prestatienorm

Wettelijke prestatienorm¹: melding tot aankomst ambulance

Bij A1-meldingen moet de ambulance onder normale omstandigheden in minimaal 95% van de gevallen in de regio binnen 15 minuten ter plaatse zijn



Spreidingsnorm¹: tijd van melding tot aankomst patiënt op SEH

Dit is geen wettelijke prestatienorm voor A1-ritten, maar gerelateerd aan de spreiding van ziekenhuizen.



Eenzijds wordt de 45-minutennorm niet gezien als prestatienorm...

RIVM¹



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

[...] Als een spoedeisende hulp of een afdeling acute verloskunde van een gevoelig ziekenhuis wordt gesloten, neemt het aantal mensen toe dat er – volgens het gehanteerde model – langer dan 45 minuten over doet om een SEH of afdeling acute verloskunde te bereiken. Om die reden mogen deze afdelingen niet sluiten. **De richtlijn van 45 minuten is gerelateerd aan de geografische spreiding van ziekenhuizen, het is geen prestatienorm voor de ambulancezorg.** [...]



Monitor Acute zorg, NZa³

Spoedeisende hulpafdeling:

voor de tijd waarbinnen een patiënt op de SEH moet zijn bestaat geen wettelijke bereikbaarheidsnorm. [...] Wel bestaat er een wettelijke spreidingsnorm, de zogeheten '45 minuten-norm'. Op basis daarvan wordt bepaald dat sommige SEH's niet mogen sluiten [...]

...anderzijds wordt het wel als prestatienorm geïnterpreteerd

Zorgstandaard Integrale Geboortezorg²



Over de bereikbaarheidsnorm van SEH's van 45 minuten bestaat geen discussie. Deze bereikbaarheidsnorm is als volgt opgebouwd: **vanaf de ontvangst van de melding bij de meldkamer heeft een ambulance 15 minuten aanrijtijd om ter plekke te komen. Vervolgens heeft het ambulancepersoneel 5 minuten stabilisatie- en inlaadtijd. De overige 25 minuten resteert voor het vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis met een spoedeisende hulp.** [...]



CIBG
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

WTZi, Beleidsregels 2017⁴

[...] Deelnemers aan het regionale overleg acute zorgketen kunnen alleen (tijdelijk) stoppen met functies op een bepaalde locatie als de 45 minuten norm om een SEH-afdeling van een basisziekenhuis te bereiken, niet in gevaar komt. **Deze bereikbaarheidsnorm van 45 minuten betreft de totaal tijd die nodig is om met een ambulance de patiënt op de plaats van het ongeval te bereiken en vervolgens naar een SEH-locatie te rijden.** [...]

¹Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; ²Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, 28 juni 2016; ³Monitor Acute Zorg 2018; ⁴Wet Toelating Zorginstellingen, Beleidsregels 2017

Ambulancezorg | de wettelijke 15 minuten norm wordt gehaald, zelfs verbetering omdat er meer ambulances in de regio zijn

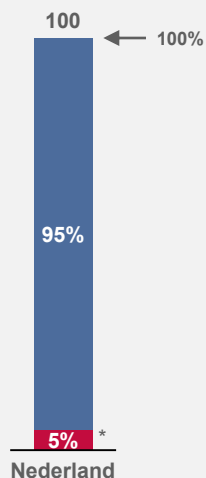
Wettelijke prestatienorm¹:
melding tot aankomst ambulance A1-rit



15 min
totaalduur

Regionorm

Norm aanrijtijd

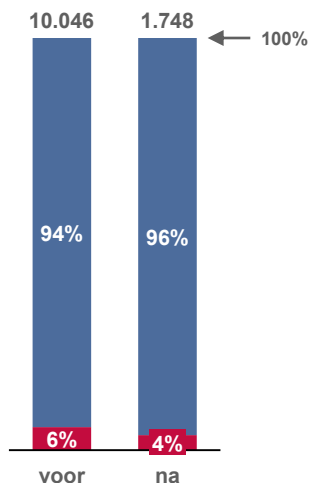


Scope:

Alle A1-ritten met een afhaalplaats binnen de provincie Flevoland. Aanname dat bij A2-ritten en B-ritten niet met maximale spoed gereden wordt.

Provincie (RAV Flevoland)

Flevoland



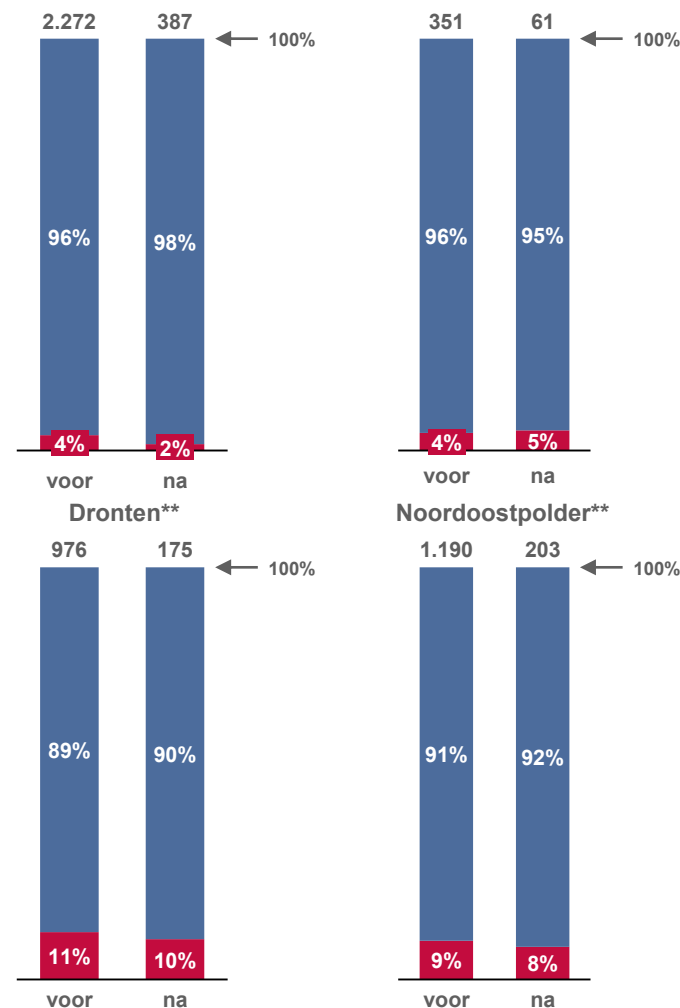
Legenda

- <15 min; binnen norm
- >15 min; buiten norm

Gemeenten in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen

Lelystad

Urk



Bron: ¹Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; data RAV Flevoland; jaar 2018. Disclaimer: data na faillissement is beperkt. *Maximaal 5% overschrijding van de norm in een regio. **De regionorm geldt niet voor afzonderlijke gemeenten, maar voor het hele RAV-gebied.

© IG&H Consulting & Interim, Utrecht 2019

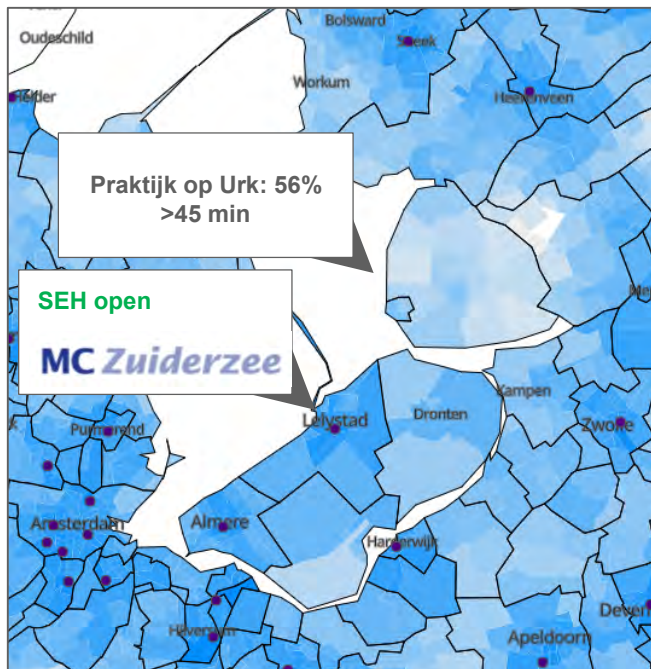
Toekomstverkenning Zorg Flevoland 21

Ambulancezorg | de spreidingsnorm is een theoretische norm die, onafhankelijk van het faillissement, niet overeenkomt met de praktijk

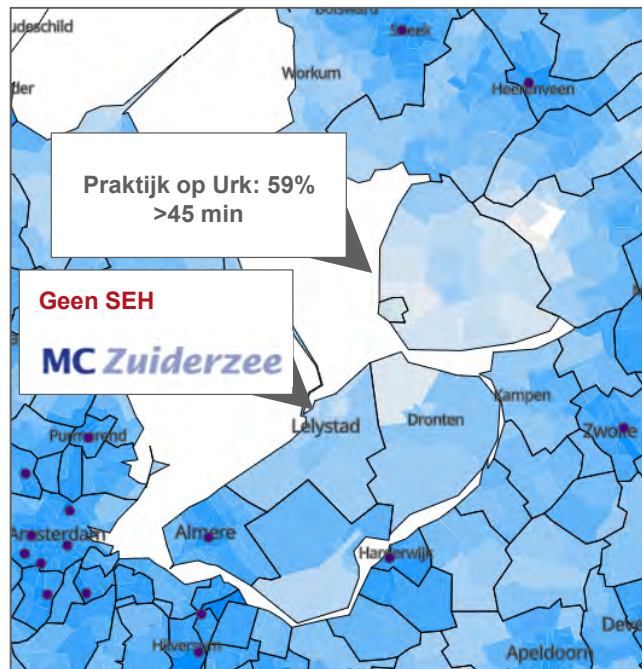
De spreidingsnorm van 45 minuten wordt in theorie overal in de provincie gehaald, maar in praktijk valt een kleine minderheid van de ritten binnen deze norm, en dat is te verklaren

- De hele provincie Flevoland voldoet na sluiting van de SEH in het MC Zuiderzee aan de spreidingsnorm, dit is in lijn met de beoordeling van het RIVM dat het **MC Zuiderzee niet tot de gevoelige ziekenhuizen** behoorde
- In praktijk is de tijd van melding tot aankomst op SEH voor **een deel van de A1 ritten langer dan 45 minuten**, dat was ook zo vóór het faillissement
- Deskundig ambulancepersoneel kan in een deel van de gevallen **starten met zorgverlening ter plaatse**; dit resulteert in een langere “inlaadtijd”. Direct vertrekken is daarom niet in alle gevallen de beste keuze voor de patiënt.
- Er zijn **meerdere gebieden in Nederland** waar de spreidingsnorm in praktijk niet wordt gehaald, bijvoorbeeld in Overijssel

Voor faillissement



Na faillissement



8 45

Tijd (minuten);
Spreidingsnorm

De spreidingsnorm van 45 minuten is géén prestatienorm voor de ambulancezorg



Bron: <https://www.lazk.nl/>; data RAV Flevoland; jaar 2018. Disclaimer: data na faillissement is beperkt.

Ambulancezorg | aantal inwoners dat volgens het theoretisch model langer moet reizen naar een SEH is toegenomen na faillissement

Spreidingsnorm¹:
melding tot aankomst SEH



**Geen prestatienorm,
alleen gebruikt om
spreiding van
ziekenhuizen te bepalen**



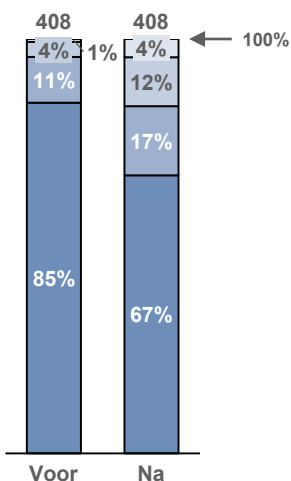
Scope:

Theoretisch model RIVM;
Aantal inwoners x1000

Het gaat om A1-
ambulanceritten

Provincie

Flevoland



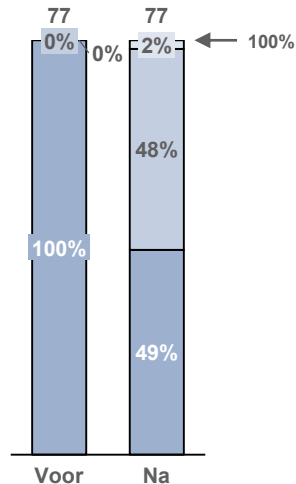
Legenda

Minuten van
standplaats naar
postcode naar
ziekenhuis volgens
spreidingsnorm

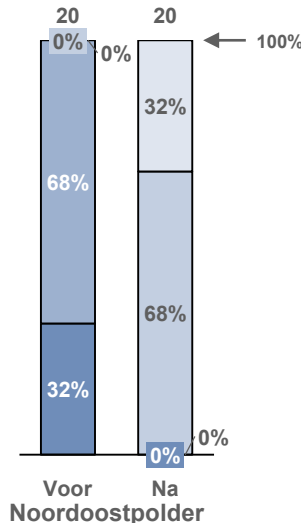


Gemeenten in de regio MC IJsselmeerziekenhuizen

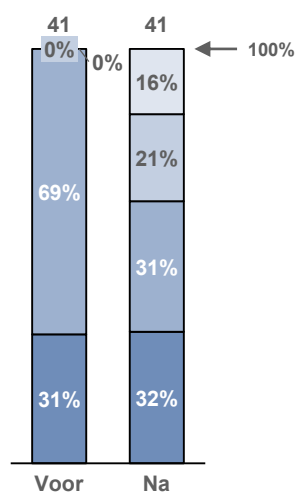
Lelystad



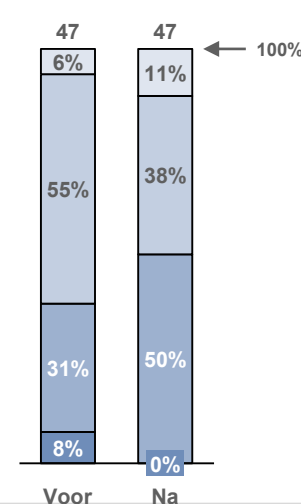
Urk



Dronten



Noordoostpolder



Ambulancezorg | de tijdsduur van melding tot aankomst SEH is vaak langer dan 45 minuten, dit is sinds het faillissement toegenomen

Spreidingsnorm¹:
melding tot aankomst SEH



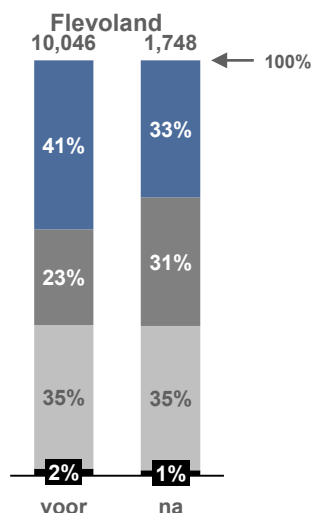
Geen prestatienorm, alleen gebruikt om spreiding van ziekenhuizen te bepalen



Scope:

- Alleen A1-ritten, vanwege de aanname dat bij A2-ritten en B-ritten niet met maximale spoed gereden wordt
- De afhaalplaats ligt in Flevoland
- Exclusief loze ritten
- Gemeente Almere en Zeewolde zijn beperkt beïnvloed door het faillissement van MCIJ
- In Almere is zowel voor als na het faillissement ~50% <45min, dit beïnvloedt het provincietotaal

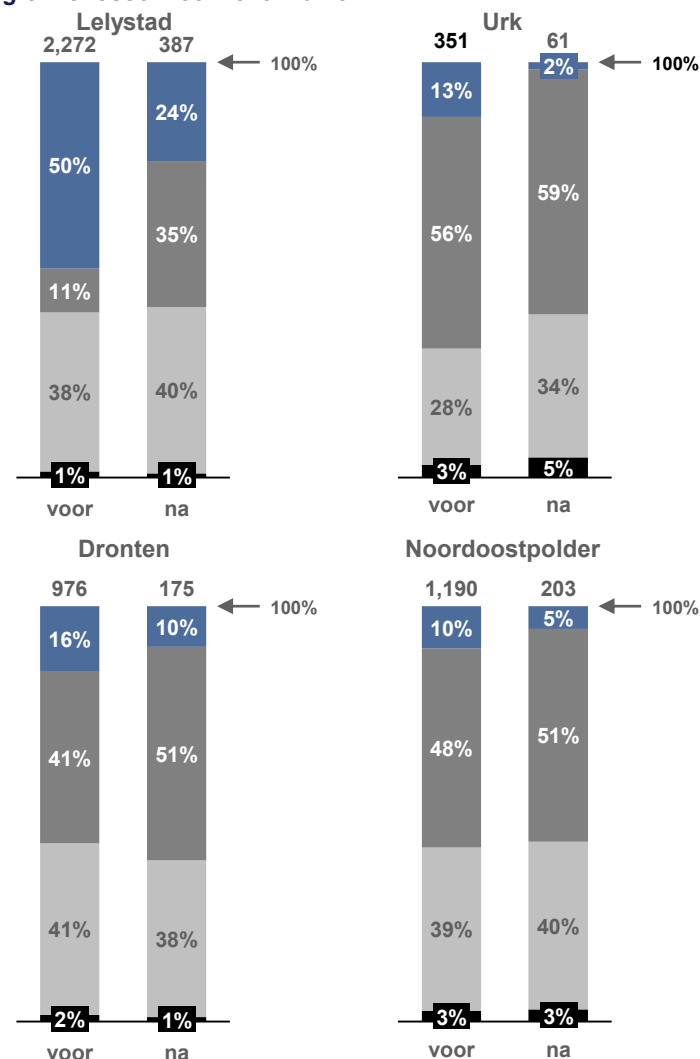
Provincie



Legenda

- <45min; binnen spreidingsnorm
- >45min; buiten spreidingsnorm
- Eerste hulp, geen vervoer
- Onbekend

Gemeenten in de regio MC IJsselmeerziekenhuizen



Bron: ¹Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen; data RAV Flevoland; jaar 2018. Disclaimer: data na faillissement is beperkt.

Ambulancezorg | de inlaadtijd wijkt consistent af van de theoretische 5 minuten, dat is te verklaren

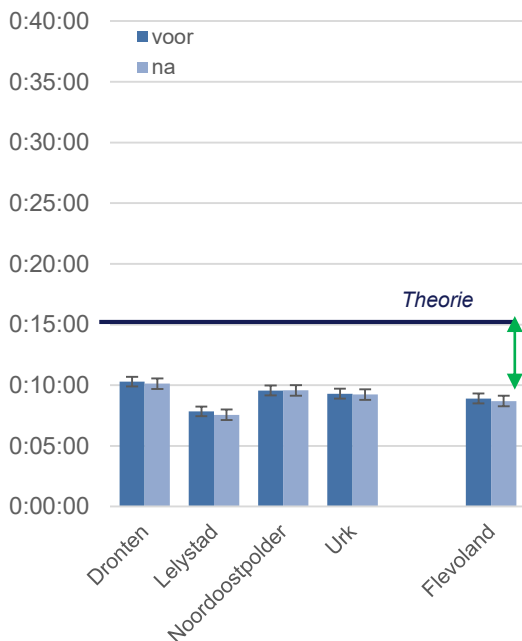
Spreadingsnorm¹: melding tot aankomst SEH



De spreadingsnorm van 45 minuten is géén prestatienorm voor de ambulancezorg

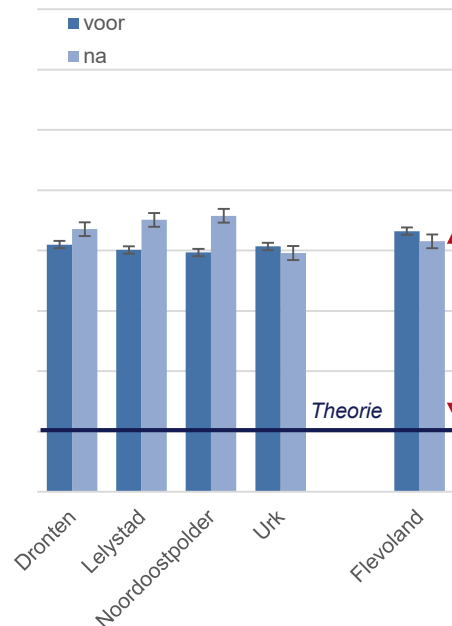
Aanrijtijd

- In iedere gemeente uit de regio van MC IJsselmeer-ziekenhuizen is dit onder de norm; onafhankelijk van het wegvallen van een volledig uitgeruste SEH in Lelystad
- Verhoogde beschikbaarheid van ambulances leidt tot verbetering in aanrijtijden na faillissement MCIJ



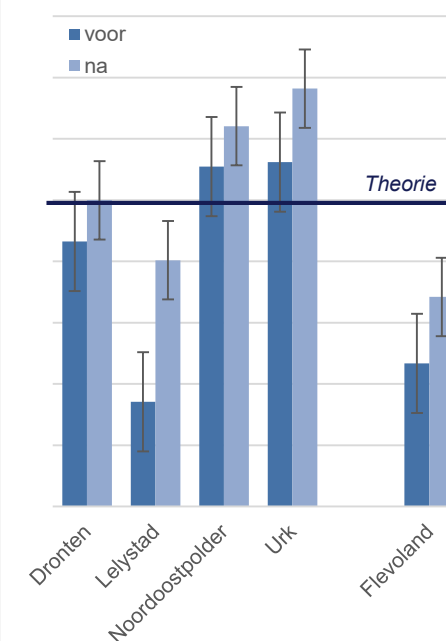
Tijd ter plaatse ("inlaadtijd")

- Dit is gemiddeld ~20 minuten, terwijl de theorie 5 minuten rekent. Dit is consistent tussen gemeenten.
- Deskundig ambulancepersoneel kan in deel van de gevallen starten met zorgverlening ter plaatse; dit resulteert in een langere tijd ter plaatse. Direct vertrekken is daarom niet in alle gevallen de beste keuze voor de patiënt.



Reistijd naar SEH

- Niet in alle gevallen wordt met maximale snelheid gereden, dit geeft ook discomfort voor de patiënt
- Dit verschilt per gemeente, in lijn met afstand tot SEH
- De sluiting van de volledig uitgeruste SEH in Lelystad veroorzaakt een langere reistijd voor de vier belangrijkste gemeenten uit het adherentiegebied.



Bron: ¹Bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2018; Analyse gevoelige ziekenhuizen.; data RAV Flevoland; jaar 2018. Disclaimer: data na faillissement is beperkt. Data geven gemiddelde tijden weer.

© IG&H Consulting & Interim, Utrecht 2019

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



Patiënt en profiel

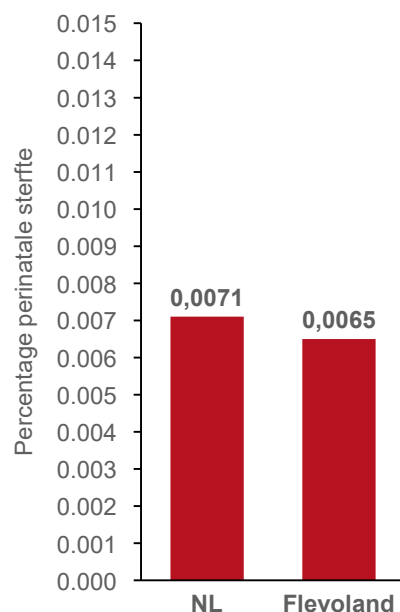


- *Zorgaanbod in de regio*
- *Spoedzorg*
- *Ambulancezorg*
- *Acute geboortezorg*

Geboortezorg | het aantal bevallingen in de tweede lijn ligt ~5% hoger in Flevoland dan in Nederland, de perinatale sterfte is ~gelijk

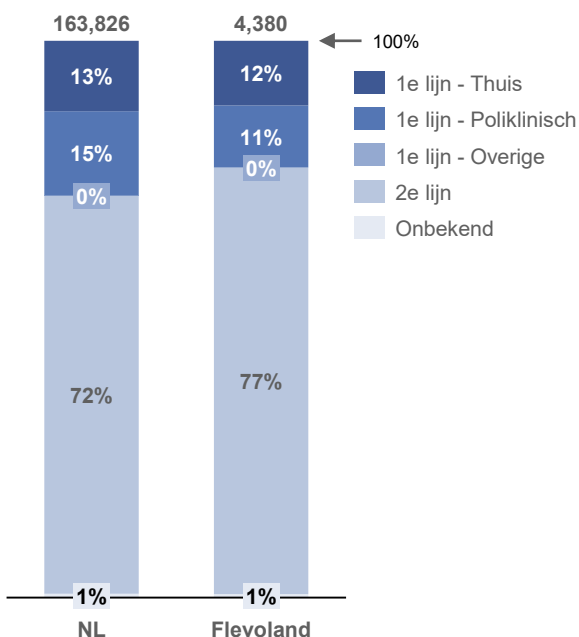
Perinatale sterfte¹

Sterfte tijdens de zwangerschap, bevalling en in de eerste periode na de geboorte (perinatale sterfte) is een belangrijke indicator van de gezondheid van zwangere vrouwen en hun baby's en van de kwaliteit van de zorgverlening tijdens de zwangerschap en bevalling. Bedoeld wordt van 22 weken tijdens de zwangerschap tot de eerste 7 dagen na de geboorte.



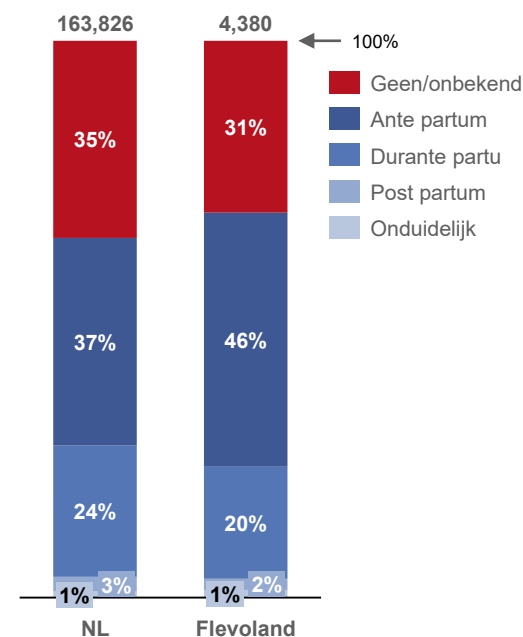
Plaats bevalling²

Het aantal thuisbevallingen is ongeveer gelijk, terwijl het aantal bevallingen in de tweede lijn relatief hoger ligt in Flevoland. Een mogelijke oorzaak is de (verminderde) beschikbaarheid van poliklinische locaties/geboortecentra.



Verplaatsing van 1^e naar 2^e lijn²

In Flevoland wordt tijdens de bevalling vaker doorverwezen naar de tweede lijn, dit is congruent met de observatie dat meer bevallingen in de tweede lijn plaatsvinden ten opzichte van de landelijke data.



Geboortezorg | bevallingen op Urk worden opgevangen door omliggende ziekenhuizen sinds sluiting MC IJsselmeerziekenhuizen

Jaar 2018:

Eerste, tweede en derde kwartaal
(totaal 259)

Vierde kwartaal
(totaal 100)

Thuisbevallingen



Urk 27%; 69

Urk 26%; 26

Ziekenhuisbevallingen



MC IJsselmeerziekenhuizen 58%; 151

Antonius Zorggroep 6%; 15

Isala Klinieken 7%; 18

Overige* 2%; 5

Tjongerschans 0%; 0

St Jansdal 0%; 1

Flevoziekenhuis 0%; 0

MC IJsselmeerziekenhuizen** 6%; 6

Antonius Zorggroep 46%; 46

Isala Klinieken 14%; 14

Overige* 2%; 2

Tjongerschans 4%; 4

St Jansdal 1%; 1

Flevoziekenhuis 1%; 1



Observaties

- ❑ Van het totaal aantal A1-ritten vanaf Urk sinds de sluiting van acute verloskunde in MC IJsselmeerziekenhuizen, reed de ambulance in 5 a 6 gevallen voor acute verloskunde naar een omliggend ziekenhuis.
- ❑ Voor acute verloskundige situaties is de snelst gemeten ambulancerit 50 minuten, en de minst snelle 120 minuten. Dit betreft de tijd van melding tot aankomst ziekenhuis.

Conclusies

- ❑ Het percentage thuisbevallingen is ~gelijk gebleven
- ❑ Antonius Zorggroep in Sneek speelt de grootste rol in opvang van de geboortes vanuit Urk, gevolgd door Isala Klinieken te Zwolle

Bron: Gemeente Urk. *Overige ziekenhuizen in de steden Groningen, Maastricht, Nijmegen, Utrecht, Blaricum, Veldhoven en Amsterdam. **In het eerste deel van het vierde kwartaal werd acute verloskunde nog wel aangeboden in MC IJsselmeerziekenhuizen, het faillissement vond plaats op 25 oktober.

Geboortezorg | drie routes worden verkend om de afstand tussen zwangere vrouwen en ziekenhuis te verkleinen

Doelstelling: afstand tussen zwangere vrouw en ziekenhuis verkleinen door winst in afstand of tijd
Verkenning van drie mogelijke scenario's om huidige situatie te verbeteren:

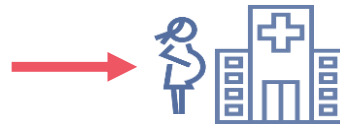


Bij iedere oplossingsrichting moet de keuzevrijheid van de zwangere vrouw worden geborgd, conform de zorgstandaard

Zwangere sneller bij ziekenhuis



Zwangere dichterbij ziekenhuis



Ziekenhuis dichterbij zwangere



Belangrijkste factoren die acute verloskunde een uitdaging maken in de Noordoostpolder:



De **reisafstand** naar dichtstbijzijnde ziekenhuizen; in praktijk duren ritten in ~de helft van de gevallen langer dan 45 minuten



De **cultuur op Urk**, waar het gemiddeld aantal kinderen per vrouw hoger ligt en bevallingen snel kunnen verlopen, en thuis bevallen vaker voorkomt



De **hoge werkdruk** bij verloskundigen en het ambulancepersoneel RAV Flevoland: 3 fte vacatures in de verloskundigenpraktijk op Urk, alle verloskundigen in dienst nemen deel in dubbele dienstenstructuur. Daarnaast is het werken met de langere reisafstanden onprettig en beïnvloedt dit de werksfeer in negatieve zin.

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



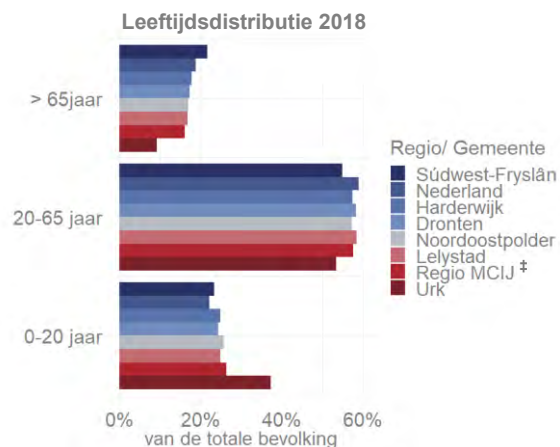
Patiënt en profiel



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid en zorgkosten*
- *Lelystad: wijken met een lage SES – statusscore*
- *Profiel en reistijden*

Bevolking | in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen is jonger dan Nederlandse populatie, maar percentage 65 plussers neemt toe

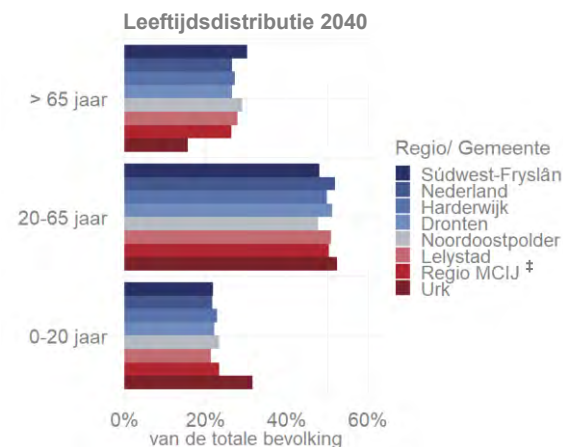
De bevolking in het adherentiegebied van de MC IJsselmeerziekenhuizen is **relatief jong** t.o.v. de bevolking in Nederland, dit is het meest uitgesproken op Urk



Mediane leeftijd
($Q_1 - Q_3$)

Súdwest-Fryslân	45 (21 – 62) **
Nederland	42 (22 – 60)
Harderwijk	41 (20 – 59) **
Dronten	41 (20 – 58) **
Noordoostpolder	40 (19 – 58) **
Lelystad	40 (20 – 58) **
Regio MCIJ‡	39 (18 – 57) **
Urk	27 (12 – 48) **

Het percentage **inwoners van 65 jaar en ouder neemt**, naar verwachting, **in de hele regio toe**. Dit is het meeste uitgesproken in de Noordoostpolder, de populatie op Urk blijft daarentegen relatief jong



Aandeel per leeftijdscategorie (t.o.v. 2018)

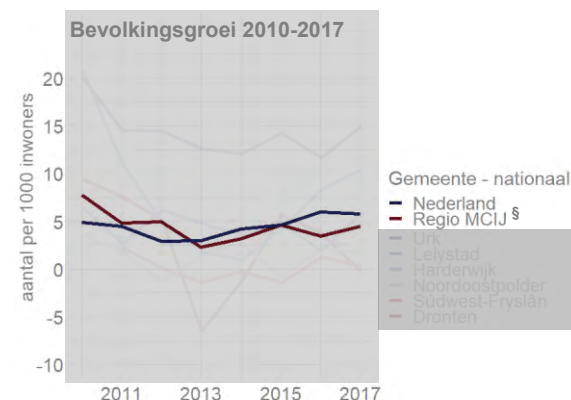
	0 – 20 jaar	20 – 65 jaar	> 65 jaar
Súdwest-Fryslân	22% (-2%)	48% (-7%)	30% (9%)
Nederland	22% (-1%)	52% (-7%)	27% (8%)
Harderwijk	23% (-2%)	50% (-8%)	27% (9%)
Dronten	22% (-2%)	51% (-7%)	27% (9%)
Noordoostpolder	23% (-2%)	48% (-10%)	29% (12%)
Lelystad	21% (-3%)	51% (-7%)	28% (11%)
Regio MCIJ‡	23% (-3%)	50% (-7%)	26% (10%)
Urk	32% (-6%)	52% (-1%)	16% (6%)

Bronnen: CBS 2018; CBS prognose 2017; ‡ Gemeentes: Lelystad, Noordoostpolder, Dronten en Urk ** Significant verschillend van de Nederlandse populatie (Kruskal-Wallis one-way analysis of variance en post-hoc tests)

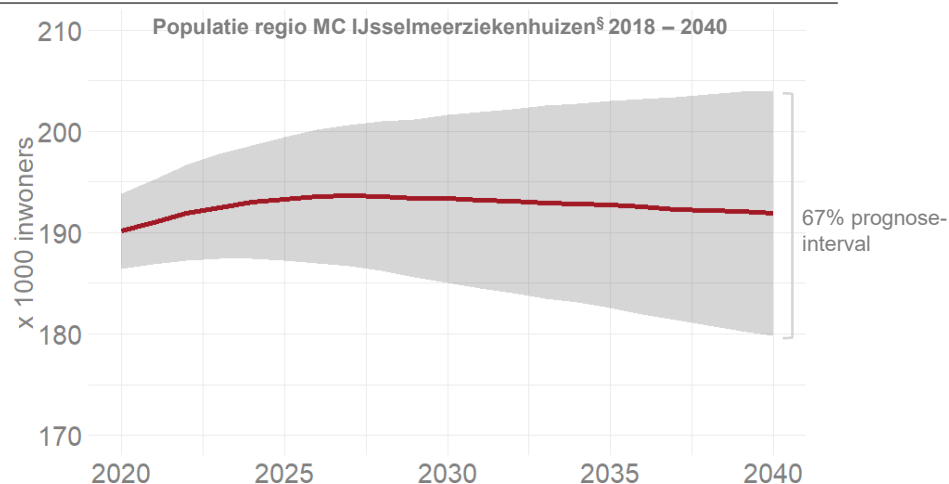
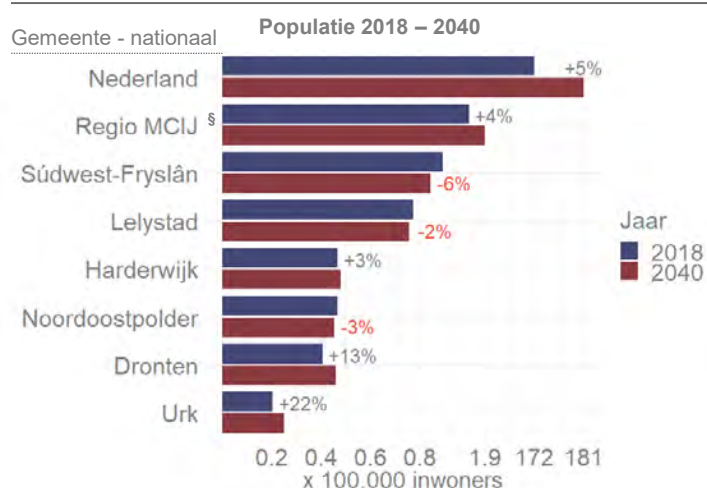
Bevolking | in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen neemt toe, maar niet meer dan de Nederlandse populatie

Bevolking in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen **groeide** in de afgelopen jaren **met wisselende snelheid**, maar wijkt niet evident af van de bevolkingsgroei in Nederland. Urk is hierop een uitzondering

	Aantal geboortes per 1000 inwoners (2010 – 2017)*	Geboorteoverschot per 1000 inwoners (2010 – 2017)*	Migratiesaldo per 1000 inwoners (2010 – 2017)*
Nederland	10,4	1,9	2,3
Lelystad	11,6	4,6	0,6
Noordoostpolder	11,9	4,3	15,8
Dronten	10,1	4,0	13,4
Urk	20,2	15,8	0,5
Harderwijk	12,2	4,6	1,1
Súdwest-Fryslân	9,6	0,4	0,5

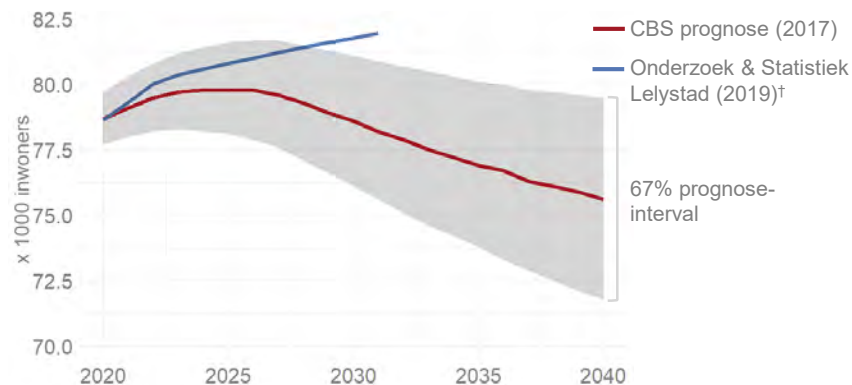


Aantal inwoners in regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen **groeit** naar verwachting, maar niet meer dan de Nederlandse populatie. Het 67% prognose-interval, een maat voor de nauwkeurigheid van de prognose, is echter relatief breed

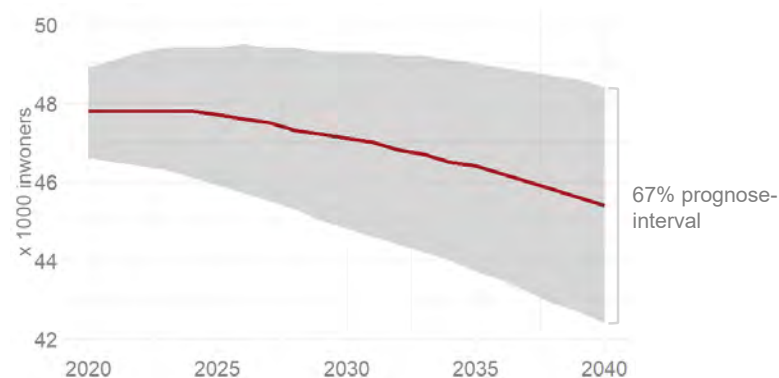


Bevolking | in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen neemt toe, maar bevolkingsgroei wisselt per gemeente

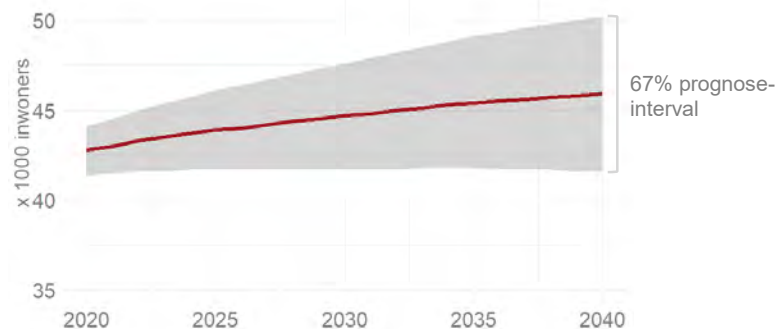
Zowel het CBS als de gemeente **Lelystad** verwachten bevolkingsgroei in de periode 2019 – 2024, daarna zal de groeisnelheid afnemen/ negatief worden



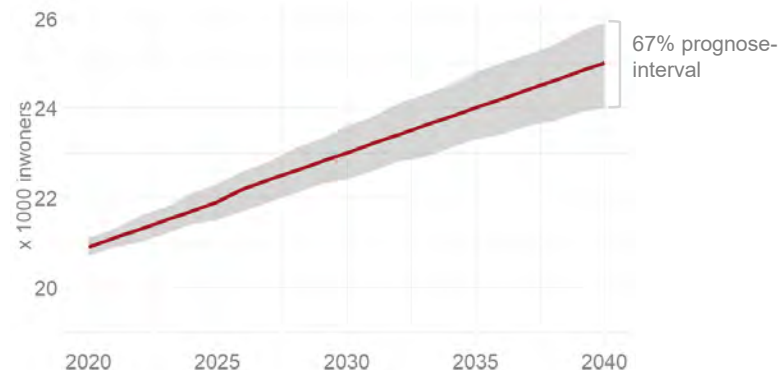
Naar verwachting blijft het aantal inwoners in de **Noordoostpolder** de komende jaren ~ gelijk, maar neemt deze vanaf ~ 2025 geleidelijk af



Naar verwachting zal het aantal inwoners in **Dronten** de komende jaren geleidelijk blijven stijgen



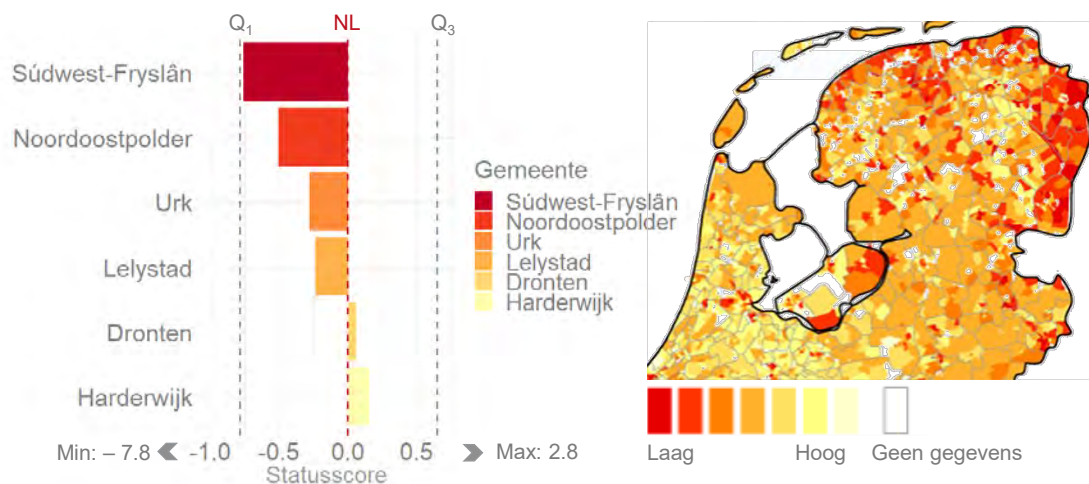
Op **Urk** blijft het aantal inwoners, naar verwachting, het snelst groeien



Bronnen: CBS prognose 2017; Bevolkingsprognose 2019 – 2034, Onderzoek en Statistiek Gemeente Lelystad. Het CBS baseert de prognose op historische geboorte-, sterfte-, immigratie- en emigratiecijfers. De gemeente Lelystad neemt daarnaast de gerealiseerde en de te verwachte woningbouwproductie mee. † De gemeente Lelystad verwacht vanaf 2028 een negatief geboorteoverschot, wat gecompenseerd wordt door een positief migratiesaldo

Sociaal Economische Status | is lager dan het NL gemiddelde, maar aanzienlijk deel van NL bevolking woont in een wijk met lagere SES

Sociaal economische status (SES – statusscore) in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen is **lager** dan het Nederlandse gemiddelde, maar > 25% van de Nederlandse bevolking woont in een postcodegebied waar de statusscore lager is



De statusscore is beschikbaar per postcodegebied (>100 huishoudens) en wordt berekend op basis van de volgende indicatoren:

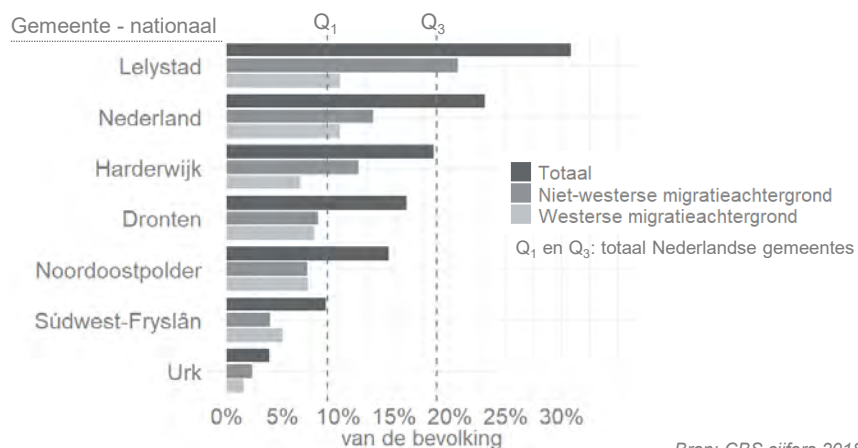
- gemiddeld inkomen
- percentage van de bevolking met een laag inkomen (2017: €1960 per maand voor een gezin met twee kinderen)
- percentage laag opgeleiden (basisonderwijs, v(m)bo, mavo of mbo-1 de hoogst voltooide opleiding)
- percentage van de bevolking dat niet werkt

De in de grafiek getoonde statusscore zijn gewogen naar het aantal inwoners per postcodegebied. Op basis van de statusscore wordt voor ieder postcodegebied de rangorde bepaald (hoogste tot laagste SES: 1 - 3560). De spreiding van de statusscore per postcodegebied is groot, zo varieerde de rangorde in Lelystad van 4 – 3555.

Bron: Sociaal cultureel planbureau 2017



Aantal inwoners met een migratieachtergrond is hoog in Lelystad



Bron: CBS cijfers 2018;
Migratieachtergrond gedefinieerd als persoon met tenminste één ouder die in het buitenland is geboren

Gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie

Gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie beïnvloeden de mate waarin een patiënt in staat is om zelf de verantwoordelijkheid te nemen over de eigen zorg.

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden die een patiënt nodig heeft om beslissingen te nemen t.a.v. de gezondheid. Hiertoe behoren zowel functionele vaardigheden, zoals lezen, schrijven en rekenen, als sociale vaardigheden en het kritisch vermogen. Het aannemen van een actieve patiëntrol, **patiëntactivatie**, hangt meer samen met zelfvertrouwen, motivatie en verantwoordelijkheidsgevoel voor de eigen gezondheid.

Mensen met lagere gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie ervaren een lagere mate van gezondheid en hebben ook daadwerkelijk slechtere gezondheidsuitkomsten. Hoewel beiden niet één op één samenhangen met een lage SES, worden lage gezondheidsvaardigheden en patiëntactivatie wel vaker gezien bij **ouderen**, **laaggeletterden**, **lager opgeleiden** en mensen met een **lager inkomen** (indicatoren voor de statusscore). Daarnaast neemt de patiëntactivatie af bij mensen met een slechtere gezondheid.

Bron: NIVEL, Kennissynthese: gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



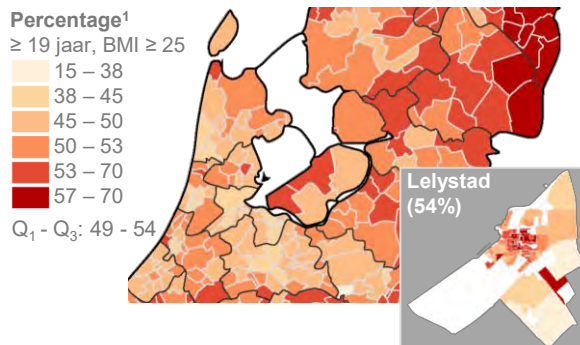
Patiënt en profiel



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid en zorgkosten*
- *Lelystad: wijken met een lage SES – statusscore*
- *Profiel en reistijden*

Gezondheid | inwoners Lelystad is relatief slecht in vergelijking met Nederlandse populatie, dit geldt niet voor andere gemeentes in de regio

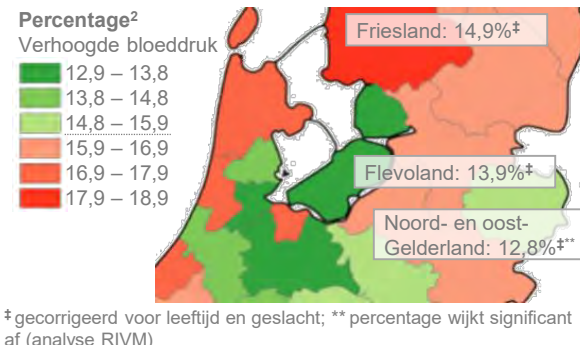
Het aantal inwoners met **overgewicht** is relatief hoog in Lelystad



Het aantal **rokende** inwoners is relatief hoog in Lelystad, vergelijkbare cijfers worden gerapporteerd in Harderwijk en Súdwest-Fryslân



Het aantal inwoners in de provincie Flevoland met een **verhoogde bloeddruk** wijkt niet significant af van het gemiddelde in Nederland



De inwoners van Lelystad zijn in vergelijking met de Nederlandse populatie minder gezond, dit geldt niet voor de andere gemeentes in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen

	Eén of meer langdurige ziekten (%; 2016 ¹)	Goede – zeer goede ervaren gezondheid (%; 2016 ¹)	Levensverwachting bij geboorte (jaren ; 2013 – 2016 ³)
■ Nederland	35%	75%	81.5
■ Gemeentes Nederland (n = 390)	Mediaan: 34% Q1 – Q3: 32 – 36%	Mediaan: 77% Q1 – Q3: 74 – 78%	Mediaan: 81,9% Q1 – Q3: 80,5 – 83,2%
■ Lelystad	38%	70%	80.1 **
■ Noordoostpolder	34%	76%	82.1 **
■ Dronten	34%	76%	83.7 **
■ Urk	27%	80%	80.4 **
■ Harderwijk	36%	76%	81.8
■ Súdwest-Fryslân	34%	78%	81.2 **

** wijkt significant af (analyse RIVM)

Risicofactoren hebben een grote impact op de gezonde levensverwachting

Recent grootschalig prospectief cohort onderzoek (Rotterdam Study)⁴, laat een duidelijk verband zien tussen de risicofactoren overgewicht, roken en hypertensie en het optreden van een herseninfarct, hartziekte, diabetes, chronische longziekte, kanker en/of neurodegeneratieve ziekte (o.a. dementie).

Een groot deel van de populatie krijgt uiteindelijk te maken met één van deze aandoeningen (levenslang risico ~ 94% vanaf 45 jarige leeftijd), bovendien wordt 1/3 van deze patiënten gediagnosticeerd met meerdere van deze ziekten. Maar, personen zonder risicofactoren leven gemiddeld 9 jaar langer zonder één van deze aandoeningen dan personen met alle drie de risicofactoren. Daarnaast is de levensverwachting gemiddeld 6 jaar langer.

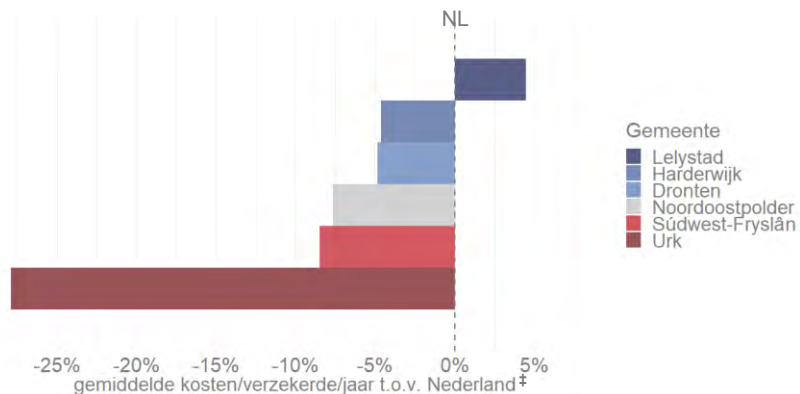
Ook in Flevoland zijn bovengenoemde aandoeningen een belangrijke oorzaak voor mortaliteit: ~ 60%* gedurende de afgelopen vijf jaar (2013-2017), dit cijfer is iets hoger dan het Nederlands totaal (58%).⁵

* Exclusief neurodegeneratieve aandoeningen, gezien deze niet voorkomen in de CBS doodsoorzaken statistiek

Bronnen: ¹RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ²CBS gezondheidsenquête 2014 – 2016; ³CBS doodsoorzakenstatistiek, bewerkt door RIVM; ⁴Licher et al., The burden and preventive potential of non-communicable diseases, PLOS Medicine 2019; ⁵CBS doodsoorzakenstatistiek

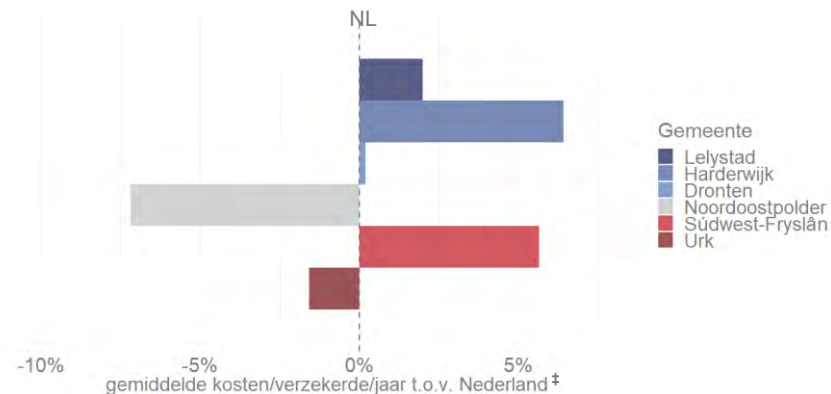
Zorgkosten | zijn in Lelystad iets (~ 1%) hoger dan het Nederlandse gemiddelde, in de andere gemeentes in de regio zijn de kosten juist lager

In Lelystad zijn de kosten voor **medisch specialistische zorg** iets hoger dan het Nederlandse gemiddelde, het tegenovergestelde geldt voor andere gemeentes in de regio waar de kosten juist relatief laag zijn



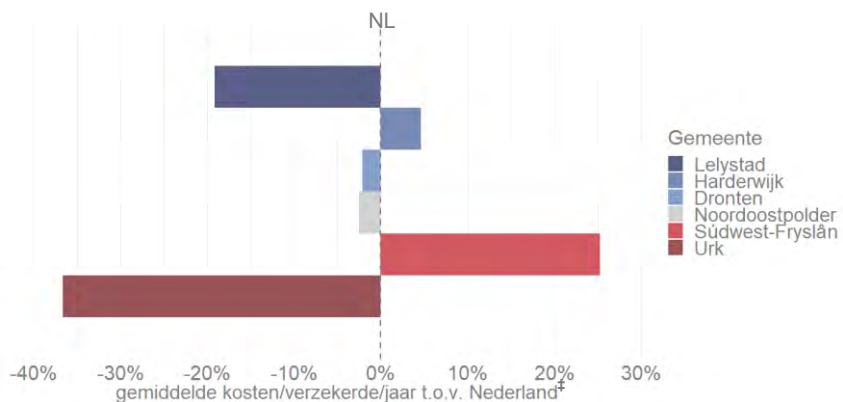
Betreft honoraria, add-ons en overige kosten

De kosten voor **Huisartsen zorg** zijn iets hoger dan het Nederlandse gemiddelde voor de meeste gemeentes in de regio



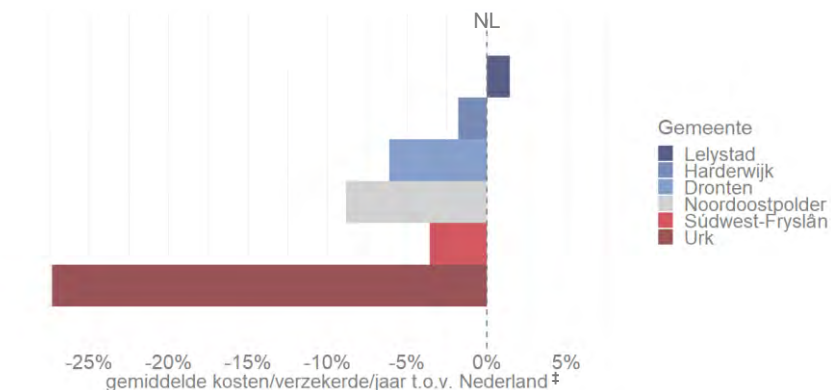
Betreft totale huisartsenkosten (d.w.z. inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning voor zorgvernieuwing en overige kosten)

De kosten voor **verzorging en verpleging** zijn relatief laag in Lelystad en op Urk, in Súdwest-Fryslân zijn deze juist hoog



~80% van de kosten wordt gemaakt in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder

In Lelystad zijn de **totale kosten** iets hoger dan het Nederlandse gemiddelde, dit geldt niet voor andere gemeentes in de regio waar de totale kosten juist relatief laag zijn.

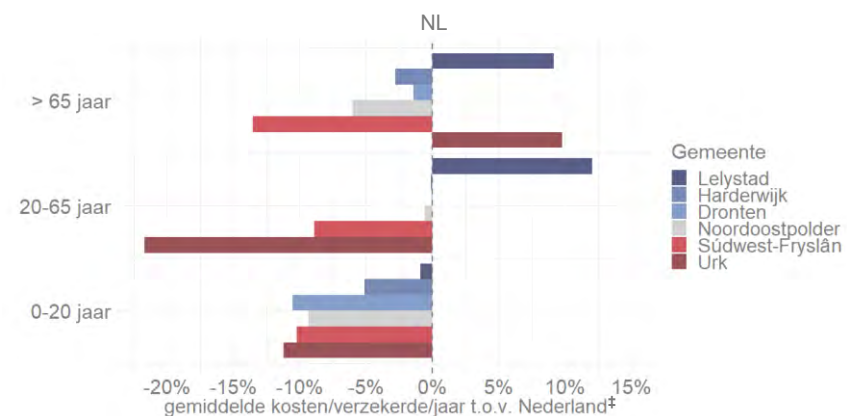


Betreft alle kosten opgenomen in de Vektis open data 2016, behoudens kosten voor mondzorg en grensoverschrijdende zorg

Bron: Vektis open data 2016; ‡ zorgkosten die zijn opgenomen in deze data betreffen kosten die binnen de basisverzekering vallen en die door de zorgverzekeraar daadwerkelijk zijn uitbetaald (verrekeningen die achteraf nog plaatsvinden, bijvoorbeeld in het kader van plafondafspraken, zijn hier niet in meegenomen). De gemiddelde kosten per verzekerde zijn berekend op basis van het aantal verzekerde jaren

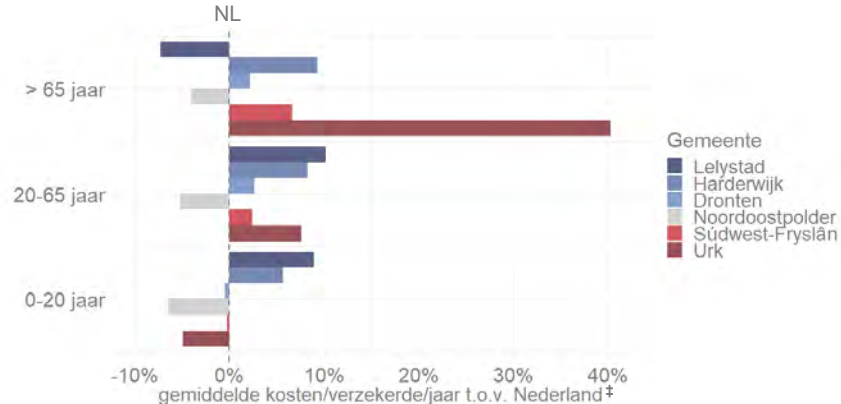
Zorgkosten | variëren per leeftijdscategorie en type, dit geldt voor alle gemeentes in de regio

De kosten voor **medisch specialistische zorg** zijn relatief hoog in Lelystad, vooral in de leeftijdsgroep 20 – 65 jaar. Het tegenovergestelde geldt (meeste leeftijdsgroepen) voor andere gemeentes in de regio waar de kosten juist relatief laag zijn



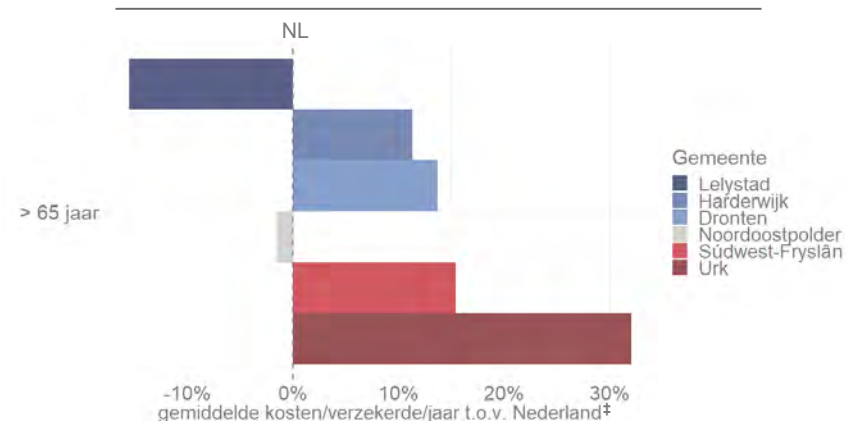
Betreft honoraria, add-ons en overige kosten

De kosten voor **Huisartsen zorg** zijn relatief hoog in de hele regio, dit is het meest uitgesproken op Urk voor inwoners van 65 jaar en ouder. In deze leeftijdsgroep zijn de kosten in Lelystad juist relatief laag



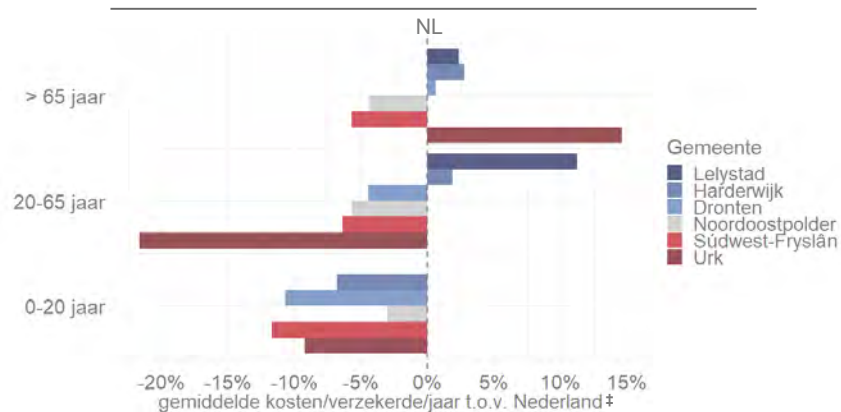
Betreft totale huisartsenkosten (d.w.z. inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg, resultaatbeloning voor zorgvernieuwing en overige kosten)

De kosten voor **verzorging en verpleging** zijn relatief laag in Lelystad, terwijl deze in de meeste gemeentes in de regio juist relatief hoog zijn



Gezien ~80% van de kosten in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder vallen is alleen deze groep weergegeven

In Lelystad zijn de **totale kosten** hoger dan het Nederlandse gemiddelde, dit geldt niet voor andere gemeentes in de regio waar de totale kosten juist relatief laag zijn. Alleen op Urk zijn de kosten voor inwoners van 65 jaar en ouder ook relatief hoog



Betreft alle kosten zoals weergegeven in de Vektis open data, behoudens kosten voor mondzorg en grensoverschrijdende zorg

Bron: Vektis open data 2016; † zorgkosten die zijn opgenomen in deze data betreffen kosten die binnen de basisverzekering vallen en die door de zorgverzekeraar daadwerkelijk zijn uitbetaald (verrekeningen die achteraf nog plaatsvinden, bijvoorbeeld in het kader van plafondafspraken, zijn hier niet in meegenomen). De gemiddelde kosten per verzekerde zijn berekend op basis van het aantal verzekerde jaren

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



Patiënt en profiel

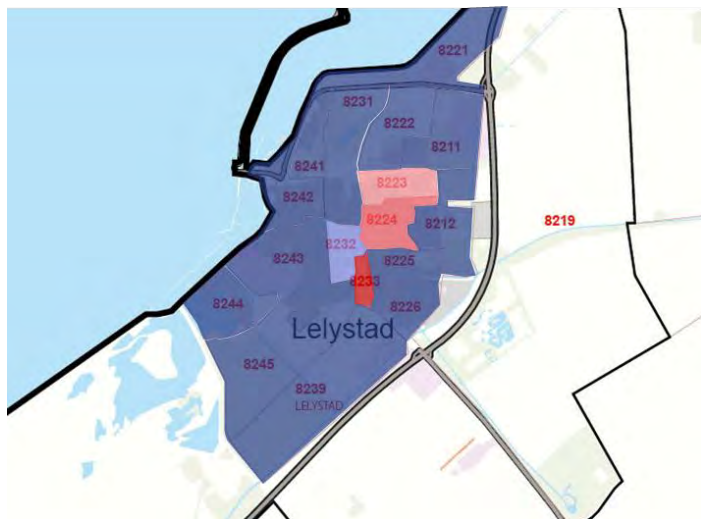


- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid en zorgkosten*
- *Lelystad: wijken met een lage SES – statusscore*
- *Profiel en reistijden*

Lelystad | de bevolking in de vijf postcodegebieden met de laagste SES in beeld

32% van de inwoners van Lelystad woont in een postcodegebied met een statusscore die valt in het laagste kwartiel, dit is derhalve iets meer dan de Nederlandse populatie. Inherent aan de statusscore is het inkomen in deze gebieden relatief laag en zijn er relatief veel inwoners met een uitkering

Postcodegebied	SES ¹	Aantal inwoners (% van Lelystad) ¹	Inwoners jonger dan 15 (%) ²	Inwoners ouder dan 65 jaar (%) ²	Inwoners met westerse-, en niet westerse migratie achtergrond (%) ²	Inwoners met WW-, arbeidsongeschiktheid- of bijstandsuitkering (%) ²	Mediaan huishoudinkomen ^{2 †}
8232	-0.87	6920 (9.1%)	17%	21%	10%; 20%	14%	Onder midden
8231	-0.96	4915 (6.5%)	20%	19%	10%; 20%	13%	Midden
8224	-1.19	6950 (9.1%)	17%	22%	10%; 40%	14%	Onder midden
8223	-2.41	5030 (6.6%)	21%	13%	10%; 40%	18%	Onder midden
8233	-5.49	715 (0.9%)	3%	54%	10%; 20%	13%	Onder midden
Nederland	0	-	16%	18%	10%; 13%	9%	



Risicofactoren roken en overgewicht komen relatief veel voor in deze gebieden en de ervaren gezondheid is relatief slecht

Informatie met betrekking tot de risicofactoren roken en overgewicht alsmede de ervaren gezondheid zijn beschikbaar per buurt³ en daarmee niet één op één vertaalbaar naar de postcodegebieden. Maar op basis van de meest voorkomende postcode per buurt⁴ is een inschatting te maken t.a.v. het voorkomen van de risicofactoren in de bovengenoemde postcodegebieden. Hieruit blijkt dat de inwoners relatief vaak overgewicht hebben, vaker roken en daarnaast ervaren relatief weinig inwoners de gezondheid als goed tot zeer goed.

Bronnen: ¹ Sociaal cultureel planbureau 2017; ² CBS gegevens per postcode 2017; ³ RIVM - regressieanalyse Gezondheidsmonitor 2016 en predictoren CBS (van de Kasstele et al. Int J Health Geogr, 2017); ⁴ CBS 2018

[†]Het mediane gestandaardiseerde inkomen (besteedbaar inkomen gecorrigeerd voor grootte en samenstelling huishouden) per postcodegebied wordt vergeleken met Nederland, en ingedeeld in categorieën: laag, onder midden, midden, boven midden en hoog (hierbij wordt rekening gehouden met het 99% betrouwbaarheidsinterval van het mediane inkomen)

Inhoud

Proces toekomstverkenning



Zorgaanbod



Patiënt en profiel



- *Demografische kenmerken van de populatie in de regio van de MC IJsselmeerziekenhuizen*
- *Gezondheid en zorgkosten*
- *Lelystad: wijken met een lage SES – statusscore*
- *Profiel en reistijden*

Tekorten | hoewel er landelijk geen tekort is aan kinderartsen, had het MC Zuiderzee wel een tekort aan deze medisch specialisten

Landelijk is er geen groot tekort aan kinderartsen

Aantal vacatures per 100 medisch specialisten *



Het aantal vacatures per 100 kinderartsen staat in de Arbeidsmonitor van het 3e kwartaal 2018 op plaats 20 van de 46 met 31 vacatures op een beroepsgroep van 1706 kinderartsen

De locatie en omvang maken ziekenhuizen in buitengebieden wel minder aantrekkelijk voor kinderartsen



Omvang patiëntenpopulatie te gering om uitdagende aantallen patiënten te zien en kennis en kunde op peil te houden **



Locatie niet aantrekkelijk om te vestigen, niet concurrerend met de Randstad **



Profiel ziekenhuis maakt minder aantrekkelijk, slechts 4% van de ondervraagde kinderartsen ambieert een baan in een regionaal niet-opleidingsziekenhuis ***

Dit geldt niet alleen voor Lelystad, maar ook voor andere meer afgelegen regio's als Drenthe, Noordoost Groningen en Zeeland



Het MC Zuiderzee kampte met een langdurig tekort aan kinderartsen

Een openstaande vacature kon al sinds 2017 niet vervuld worden, ondanks uitgebreide wervingsacties tot in het buitenland

Daardoor was het sinds eind 2017 al niet meer mogelijk om zonder waarneming de diensten opgevuld te krijgen

Eind 2018 zou de totale formatie door vertrek van 2 kinderartsen dalen tot 2,0 fte waarvan 0,7 fte langdurig ziek is

Daarom werd besloten om de klinische verloskunde en de klinische en acute kindergeneeskunde in MCIJ te gaan sluiten, een besluit dat door het faillissement versneld in werking trad

Bronnen: * Arbeidsmonitor Capaciteitsorgaan/Medisch Contact 3e kwartaal 2018. ** Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), interview De Stentor, 5 juli 2018.

*** Arbeidsmonitor NVK 2016 . **** Beslisdocument klinische verloskunde en klinische en acute kindergeneeskunde MCIJ (v.1.2, 17-10-2018)

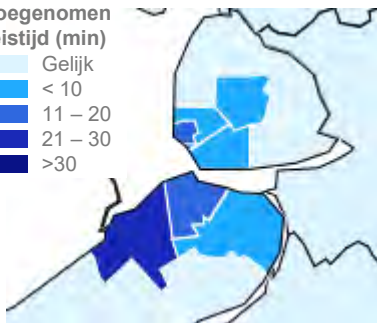
Reizen | voor klinische zorg[‡] nemen de reistijden toe, de impact van het faillissement is het grootste voor de inwoners van Lelystad



De reistijd met auto neemt het meest toe voor inwoners van **Lelystad**

Toegenomen reistijd (min)

Gelijk
< 10
11 – 20
21 – 30
>30

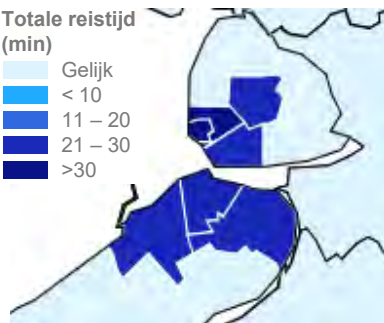


Bron: Google Maps

De totale reistijd na het faillissement verschilt weinig tussen plaatsen

Totale reistijd (min)

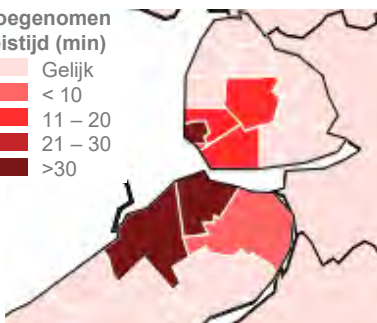
Gelijk
< 10
11 – 20
21 – 30
>30



De reistijd met ov neemt het meest toe voor inwoners van **Lelystad, Swifterbant** en **Urk**

Toegenomen reistijd (min)

Gelijk
< 10
11 – 20
21 – 30
>30

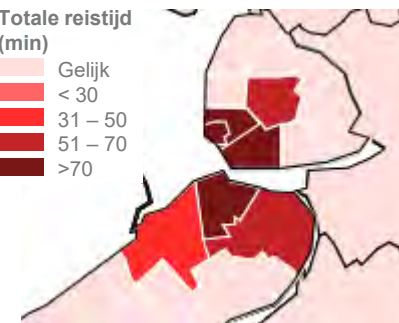


Bron: 9292

De totale reistijd met ov is het hoogst voor inwoners van **Swifterbant, Urk, Nagele** en **Tollebeek**

Totale reistijd (min)

Gelijk
< 30
31 – 50
51 – 70
>70



Inwoners van Flevoland reizen o.b.v. autobezit niet vaker met het ov dan gemiddeld in Nederland

Aantal auto's per huishouden 2015 gem/gemeente (min. gem/wijk – max. gem/wijk)	
Nederland*	1,1* (0,7 – 1,3)**
Lelystad	1,1 (0,6 – 1,6)
Noordoostpolder	1,3 (1,0 – 1,6)
Dronten	1,3 (0,8 – 1,4)
Urk	1,1 (1,0 – 1,2)

Bronnen: CBS 2015; CBS in uw buurt 2015; *gemiddelde voor matig stedelijk gebied (meest representatief voor Flevoland); **gemiddelde voor zeer stedelijk – niet stedelijk gebied)

Ritprijs en comfort veranderen het meest voor inwoners van Lelystad, maar komen overeen met de regio



- Voor autogebruikers loopt de toename in ritprijs uiteen van €3,- tot €6,90. De stijging is het hoogst voor inwoners van **Lelystad** en blijft gelijk voor inwoners van Emmeloord.



- Voor ov-gebruikers loopt de ritprijsstojename uiteen van €2,60 tot €5,80. De toename is het hoogst voor inwoners van **Lelystad**. Voor inwoners van Dronten wordt de rit €0,40 goedkoper (bus i.p.v. trein).
- Inwoners van **Swifterbant, Nagele** en **Tollebeek** moeten 1 tot 2 keer vaker overstappen.
- Inwoners van **Lelystad** en **Dronten** kunnen per uur minder vaak met het ov.

Bron: 9292



Bij berekening van de reistijden, -kosten en -comfort zijn de volgende aannames gedaan:

- Er is uitgegaan van de minimale reistijd voor een enkele reis, vertrekkend om 11:00 uur op een doordeweekse dag
- Vertrek is vanaf één centraal punt in desbetreffende plaats. Het centrale punt is bepaald o.b.v. het centrale punt op www.9292ov.nl. Voor de plaats Tollebeek is handmatig een centraal punt gekozen, omdat het punt van www.9292ov.nl niet centraal ligt.
- Reiskosten per auto zijn gebaseerd op kilometervergoeding zoals vergoed door Zilveren Kruis en bedragen €0,30/km

[‡] 11.916 klinische opnames en 7.472 dagbehandeling op jaarbasis (2015)



Conclusies

Zorgaanbod



- Aanrijtijden ambulance voldoen op dit moment aan de prestatienorm
- De theoretische spreidingsnorm voor SEH's in Nederland wijkt fors af van de praktijk van A1-ambulanceritten: ook in Flevoland. Dat komt vooral door de "inlaadtijd"
- De reistijd naar klinische zorg voor inwoners van Lelystad en omgeving is toegenomen
- Landelijk is er geen tekort aan kinderartsen, maar wel in kleinere ziekenhuizen

Patiënt en profiel



- De bevolking van Flevoland is relatief jong en groeit tot 2040 met 4%, vergelijkbaar met Nederland
- De bevolking van Flevoland heeft een iets lagere SES dan Nederland
- De gezondheid van de inwoners is slechter in Lelystad, niet in andere gemeenten
- De zorgkosten in Lelystad zijn 1% hoger dan gemiddeld in Nederland, ondanks de gemiddeld lagere leeftijd



Toekomstverkenning Zorg Flevoland

Feitenboek d.d. 07-03-2019



Toekomstverkenning | werkgroepen komen maandelijks bijeen om toekomstvisie vorm te geven

Sessie 1

Werkgroep

Acute zorg

Acute verloskunde

Klinische zorg voor kwetsbare groepen

Bestuurlijk

Inspiratie/innovatie sessie

Dinsdag 9 april 16-18.30u, locatie Lelystad

Sessie 2

Werkgroep

Acute zorg

Acute verloskunde

Klinische zorg voor kwetsbare groepen

Bestuurlijk

Sessie 3

Werkgroep

Acute zorg

Acute verloskunde

Klinische zorg voor kwetsbare groepen

Bestuurlijk

Regio Lelystad*		Regio Noord**	
Datum	Tijd	Datum	Tijd
di 26-03	19-21u	do 28-03	19-21u
		do 28-3	16-18u
ma 25-03	19-21u	di 26-03	16-18u
vr 29-03	10-12u	vr 29-03	14-16u
Datum	Tijd	Datum	Tijd
di 16-04	19-21u	wo 17-04	19-21u
		wo 17-4	16-18u
ma 15-04	19-21u	di 16-04	16-18u
do 18-04	10-12u	do 18-04	14-16u
Datum	Tijd	Datum	Tijd
di 21-05	19-21u	do 23-05	19-21u
		do 23-5	16-18u
ma 20-05	19-21u	di 21-05	16-18u
vr 24-05	10-12u	vr 24-05	14-16u

Aanpak



Innovatie maakt deel uit van alle drie de werkstromen en is onderdeel van een inspiratiesessie tussen sessie 1 en 2



De drie werkstromen worden op opgesplitst in regio's; een voor gemeenten **Urk en Noordoostpolder** en de ander voor gemeenten **Lelystad en Dronten**. De werkstroom acute verloskunde vindt in één gecombineerde sessie plaats. Indien besloten wordt om vanaf sessie 2 de twee regio's te combineren, dan vindt de gecombineerde sessie op het eerste van de twee momenten plaats in Lelystad. Bv: Sessie 2 Acute zorg vindt dan voor Lelystad en de Noord plaats op dinsdag 16 april van 19-21u in Lelystad



Aan het einde van iedere maandelijkse sessie van de drie werkstromen vindt er een **terugkoppeling aan het openbaar bestuur en het bestuurlijk niveau van de betrokken organisaties** plaats



* **Regio Lelystad:** gemeenten Lelystad en Dronten; ** **Regio Noord:** gemeenten Noordoostpolder en Urk